



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

***Serpa* Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais!**

Mariana José Borrelfo Galado

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de 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

***Serpa* Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais!**

Mariana José Borrelfo Galado

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Ao Tito
Meu Filho
Meu Incentivo
Minha Vida!

AGRADECIMENTOS

Um trabalho desta natureza ainda que implique tantas vezes uma longa “jornada” solitária, não é de forma nenhuma realizável sozinho.

A sua concretização advém do caminho percorrido com imensas pessoas que permitiram que ele acontecesse, assim agradeço:

Aos cuidadores informais pela possibilidade de partilha de momentos das vossas vidas,

A todos os profissionais da UCSP de Serpa pelo acolhimento,

À equipa da UCC de Serpa pela colaboração e ajuda,

À Colega Luísa Correia e em especial à Colega Paula Corro Safara pela ajuda, orientação e incentivo, *convosco* tornou-se mais fácil...

A todas as pessoas e entidades de Serpa que através das nossas vozes “escutaram” a mensagem dos cuidadores informais, grata!

A todos os professores do I Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e em especial aos Professores do ramo de Especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, obrigada pelos *ensinamentos* que contribuíram para mais uma etapa da minha formação profissional,

Aos novos colegas que tive o gosto de conhecer nesta caminhada,

Aos meus pais, “estou de volta” desculpando-me pelas ausências dos últimos tempos,

Zé Luís, sem ti não teria sido possível,

A chegada até aqui teve em cada passo um impulso vosso! A todos *Obrigada*,

RESUMO

“*Serpa* Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais!”

Este trabalho pretendeu contribuir para a promoção da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de idosos no domicílio.

Contexto: O fenómeno envelhecimento acentuará os problemas de dependência dos idosos e conseqüentemente a necessidade de cuidados informais, porém o ato de cuidar pode condicionar a qualidade de vida dos cuidadores informais.

Objetivos: Promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores informais de idosos no domicílio, para a promoção do autocuidado e melhoria da Qualidade de Vida.

Metodologia: Recorreu-se à metodologia do planeamento em saúde e como referencial teórico à Teoria de Déficit de Autocuidado de Orem.

Resultados: Após o diagnóstico da situação constatou-se que os cuidadores informais apresentam déficit de autocuidado sendo evidente a necessidade de participação social.

Conclusão: Através de intervenções de promoção da saúde a nível pessoal, de grupos e organizacionais desenvolveram-se ambientes favoráveis à capacitação dos cuidadores informais.

Palavras Chave: Cuidadores Informais, Qualidade de vida, Participação Social.

ABSTRACT

"*Serpa* Promotes the Quality of Life of Informal Caregivers!"

This study aimed to contribute to the promotion of the Quality of Life of Informal Caregivers of the elderly at home.

Context: The phenomenon of aging will accentuate the problems of dependence of the elderly and consequently the need for informal care, but the act of caring can condition the quality of life of informal caregivers.

Objectives: To promote the empowerment of informal caregivers of the elderly at home, to promote self-care and improve Quality of Life.

Methodology: The methodology of health planning was used as a theoretical reference to Orem's Self-Care Deficit Theory.

Results: After the diagnosis of the situation it was verified that informal caregivers present a deficit of self-care, evidencing the need for social participation.

Conclusion: Through health promotion interventions at a personal, group and organizational level, environments favorable to the training of informal caregivers were developed.

Keywords: Informal Caregivers, Quality of life, Social participation.

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1- Análise Global da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos	88
Quadro 2 – WHOQOL- Bref – Domínio Físico	89
Quadro 3 - WHOQOL- Bref – Domínio Psicológico	89
Quadro 4 - WHOQOL- Bref – Domínio Relações Sociais	89
Quadro 5 - WHOQOL- Bref – Domínio Ambiente	90
Quadro 6 – Análise Global da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais Idosos	91
Quadro 7 – Faceta I – Funcionamento Sensorial	91
Quadro 8 – Faceta II – Autonomia	92
Quadro 9 – Faceta III – Atividades Passadas, Presentes e Futuras	92
Quadro 10 – Faceta IV – Participação Social	92
Quadro 11 – Faceta V – Morte e Morrer	92
Quadro 12 – Faceta VI – Intimidade	92
Quadro 13 – Faceta VII – Família/Vida Familiar	93

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Principais Etapas do Processo de Planeamento da Saúde	29
Figura 2 – Estrutura do WHOQOL- Bref: Domínios e Facetas	52
Figura 3 – Estrutura Conceptual para Serviços de Saúde integrados centrados nas pessoas	56
Figura 4 – Oito Domínios para a Ação (em três Dimensões) de Ambientes locais de suporte às Pessoas Idosas	58
Figura 5 - Área de Influência da ULSBA, EPE	73
Figura 6 – Pirâmide da Estrutura Etária da População residente no Alentejo por sexo (2001-2011)	75

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Utentes Inscritos por Unidade Funcional

75

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Definição de Prioridades segundo o Método de Halon	96
Tabela 2 – Objetivo Geral e Objetivos Específicos do PIC	97
Tabela 3 – Objetivos Específicos, Atividades, Definição de Indicadores e Metas	98
Tabela 4 – Sensibilização dos Cuidadores Informais para a Promoção do Autocuidado e melhoria da Qualidade de Vida	106
Tabela 5 – Envolvimento dos Profissionais da Equipas de Saúde (UCSP/UCC de Serpa) no desenvolvimento do PIC	107
Tabela 6 – Envolvimento dos Parceiros Locais da Comunidade no desenvolvimento do PIC	108
Tabela 7 – Avaliação Indicadores de Processo	114

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

APA – American Psychological Association

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CMS – Câmara Municipal de Serpa

DACESBA – Departamento do Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Alentejo

EEECSP – Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EPE – Entidade Pública Empresarial

EU – European Union

NUT – Unidade Territorial para fins Estatísticos em Portugal

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas

QdV – Qualidade de Vida

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA – Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Group

WHOQOL- OLD – World Health Organization Quality of Life – Older Adults Module Group

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1- PLANEAMENTO EM SAÚDE	26
2- ENVELHECIMENTO	34
3- CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS	40
4- QUALIDADE DE VIDA	48
4.1.QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS	53
5- REDES DE SUPORTE SOCIAL DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL	55
6-ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	61
7- ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	63
7.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	65
8- MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM	67
8.1. TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	67
PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO	72
1- CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	73
2- ESTÁGIO	78
2.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE	81
2.1.1. Apresentação dos Resultados	86
2.1.2. Problemas Identificados	93
2.1.3. Necessidades Determinadas	94
2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	95

2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	97
2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	99
2.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	101
2.6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/EXECUÇÃO	102
2.7. AVALIAÇÃO	109
3- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA – ANÁLISE REFLEXIVA	115
4- CONCLUSÃO	120
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS	132
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados WHOQOL-Bref	133
ANEXO II- Instrumento de Colheita de Dados WHOQOL-OLD	138
ANEXO III-Parecer da Comissão de Ética da ULSBA, EPE – Colheita de Dados	145
ANEXO IV-Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	147
APÊNDICES	149
APÊNDICE I – Declaração de Consentimento Informado	150
APÊNDICE II- Pedido Autorização Questionário WHOQOL-BREF	152
APÊNDICE III- Pedido Autorização Questionário WHOQOL-OLD	155
APÊNDICE IV- Projeto de Intervenção Comunitária “Serpa Promove a Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos!”	157
APÊNDICE V- Cronograma de Atividades	166
APÊNDICE VI – Plano de Sessão Educação Para a Saúde Cuidadores Informais	168
APÊNDICE VII – Conteúdos de Sessão Educação para a Saúde	172
APÊNDICE VIII – Folheto /Flyer	175
APÊNDICE IX – PLANO DE REUNIÃO UCSP/UCC Serpa	177

APÊNDICE X – SINALÉTICA GABINETE “GACI – GABINETE DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL”	179
APÊNDICE XI – PLANO DE REUNIÃO PARCEIROS SOCIAIS	181
APÊNDICE XII – CARTAZ DIVULGAÇÃO TERTÚLIA	183

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio insere-se nas Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório do I Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e constitui-se como instrumento de avaliação final do Curso, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Pretende-se através deste relatório, demonstrar o percurso de aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no decorrer do estágio realizado em contexto comunitário, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Serpa, mais propriamente na Unidade de Cuidados na Comunidade.

O estágio é uma importante etapa do processo formativo de aquisição de competências dos profissionais de enfermagem, caracterizando-se como o momento em que os enfermeiros concretizam a sua identidade profissional. É durante o decorrer do mesmo, que se verifica a oportunidade de adquirir experiência prática, se adquirem e consolidam conhecimentos teóricos, se desenvolvem capacidades e adquirem competências, que permitem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública melhorar a qualidade na prestação de cuidados dentro da sua área de atuação.

Para isso, ao longo deste estágio foram considerados os objetivos gerais de aprendizagem inicialmente delineados para a área de especialização, designadamente a reflexão sobre as práticas desenvolvidas, a fundamentação de práticas baseadas em evidência científica e sua análise crítica no que concerne ao desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Salienta-se ainda que, durante o mesmo foram desenvolvidas capacidades de liderança com o intuito de delinear e implementar um projeto de intervenção comunitária norteado pelas diferentes etapas que constituem a metodologia do planeamento em saúde.

Desta forma, através do presente relatório pretende-se:

- Demonstrar a consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado;

- Refletir sobre a aplicação dos conhecimentos adquiridos no âmbito da metodologia de planeamento em saúde;
- Fundamentar a intervenção de enfermagem comunitária planeada com base no Modelo Conceptual do Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem;
- Fundamentar as intervenções realizadas atendendo às prioridades identificadas com base em evidência científica, com vista à gestão e prestação de cuidados de qualidade junto da população foco de intervenção.

Através da análise das diferentes áreas de intervenção da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), procurou identificar-se o campo de investigação a desenvolver no decorrer do estágio. Foram consideradas características como a localização geográfica do concelho, as particularidades da população que integra a comunidade, os cuidados de saúde prestados, bem como os projetos definidos no plano de ação desenvolvido pela equipa. Atendendo às informações reunidas, constatou-se que o envelhecimento da população é um indicador com grande relevância no concelho (UCC de Serpa, 2015; ULSBA, 2016).

Assim sendo, o Envelhecimento foi definido como a temática de interesse para a investigação a desenvolver. A área reuniu consenso no seio da equipa, uma vez que esta é um importante foco de intervenção da equipa de enfermagem comunitária nesta comunidade (ULSBA, 2016).

De acordo com as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentadas no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, o número de pessoas idosas irá aumentar consideravelmente nos próximos anos (WHO, 2015d). Estas alterações demográficas são devidas a múltiplos fatores, nomeadamente à evolução e melhoria dos cuidados de saúde (quer a nível tecnológico quer em termos de acessibilidade), à melhoria das condições de vida das pessoas, ao aumento da esperança média de vida, mas também à diminuição da taxa de fertilidade.

O envelhecimento da população coloca assim novas preocupações e desafios à sociedade atual, a qual precisa reorganizar-se para encontrar estratégias que minimizem o impacto deste fenómeno quer a nível social quer a nível económico. Simultaneamente, deverão ser encontradas novas respostas que garantam a sustentabilidade dos sistemas de saúde nos vários países onde as alterações demográficas se façam sentir.

Associado ao envelhecimento verifica-se o aumento da prevalência das doenças crónicas

não transmissíveis, ainda que característica de populações mais envelhecidas, estas podem por si só, não ser fator que determine o aumento dos níveis de dependência das pessoas idosas (WHO, 2015). Estas alterações epidemiológicas na saúde das populações requerem a atenção da saúde pública para a definição de estratégias de intervenção que garantam não só a prestação de cuidados adequados, mas que promovam a saúde, bem-estar e o aumento da qualidade de vida destas pessoas que vivem mais tempo.

É urgente planejar o futuro atendendo a este novo desafio do século XXI, através da definição de políticas de saúde que promovam cuidados adequados a cada etapa do ciclo vital, especialmente para as populações mais idosas, adequando o foco de intervenção às suas necessidades.

Seguindo as orientações emanadas pelos estados membros da União Europeia, Portugal, estabeleceu aquele que é o elemento basilar das políticas de saúde no país. Através do Plano Nacional de Saúde (PNS) define a sua estratégia de intervenção no quadro do Sistema de Saúde (DGS, 2015b). Simultaneamente, os serviços de saúde começaram a reorganizar-se, observam-se atualmente internamentos cada vez mais curtos em unidades hospitalares e verifica-se o aumento da procura para a continuidade de cuidados aos doentes, fora do ambiente hospitalar (Primavera, 2017).

É neste domínio que a família tem um papel preponderante, pois é quem (por norma) continua a assumir o papel de cuidar dos doentes, dos dependentes e dos mais idosos no domicílio, apesar de também esta estrutura ter sofrido alterações nos últimos tempos.

São os cuidadores informais, usualmente elementos da família quem assume o cuidado permanente e tantas vezes prolongado no tempo aos seus familiares. No seu dia a dia, desempenham o papel de cuidador principal, em dedicação por vezes exclusiva, ou então acumulando esse papel com um conjunto de responsabilidades que já detêm, sendo a família e o trabalho, as mais frequentes.

O cuidador informal realiza assim, de uma maneira geral, todo o tipo de cuidados necessários ao seu familiar, quer sejam cuidados diretos ou instrumentais. É frequentemente identificado pelos profissionais de saúde como um dos seus principais recursos no processo de cuidar em contexto de domicílio, uma vez que assegura a continuidade de cuidados aos utentes.

No entanto, apesar da relevância do papel que desempenha, as suas necessidades passam ainda muitas vezes despercebidas aos profissionais de saúde. Permanece frequentemente num plano secundário, uma vez que o foco da atenção de cuidados prestados pelos profissionais continua a ser essencialmente o utente idoso/dependente (ULSBA, 2016). A atenção dispensada pelos profissionais de saúde ao cuidador informal é usualmente para a transmissão de informações como o reforço, as orientações e os esclarecimentos para melhor cuidar do seu familiar.

Atendendo à dimensão do fenómeno envelhecimento populacional prevê-se que os cuidadores informais que interveem e asseguram os cuidados no domicílio, se tornem cada vez mais idosos e que também eles necessitem de apoio em algum momento durante o desempenho do seu papel. Com aumento da esperança média de vida existirão tendencialmente cada vez mais idosos a cuidar de outros idosos no seio das famílias, aumentarão as situações de cuidadores que precisam tanto de cuidados como as pessoas de quem cuidam e a quem se dedicam. Neste sentido e face ao exposto estava assim encontrado o foco de estudo durante a realização do estágio: a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos em contexto de apoio domiciliário.

Ter disponíveis mais anos de vida é importante, no entanto acrescentar condições e qualidade de vida aos anos que se tem para viver pode fazer toda a diferença na vida dos cuidadores informais (WHO, 2015c).

Existem já várias iniciativas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis na nossa sociedade, porém não existe ainda uma estratégia local, que se dirija aos cuidadores informais, nem que promova o envolvimento dos vários intervenientes do cuidar numa perspectiva integrada ao longo da vida gerando um envelhecimento ativo e saudável.

Partindo deste pressuposto, perceber as necessidades sentidas pelos cuidadores informais é uma demanda urgente, pois como anteriormente foi referido, o papel que desempenham na sociedade no apoio aos idosos e dependentes é de grande importância. Entendido o seu papel como o complemento aos cuidados formais, este cuidado é essencial às populações mais vulneráveis, uma vez que pode garantir a permanência dos seus familiares idosos e/ou dependentes dentro do seu ambiente familiar por mais tempo, permitindo-lhes manter assim as suas referências, os laços familiares e a sua individualidade.

Conhecer e caracterizar a qualidade de vida de quem assume o papel de cuidador informal de idosos em contexto de domicílio parece, portanto ser fundamental. Só assim, poderão ser adequadas respostas às suas necessidades e colmatadas eventuais dificuldades, proporcionando-lhes desta forma ganhos em saúde. Estes ganhos terão naturalmente impacto na saúde quer dos utentes idosos, quer dos cuidadores informais enquanto cidadãos, integrados em famílias, grupos e comunidades.

A promoção do papel desempenhado pelo cuidador informal na comunidade é uma forma de preservar este recurso no futuro e assim garantir os cuidados à população mais idosa e/ou dependente que necessita de cuidados prolongados em regime de ambulatório no seu domicílio e inserida no seio familiar (DGS, 2015).

O seu papel social é de tal maneira importante que nos últimos tempos, tem sido produzida legislação e proposta a sua aprovação através de diretivas governamentais que visam o apoio ao cuidador informal, almejando consagra-lo na lei como um elemento com suporte legal. Acredita-se que, através do reconhecimento legal da figura do cuidador informal, será possível definir os seus direitos, deveres, bem como os recursos que podem servir de apoio ao desempenho do seu papel na comunidade onde está inserido.

Desta forma pode perspectivar-se o cumprimento da permissa relativa à participação ativa do cidadão na melhoria da prestação dos cuidados de saúde, de forma a atender as suas necessidades, facilitar as suas tomadas de decisão, bem como possibilitar a sua participação na definição de novas políticas de saúde. No relatório “*Um futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar*”, desenvolvido por solicitação da Fundação Calouste Gulbenkian (2014), um conjunto de peritos reforça esta ideia, sublinhando que “*os ganhos na saúde e no bem - estar provirão das acções dos cidadãos e das famílias, mas também dependem de a sociedade propiciar condições para concretizar essas acções e possibilitar um ambiente promotor da saúde*” (Crisp, N.; Berwik, D.; Kickbusch, I.; Bos, W.; Antunes, J. L.; Barros, P. P.; Soares, 2014, p.40). Ainda segundo o mesmo relatório, promover o empoderamento das populações, permitirá a melhoria da sua saúde, bem-estar e da sua qualidade de vida (Crisp, N. et al, 2014).

Atendendo a que, vivemos numa época em que a comunidade começa a dar sinais de tomada de consciência das suas responsabilidades em saúde, assumindo um papel tendencialmente mais ativo na reivindicação dos seus direitos aos tão proclamados progressos

científicos e tecnológicos, colocam-se novos desafios à capacidade de intervenção dos profissionais de saúde (OE, 2015).

Deste modo, considerando as alterações verificadas nos últimos tempos quer no padrão epidemiológico, quer na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, devidas ao envelhecimento demográfico e às ameaças emergentes na saúde das comunidades, identificam-se novas necessidades em saúde para as quais é urgente encontrar respostas adequadas (OE, 2015).

Perante estes cenários em constante transformação é importante sublinhar que nas comunidades existem recursos e oportunidades que devem ser consideradas aquando da definição de novas estratégias que visam promover a saúde e a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos. A participação e envolvimento dos diversos sectores que integram a comunidade são fundamentais no apoio à promoção da sua saúde. Uma interação multisectorial possibilita o envolvimento dos vários intervenientes da comunidade os quais garantem, para além de uma participação mais ativa em momentos de definição de novas estratégias e decisões, medidas que contribuem para a promoção da saúde, a sustentabilidade económica e uma integração social adequada aos recursos existentes na própria comunidade.

Pela natureza dos cuidados que desenvolve, a enfermagem em cuidados de saúde primários tem uma atuação muito abrangente e a diferentes níveis em complementaridade funcional com outros profissionais. O reconhecimento destas sinergias entre os diferentes saberes/competências e a conjugação dos esforços de diferentes grupos profissionais e instituições na concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegia o efetivo trabalho em equipa e em parceria (OE, 2015).

É na comunidade e junto com os indivíduos que a constituem que se desenvolvem as ações de enfermagem comunitária com vista à promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis que favorecem a saúde e a qualidade de vida das populações, em especial das mais vulneráveis.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desempenha deste modo um papel fundamental na comunidade, uma vez que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades.

Recorrendo à metodologia do planeamento em saúde, o enfermeiro realiza os diagnósticos, identifica necessidades, estabelece as prioridades e os objetivos e ainda delinea as estratégias de intervenção junto com as populações alvo, nos locais onde estão inseridas, atendendo aos recursos aí existentes, bem como às potencialidades inerentes e adequadas a cada situação (OE, 2011).

Foi com base nesta metodologia, que se desenvolveu todo o processo de aprendizagem e aquisição de competências durante o estágio de ensino clínico, o qual possibilitou a elaboração e implementação de um projeto de intervenção comunitária, o qual se descreve neste relatório.

Deu-se início a todo o processo pelo diagnóstico de saúde da comunidade inscrita na Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) de *Serpa*, onde foi realizada a avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais que cuidam de idosos no domicílio. Através da caracterização do grupo de cuidadores informais de idosos estudados foi possível identificar o seu perfil, a percepção que têm sobre o seu estado de saúde e sobre a sua qualidade de vida, mas principalmente foi possível identificar quais as suas necessidades enquanto prestadores de cuidados a idosos em contexto de domicílio.

O estágio final veio a possibilitar a continuidade deste trabalho. Decorrido entre 19 de Setembro de 2017 e 27 de Janeiro de 2018, teve orientação da Professora Doutora Ana Maria Barros Pires e supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Ana Paula Corro Safara. Foi neste período desenvolvido um projeto de intervenção comunitária.

O projeto desenvolvido designado “*Serpa* Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!”, visou promover a capacitação e o empoderamento dos cuidadores informais de idosos em contexto de domicílio na promoção do autocuidado para consequentemente melhorar a sua Qualidade de Vida.

Neste sentido, definiu-se que o objetivo geral deste projeto seria:

- Promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores informais de idosos no domicílio, para a promoção do autocuidado e melhoria da Qualidade de Vida.

Foram para isso delineados os seguintes objetivos específicos:

- Capacitar o cuidador informal na promoção do autocuidado;
- Promover junto dos cuidadores informais a participação social na comunidade;

- Divulgar junto dos cuidadores informais as atividades disponíveis na comunidade;
- Sensibilizar e envolver os parceiros locais para o apoio ao cuidador informal;
- Dinamizar a rede de apoio ao cuidador informal no município de Serpa;
- Adquirir competências como enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Este relatório pretende efetivar-se através da análise crítico-reflexiva do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária executado em contexto de estágio desde a sua fundamentação, até à sua execução e avaliação. Pretende ainda refletir o percurso de aquisição de competências da Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública descritas no artigo 4º do Regulamento n.º128/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro de 2011 (OE, 2011b).

O relatório encontra-se organizado em duas partes que se complementam. A primeira é constituída pelo enquadramento teórico onde se contextualiza o fenómeno envelhecimento populacional, o papel do cuidador informal de idosos e as características que influenciam a sua qualidade de vida aquando do desempenho de papel. Ainda no enquadramento teórico, são apresentadas estratégias e recomendações para reestruturação dos cuidados de saúde, com vista a preparar a sociedade atual na resposta ao crescente envelhecimento da população. Identificam-se estratégias de promoção de saúde e as vantagens da criação e do investimento em ambientes facilitadores da qualidade de vida nas populações mais idosas. Sublinha-se o papel da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na abordagem das alterações demográficas que se têm vindo a fazer sentir e para as quais é necessário definir novas abordagens de intervenção. Por último, mas não menos importante ainda na Parte I do presente relatório, apresenta-se o Modelo Conceptual de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, à luz do qual se nortearam e fundamentaram as principais intervenções realizadas junto com os Cuidadores Informais.

A segunda parte do relatório descreve todo o percurso desenvolvido durante o estágio final. Relata as diferentes fases da Metodologia de planeamento em saúde, que possibilitaram a realização do projeto de intervenção comunitária, subordinado ao tema “*Serpa* Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!”.

O enquadramento prático inicia-se com o capítulo relativo à caracterização do local de estágio, onde se apresenta uma breve contextualização da área de influência da UCC através da caracterização sócio demográfica do concelho. Em seguida, procede-se à descrição da intervenção comunitária desenvolvida recorrendo às diferentes fases da metodologia de planeamento em saúde. É efetuada uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas ao longo do estágio final e durante a realização e implementação do projeto de intervenção comunitária. Finaliza-se este relatório com a conclusão onde se destacam os principais resultados do trabalho desenvolvido, as aprendizagens e as competências adquiridas durante todo este processo de enriquecimento profissional.

O presente relatório cumpre as normas de apresentação em vigor na Universidade de Évora. Para citações e referências bibliográficas, seguiu-se a norma da *American Psychological Association (APA) 6th edition*.

PARTE I
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

“O planeamento não é só uma «forma de diminuir a angústia do futuro», mas de melhorar o futuro segundo os nossos desejos, em moldes de justiça e eficiência.”

(Imperatori & Giraldes, 1993, p.21)

O planeamento foi inicialmente associado aos sectores económicos sendo numa fase posterior progressivamente adotado nos setores sociais, só mais tarde foi percebida a necessidade de planeamento no domínio da saúde.

Inicialmente entendido como um processo administrativo, o planeamento era composto por um conjunto de variáveis das quais faziam parte as tarefas, as estruturas organizacionais e tecnológicas, as relações humanas e o meio ambiente. Enquanto processo administrativo tinha como principais funções planear, organizar, dirigir e controlar toda a ação então desenvolvida no âmbito empresarial. Atendendo a que as diferentes funções se inter-relacionam de forma dinâmica entre si, Tavares (1990) refere que o planeamento *“é, na sua essência um modelo teórico para a acção futura”* funcionando como um elemento de tomada de decisão (Tavares, 1990, p.29).

Se considerarmos o processo de planeamento no âmbito da saúde podemos salientar, segundo o mesmo autor, que planear em saúde

“é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução (ões) óptima (s) entre as várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsões no futuro” (Tavares, 1990, p.29).

Para Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde é definido como *“uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”*, a qual engloba três premissas: *“a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”* (p. 21).

Imperatori e Giraldes (1993) sublinham a importância de planejar em saúde enumerando como principais razões: a escassez dos recursos, a necessidade de intervir nas causas dos problemas identificados e definir prioridades uma vez que não é possível resolver todos os problemas em simultâneo, sendo, no entanto importante evitar intervenções isoladas por sector, com vista à rentabilização das infraestruturas e equipamentos com o intuito de melhorar a sua eficiência através do planeamento do seu uso de forma coordenada.

Ainda sobre este assunto, Tavares (1990) reforça que no planeamento em saúde, enquanto ajuda na tomada de decisão é considerada a racionalização dos recursos que por norma, são escassos, atendendo aos princípios de equidade e de eficiência. Para o autor, estes dois princípios são atendidos em diferentes momentos do desenvolvimento do processo de planeamento em saúde, isto é, o princípio de equidade está presente na fase de definição de prioridades e o princípio de eficiência verifica-se na fase de seleção de estratégias, aquando da distribuição dos recursos (Tavares, 1990).

Lopes Dias (1974) citado por Imperatori e Giraldes (1993), identifica ainda três outros motivos que fundamentam o planeamento em saúde, nomeadamente a potencialidade de sucesso quando são bem planeados e justificados, mudanças nas estruturas das populações e aspirações sociais, e ainda a complexidade crescente de técnicas que implica uma especialização profissional e trabalho de equipas multidisciplinares.

Neste contexto, salienta-se a importância do planeamento em saúde, na promoção de mudanças que se pretendem realizar junto das populações ou grupos populacionais. Estas mudanças baseiam-se fundamentalmente em alterações de comportamento com vista a modificar hábitos que influenciam negativamente a saúde. Caracterizam-se por tomadas de decisão normalmente intencionais, para alteração de uma situação previamente identificada, onde se desenvolve todo um processo induzido para que ocorram as mudanças, as quais se traduzem, após intervenção em resultados previamente estabelecidos.

As mudanças quando realizadas a níveis socioculturais cumprem normalmente um plano que contempla várias fases por parte das populações onde ocorre a intervenção, que vão desde o “*conhecimento, motivação, apreciação, experimentação e finalmente de adopção*” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 24).

Os planos de saúde desenvolvidos com o objetivo de alterar este tipo de comportamentos socioculturais são normalmente constituídos por planos educacionais que contemplam conteúdos de educação para a saúde, com o intuito de promover hábitos saudáveis a adotar pelas populações ou grupos alvo de intervenção, os quais se efetivam através de contato direcionado, progressivo e controlado.

Entende-se desta forma porque é que o planeamento em saúde requer uma prévia identificação dos problemas de saúde existentes nas comunidades. A sua identificação permite numa fase seguinte, a definição de objetivos, a seleção das prioridades e a racionalização dos recursos, de forma a obter ganhos em saúde quer para as populações, quer na garantia da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Durante o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária envolvem-se tanto os profissionais como a população e grupo de indivíduos que a integram, tendo como objetivo a melhoria das condições de saúde ou a mudança social inicialmente delineada.

Importa, no entanto considerar aquando do planeamento, a existência de fatores internos (biológicos) e de fatores externos (estilos de vida, ambiente, sistemas de cuidados, recursos) os quais se influenciam mutuamente e estabelecem relação com o meio envolvente (Imperator & Giraldes, 1993). O conhecimento desta inter-relação implica igualmente que se tenha em consideração a importância da cooperação entre os diversos sectores da comunidade durante o processo em que se desenvolve o plano.

Segundo Imperator e Giraldes (1993), *“o nível de saúde resulta da acção de fatores ambientais, demográficos e sócio-culturais”* (p.28), logo é importante considerar que as condições associadas à saúde das populações se alteram ao longo do tempo e de região para região. Desta forma, segundo os mesmos autores, existem ainda outros fatores que podem condicionar o processo de planeamento em saúde, nomeadamente:

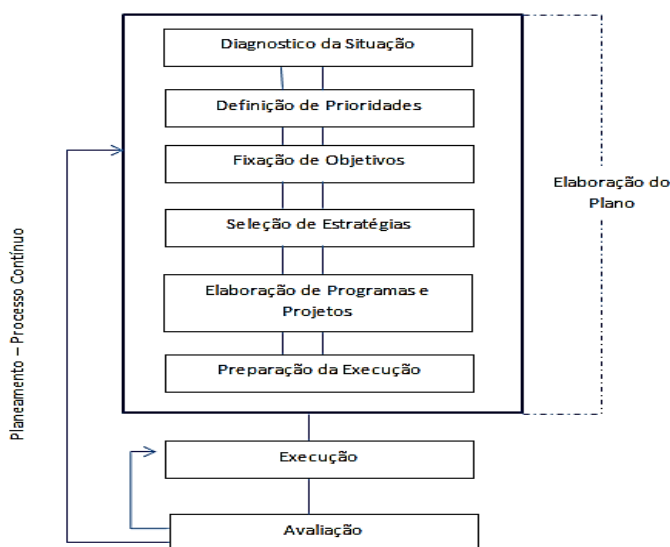
“a complexidade do ambiente externo, a rapidez das mudanças tecnológicas, as complexidades do planeamento administrativo, o tempo decorrido entre a decisão e o resultado, a falta de informação válida e de retorno, a ausência de formulação formal de uma política de saúde e experiências anteriores negativas” (Imperator & Giraldes, 1993, p.28).

Neste seguimento, quando se estabelece um plano que pretende efetuar alterações comportamentais nas populações com vista à obtenção de ganhos em saúde, é essencial que ao longo das diferentes fases do processo de planeamento, se contemple a promoção da saúde baseada nas necessidades sentidas pelas pessoas dentro do contexto onde vivem e do meio onde se inserem. Esta permissa contemplada desde logo no planeamento permitirá que, após intervenção, se verifique a capacitação e empoderamento dos indivíduos e/ou comunidades na adopção de estilos de vida saudáveis, bem como a possibilidade de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida das populações.

O processo do planeamento em saúde é assim um plano que se estabelece com vista à obtenção de um resultado. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), é constituído por três fases importantes: a elaboração do plano (composta pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e preparação para a execução), a execução e a avaliação.

O planeamento em saúde deverá entender-se como um processo contínuo e dinâmico, tal como se pode verificar na figura que se segue (Figura 1), não se considerando uma fase completamente terminada, uma vez que, através da atualização da informação na fase seguinte, pode existir necessidade de voltar a reestruturar a fase anterior (Imperatori & Giraldes, 1993).

Figura 1 – Principais etapas de Processo de Planeamento da Saúde



Fonte: Imperatori & Giraldes (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais, p.29

Atendendo ao esquema anterior podemos verificar que as principais fases do processo de planeamento em saúde são o diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Tal como já mencionado é um processo dinâmico e sistemático, onde as etapas se iniciam no planeamento estratégico e terminam no planeamento operacional com a etapa de programação.

A avaliação do processo está implícita em dois momentos segundo Imperatori e Giraldes (1993), na etapa fixação de objetivos, através de indicadores de resultado ou de impacto, e na etapa de elaboração de programas e projetos através de indicadores de processo ou de desempenho.

A primeira fase do planeamento em saúde é a elaboração de um diagnóstico. Considerada uma etapa de extrema importância, pois corresponde ao momento em que são identificadas as necessidades de saúde de uma população. *“A concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinará a pertinência do plano, do programa ou atividades”* (Imperatori & Giraldes, 1993, p.43).

Tanto Imperatori & Giraldes (1993) como Tavares (1990) mencionam que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas também deverá ser sucinto, claro e rápido, de forma a conseguir dar resposta às necessidades identificadas em tempo útil.

Obtém-se através de uma preparação programada que implica a recolha de dados, a descrição da situação, o conhecimento dos fatores que a determinam, de forma que a análise realizada permita a adequada identificação dos problemas existentes. Neste âmbito, importa salientar dois conceitos importantes que nos apresenta Tavares (1990), o conceito de problema de saúde que *“corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade”* e o conceito de necessidades, as quais se caracterizam pela *“diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir”* (Tavares, 1990, p.51). As necessidades podem ainda ser reais ou sentidas e estas últimas podem caracterizar-se como expressas ou não expressas. De acordo com este autor, quando se faz o diagnóstico da situação identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

A segunda fase do planeamento em saúde corresponde à determinação de prioridades. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) aquando da determinação de prioridades são selecionados os problemas de saúde passíveis de ser resolvidos, recorrendo para isso a critérios de decisão onde se avaliam e comparam os problemas identificados. Tavares (1990) acrescenta ainda que nesta fase, com base na *“pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto”* é importante a definição de prioridades, *“procurando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar”* (p.83).

Após ter sido realizado o diagnóstico de saúde e priorizados os problemas, é necessário proceder à fixação de objetivos. Giraldes (1993) refere que se trata de uma fase fundamental no processo de planeamento em saúde, pois somente com os objetivos bem delineados poderemos efetuar a avaliação dos resultados obtidos através da operacionalização do plano. A autora evidencia quatro aspectos importantes a considerar nesta fase: *“a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, a determinação de tendência dos problemas definidos como prioritários, a fixação de objetivos a atingir a médio prazo”* e *“a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas”* (Giraldes, 1993, p.77)

Tavares (1990) salienta que os objetivos quando bem formulados, fornecem regras e critérios às atividades a desenvolver posteriormente, e possibilitam a avaliação do grau de sucesso do projeto, nomeadamente o nível de adequação entre os motivos da sua implementação e as necessidades e expectativas da população alvo.

A escolha de um conjunto de técnicas específicas e organizadas que permite alcançar os objetivos previamente definidos é designada por seleção de estratégias (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo os mesmos autores, nesta fase devem ser consideradas estratégias alternativas para atingir o mesmo objetivo. Tavares (1990) refere-se a esta etapa como uma sendo o momento em que é pedida muita criatividade a quem planeia as estratégias, para o qual deverá existir um planeamento detalhado sobre a seleção das estratégias adoptadas. Delas fazem parte a estimativa dos custos associados à operacionalização do plano, bem como quais são os recursos necessários para que se atinjam com sucesso os objetivos inicialmente propostos.

A preparação operacional ou de execução é a fase seguinte do processo de planeamento, é de extrema importância para o sucesso do projeto. Caracteriza-se como sendo uma fase

operacional, a qual surge após a fixação dos objetivos e das estratégias. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), nesta fase é fundamental a descrição detalhada das atividades a desenvolver e a existência de um cronograma que monitorize a realização das mesmas no decorrer do tempo de duração do projeto. A preparação da execução permite ainda mostrar de forma organizada e clara as relações entre as diferentes atividades, atendendo à otimização do tempo e dos recursos disponíveis a utilizar, evitando assim sobreposições, desvios de percurso e dificuldades de operacionalização. Nesta fase, segundo Imperatori e Giraldes (1993), deve ser especificado de quem é a responsabilidade pela execução do projeto, as entidades envolvidas, os “timings” e calendarização de execução, bem como a apresentação de um cronograma para controlo do progresso da implementação do plano. Tavares (1990) refere-se a esta etapa, como a fase em que é preciso operacionalizar a execução do projeto, isto é, o conjunto de atividades que se desenvolvem num período e que contribuem para a execução de um programa previamente estabelecido.

A última etapa do processo de planeamento em saúde é a avaliação. Esta fase consiste em comparar os progressos alcançados, com os objetivos inicialmente definidos tendo em conta as intervenções desenvolvidas para verificar se existe necessidade de reformular algumas das estratégias e ou atividades. É igualmente importante porque é nesta fase que se avalia o sucesso ou não do planeamento realizada e onde se confrontam a adequação dos objetivos delineados e as estratégias utilizadas para a mudança pretendida na fase inicial.

Nesta fase é importante ainda distinguir a avaliação que se realiza em curto prazo, através de indicadores de processo, os quais serviram para fixar metas, e a avaliação em médio prazo, que se realiza considerando os objetivos fixados em termos de indicadores de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Pineault e Daveluy (1986), citados por Tavares (1990) referem que o planeamento em saúde pode ser classificado em três tipos, de acordo com o seu nível, segundo a sua perspectiva e ainda de acordo a sua abordagem.

Na classificação segundo o nível, designa-se de planeamento normativo, se abordar uma orientação geral, normalmente expressa por uma política, a qual emana as orientações que devem ser seguidas. Por seu lado, o planeamento estratégico realiza a análise do contexto quer interno quer externo (ambiente) é caracterizado pelo seu desenvolvimento em longo prazo onde se

determinam finalidades, prioridades de ação e alternativas estratégicas, utilizando para isso, planos táticos e operacionais. No que concerne, a estes últimos, enquanto que o planeamento tático se caracteriza por estabelecer planos em médio prazo e tem em atenção a racionalidade das decisões tomadas, as quais advêm da definição de objetivos gerais e específicos, da programação de atividades e utilização de recursos, o planeamento operacional, está centrado na otimização de resultados a curto prazo onde estabelece tarefas e gere recursos com vista à eficiência (Tavares, 1990).

O planeamento é classificado segundo uma perspectiva organizacional ou populacional atendendo ao seu foco de atenção, o qual pode incidir quer na dinâmica organizacional quer nas populações alvo de intervenção (Tavares, 1990).

Por último, o planeamento pode ainda ser caracterizado segundo uma abordagem racional (fundamentalmente técnica, utiliza métodos objetivos e quantitativos) ou pragmática (abordagem participativa que recorre a métodos subjetivos e qualitativos) (Tavares, 1990).

2. ENVELHECIMENTO

A população mundial está a envelhecer! Este é já considerado um dos maiores desafios das sociedades modernas. Em todos os países do mundo assiste-se ao aumento do número e da proporção de idosos. O envelhecimento da população é cada vez mais motivo de reflexão sendo considerado como uma das transformações sociais mais significativas do século XXI.

Se por um lado temos sociedades envelhecidas, por outro temos “*sociedades em que os indivíduos vivem mais tempo*” (Cabral & Marques, 2013, p.11).

Estas alterações demográficas têm implicações em quase todos os setores da sociedade, onde se incluem o mercado de trabalho, a economia, a procura e oferta de bens e serviços, dos quais se destacam, por exemplo, habitação, transporte, redes de apoio social e familiar (ONU, 2015).

Importa salientar que o envelhecimento demográfico não se deve a um só fator, mas sim à associação de um conjunto de alterações que se têm vindo a verificar nos últimos tempos, nomeadamente, o aumento da esperança média de vida, a implementação de medidas de saúde pública (onde se incluem a educação e promoção da saúde, a melhoria das condições sociais, alimentares, de saneamento), os avanços tecnológicos e da medicina (quer preventiva, quer curativa) as quais em muito têm contribuído para a diminuição da taxa de mortalidade das populações.

Analisado desta forma, o fenómeno envelhecimento pode ser considerado um aspecto positivo, resultado da evolução das nossas sociedades e da melhoria do acesso da população aos cuidados de saúde (Cabral & Marques, 2013).

Projeções demográficas indicam que em 2050, o número de “grandes idosos” será de 434 milhões, tendo mais do que triplicado em número desde 2015, quando havia 125 milhões de pessoas com mais de 80 anos. A proporção de pessoas idosas no mundo com idade igual ou superior a 80 anos deverá aumentar de 14% em 2015 para mais de 20% em 2050 (ONU, 2015).

As previsões apontam ainda para que em 2030, as pessoas idosas superem em número as crianças de 0 a 9 anos (1,4 bilhões contra 1,3 bilhões) e até 2050, haverá mais pessoas com 60 anos ou mais do que adolescentes e jovens de 10 a 24 anos (2,1 bilhões contra 2,0 bilhões) (ONU, 2015).

A Europa mantém a tendência mundial, apresentando uma estrutura etária cada vez mais envelhecida. A estrutura demográfica de Portugal, não é exceção. Tal como os outros estados membros da União Europeia (EU), em Portugal *“o agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país (...)”* (INE, 2012, p.22).

De acordo com o recenseamento censitário realizado em 2011 para a população portuguesa, verificou-se um agravamento do índice de envelhecimento para 128, (face ao verificado em 2001 que era de 102), o que significa dizer que, por cada 100 jovens há 128 idosos. Também o índice de longevidade (população com 75 ou mais anos relativamente ao total da população idosa), tem vindo a aumentar, prova disso é o aumento da esperança média de vida que se tem verificado nas últimas décadas (INE, 2012).

Em 2016, Portugal manteve a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos. Entre 2011 e 2016, verificou-se novo aumento do índice de envelhecimento da população residente, o qual subiu de 128 para 151 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017).

Todas estas previsões acarretam inevitavelmente implicações de carácter económico, social e político. O envelhecimento da população veio desta forma, trazer aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados, o que fez com que muitos decisores políticos/governos, tivessem que tomar medidas para corresponder a este fenómeno de envelhecimento populacional (DGS, 2006).

O envelhecimento da população no geral e o aumento do número de pessoas em idades muito avançada em particular, pressionam os sistemas de saúde, aumentando a procura por cuidados, serviços e tecnologias para prevenir e tratar doenças, a maioria não transmissíveis, mas de carácter crónico associadas ao processo de envelhecimento (ONU, 2015).

Todas as mudanças e transformações verificadas ao longo do processo de envelhecimento são complexas e os resultados muito variáveis de indivíduo para indivíduo, uma vez que, refletem as vivências de cada um ao longo do seu ciclo vital.

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) (2006), “*o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida*” (DGS, 2006, p.5).

Ainda que analisado em diferentes perspectivas, importa salientar que o envelhecimento é um processo normal, gradual, irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo na vida do ser humano.

As pessoas idosas têm maior probabilidade de apresentar múltiplos problemas de saúde, nomeadamente o aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, no entanto, o aumento da esperança média de vida pode por si só não implicar necessariamente situações de dependência em muitas delas. É, porém espectável e naturalmente aceite que o aumento da idade altere progressivamente a autonomia das pessoas idosas fazendo com que necessitem de ajuda de familiares, apoios sociais ou outros para a realização das atividades do dia a dia e até mesmo atividades no âmbito do autocuidado (Cabral & Marques, 2013).

Compreender em que níveis, grau de incapacidade, bem como quais são as necessidades dos idosos é fundamental para avaliar as implicações do envelhecimento na saúde da população e encontrar formas de minimizar esse impacto nos sistemas de maior suporte – saúde e social.

Se o envelhecimento ocorre de forma diferente em cada indivíduo, grupo ou comunidade, então é importante entendê-lo enquanto um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (WHO, 2014).

Ter mais anos disponíveis para viver, nem sempre é acompanhado de melhores anos vividos. Frequentemente o aumento da esperança média de vida significa estar exposto a outras variáveis que condicionam a vida e a saúde dos mais idosos. Nomeadamente a presença de doenças crónicas não transmissíveis, assim como o declínio das suas capacidades intrínsecas e funcionais bem como a diminuição da participação em redes pessoais e sociais, colocam os idosos numa situação de fragilidade e vulnerabilidade.

Cabral & Marques (2013), associam o aumento da idade à alteração do estado de saúde e das condições sociais vividas pelos mais idosos, salientando que *“à medida que esta aumenta, um crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e dependerá cada vez mais dos outros, bem como dos apoios sociais e familiares”*(Cabral & Marques, 2013, p.12). O envelhecimento contribuiu assim para que se desenvolvessem um conjunto de condições que são determinantes ao aparecimento de terceiros, para o desempenho de papel de cuidador informal, os quais na sua maioria são familiares dos idosos.

A redução da capacidade funcional, ainda que associada ao envelhecimento não deve defini-lo e muito menos permitir situações de *“exclusão dos idosos da vida social, que tende a remetê-los para uma limitada sociabilidade familiar ou de vizinhança, senão mesmo e não raramente, para situações de completa solidão social ou, então, para instituições de acolhimento desligadas dos processos de participação colectiva”* (Cabral & Marques, 2013, p.12).

Proporcionar melhores condições de vida às populações idosas é mandatório em virtude das alterações demográficas que se apresentam. O conceito envelhecimento saudável ou envelhecimento ativo é por isso muito utilizado atualmente, pretendendo-se traduzir através dele, a visão global sobre os fatores a considerar que melhor caracterizam o processo de envelhecimento, bem como as respostas a desenvolver no futuro.

Para a OMS, o Envelhecimento ativo é a *“optimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice”* (OMS, 2002 cit in Cabral & Marques, 2013, p.13). Também o PNSPI (2006), salienta que *“os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares”*(DGS, 2006).

A qualidade de vida tem especial ênfase no conceito da OMS e, assim como a saúde engloba significados que vão para além de aspectos clínicos da doença, são considerados outros fatores que influenciam as condições de saúde, nomeadamente fatores pessoais e ambientais. Para a mesma organização (OMS), o termo ativo *“refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas, e não só à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho”*(Cabral & Marques, 2013, p.14).

Entende-se desta forma que o objetivo do envelhecimento ativo tem contornos muito amplos, os quais visam aumentar a possibilidade de uma vida saudável promovendo a qualidade

de vida das pessoas que estão a envelhecer, nomeadamente as que se incluem em grupos mais vulneráveis e com algum tipo de incapacidade que requeira cuidados de saúde ou de suporte social. A preocupação primordial da OMS é encontrar solução aos problemas que advém do facto de as pessoas viverem mais tempo e realçar a importância de preservarem a saúde, pois sem a existência de saúde, pode estar condicionada a qualidade de vida (Cabral & Marques, 2013).

Uma vez que as próximas mudanças demográficas são previsíveis nas próximas décadas, os governos devem aproveitar a oportunidade e tomar uma abordagem proativa para alinhar as suas políticas com as necessidades da população (ONU, 2015).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), inserido no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, teve como objetivo, *“contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa”* (DGS, 2006, p.14).

Este Programa considera que o envelhecimento *“não é um problema”*, considerando-o *“uma parte natural do ciclo de vida”*, e enfatiza que é *“desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível”* (DGS, 2006, p.5). Para isso, é necessário o desenvolvimento de uma ação integrada que vise a *“mudança de comportamentos e atitudes da população em geral”*, onde se incluem também os profissionais de saúde (DGS, 2006, p.5).

Neste contexto, atendendo a que pessoas idosas ativas e saudáveis permanecem autónomas durante períodos mais longos constituindo-se um importante recurso para as famílias e comunidades, é importante considerar os cuidadores informais de idosos. Sendo membros da família, são quem geralmente acompanha os mais idosos em situações de dependência de cuidados, também eles integram este fenómeno de envelhecimento, notando-se cada vez com maior frequência, idosos a cuidar de idosos.

Assim sendo, é essencial num futuro próximo, de acordo com o PNSPI, (2006), *“uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada”* (DGS, 2006, p.6).

Esta mudança implica uma sensibilidade dos sistemas de cuidados, para reestruturar a forma como trabalham atualmente, retirando o foco da doença e do tratamento em exclusivo para agir sobre os *“determinantes comportamentais de um envelhecimento activo ao longo da vida”* a fim de promover junto das populações, comunidades e grupos mais vulneráveis, a *“adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos”* (DGS, 2006, p.10).

A atenção dos serviços de saúde e dos seus profissionais, nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, reveste-se de especial importância na condução deste novo desafio de reestruturação. A área dos cuidados de saúde primários ocupa um lugar preponderante, pois a sua ação é junto das pessoas, grupos e comunidades, permite-lhe a *“implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população”* (DGS, 2006, p.6).

Através da capacitação das pessoas idosas, bem como do incentivo à promoção da sua própria saúde, autonomia e independência, possibilita a existência de comunidades competentes em defesa da sua saúde e na promoção da sua qualidade de vida. *“Ao promover a sua autoconfiança, favorece o prolongamento da sua autonomia, graças às estratégias adaptativas que o próprio desenvolve e mobiliza, contribuindo, deste modo, para lhe minimizar a dependência e para uma velhice mais bem sucedida”* (Saraiva, 2011, p.14).

3 – CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento, o aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, bem como situações de doença prolongada são alguns dos fatores facilitadores do aparecimento de dependência nos indivíduos mais idosos. A probabilidade de necessitar de cuidados prolongados no tempo aumenta a necessidade de suporte familiar e/ou comunitário.

É no seio familiar que se mantem a responsabilidade de cuidar quando surgem problemas de saúde ou situações de incapacidade em algum dos seus membros.

Figueiredo (2009) refere que, *“as famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa”* (Figueiredo, 2009, p.30).

Na última fase do ciclo vital (família com filhos adultos) a família assiste a novos processos de transição relacionados com o envelhecimento. Trata-se de um processo multidimensional, centrado na interdependência das dimensões biológicas, psicológicas e sociais, as quais se verificam do seguinte modo:

“A primeira dimensão integra as alterações físicas do corpo, verificando-se alterações na capacidade funcional dos indivíduos. Na dimensão psicológica as alterações surgem associadas à cognição, personalidade e afetividade, enquanto que nos processos sociais se reflete o domínio sociocultural e ambiental os quais traduzem indicadores de saúde familiar e social” (Figueiredo & Oliveira, 2011, p.12)

Manter a pessoa idosa em permanência no seu lar e na família, num espaço físico que lhe é próximo e significativo é a situação ideal, porém esta acarreta muitas vezes alterações intergeracionais vivenciadas dentro da estrutura familiar (agora com pais idosos e filhos cuidadores), constituindo-se como novos desafios para os seus membros aquando da adequação às novas funções.

À medida que o nível de dependência dos idosos se acentua, a saúde e bem-estar alteram-se, sendo frequente a necessidade de ajuda para a realização de cuidados ou manutenção das atividades de vida diária que por si só, os idosos podem já não conseguir satisfazer. A figura do cuidador informal aparece com frequência nesta fase, isto é, através do *“acto de apoiar alguém ou prestar-lhe um serviço”* desenvolvendo-se *“um processo interactivo entre o cuidador e a pessoa cuidada”* para apoio na satisfação das suas necessidades ou para a prestação de cuidados diretos (Saraiva, 2011, p.16).

Saraiva (2011) menciona que *“grande parte das incapacidades dos idosos estão associadas a doenças, a limitações físicas e restrições ou obstáculos contextuais, do ambiente envolvente, seja físico, atitudinal e relacional”* (Saraiva, 2011, p.14 e 15).

Se considerarmos que o fenómeno envelhecimento populacional vai acentuar-se nos próximos anos, futuramente teremos uma população envelhecida responsável por esses cuidados. O mesmo significa dizer que, teremos, por conseguinte idosos a cuidar de idosos.

Sendo a função de cuidar de alguém, considerada por Saraiva (2011), *“uma ação humana mobilizadora”* baseada no respeito pelos sentimentos, valores e dignidade da pessoa cuidada, o fato de lhe ser proporcionada qualidade de vida, contribui simultaneamente para manter também a qualidade de vida do cuidador (Saraiva, 2011, p. 15). Assim sendo, o cuidador para além de assumir a responsabilidade de fornecer apoio na satisfação das necessidades da pessoa idosa ou pessoa dependente, tenta contribuir para melhorar a qualidade de vida e bem estar do seu familiar.

Ainda a mesma autora, salienta que cuidar implica *“entrega, dedicação, empenho, criatividade, no sentido duma (re)construção e actuação conjunta, do dependente, do cuidador, da rede de apoio, simultaneamente racional e afectiva, plena de significados e sentimentos de todos os envolvidos”* (Saraiva, 2011, p.15). Também Ricarte (2009) citado por Saraiva (2011), nos diz que *“cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba múltiplas vertentes: relacional, afectiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica”* (Saraiva, 2011, p. 15).

Esta função de cuidador, na maioria dos casos, surge de forma natural no processo de prestar apoio ao familiar, ou então pode surgir de forma abrupta levando a uma reestruturação de papéis dentro no seio familiar.

Alguns autores identificam as razões que levam o cuidador a ajudar, as quais podem estar mais ou menos implícitas no momento de assumir esta função. Por exemplo, Imaginário (2008), citada por Saraiva (2011) salientou três categorias na base da *“motivação para cuidar: a relação, o respeito e a ausência de opções”*. A mesma autora cita ainda Ricarte (2009), quando este *“defende cinco razões principais: o amor, a gratidão (noção de dever, pressão social, modelo da família tradicional), a moralidade (dever moral, expectativas sociais, sentimento de reciprocidade), a solidariedade (laços afectivos) e a vontade própria.”* (Saraiva, 2011, p.16).

Existem dois tipos de cuidadores, que podem estar envolvidos no processo de cuidar, o cuidador formal e o cuidador informal.

O cuidador formal é um profissional com formação e treino para o desempenho do papel de cuidar, contribuindo de forma significativa para a melhoria da saúde das pessoas cuidadas (Areosa, Henz, Lawisch, & Areosa, 2014). Este tipo de cuidador por norma adquiriu competência em estabelecimento de ensino e desempenha a sua função ao atender às necessidades do utente mediante um salário ou remuneração.

O outro tipo de cuidador designa-se cuidador informal. Este pode ser um familiar, um amigo, um vizinho, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. São vulgarmente pessoas voluntárias que se dispõem a ajudar sem que tenham formação profissional específica para cuidar. Neste tipo de cuidado estão patentes a disponibilidade e a boa vontade de quem cuida.

Saraiva (2011) acrescenta ainda que o cuidador informal é *“quem geralmente é identificado e percebido como responsável e acompanhante frequente do dependente, com grande proximidade relacional ao mesmo (...)”* (Saraiva, 2011, p.16).

A literatura aponta para que aproximadamente 80% dos cuidados em toda a UE sejam prestados pelas famílias (nomeadamente cônjuges e filhos) e amigos (Tarricone & Tsourus, 2008).

Dependendo da responsabilidade pela execução do papel junto do familiar idoso, o cuidador pode ainda ser classificado em primário ou secundário. Assim, o cuidador chama-se primário quando é o responsável pelo cuidado diário ao idoso, sendo este a única pessoa a desempenhar esta tarefa. Já a designação de cuidador secundário é atribuída quando as funções

de cuidador se traduzem em atividades que se verificam de forma ocasional, ou de ajuda ao cuidador informal principal (Paulo & Bergmann, 2008).

Na literatura o perfil de cuidador informal encontra-se descrito por vários autores. De uma maneira geral, identificam-no como os familiares que coabitam com a pessoa dependente, na sua grande maioria mulheres (solteiras ou casadas) ou geralmente as filhas ou cônjuge do idoso/a. Associam-se ainda algumas particularidades em comum, como irregularidade laboral ou ausência de ocupação profissional, ser doméstica, desempregada, baixos níveis de instrução e baixos rendimentos (C. Figueiredo, Rosset, Freitas, & Aparecida, 2013; Rodríguez-Rodríguez, 2005; Areosa et al., 2014; Guerra, Almeida, & Souza, 2017; Vieira, Nobre, Bastos, & Tavares, 2012; Melo et al., 2014; Diogo, Ceolim, & Cintra, 2005).

Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), são cada vez mais os familiares e amigos que estão envolvidos na prestação de cuidados informais. Tipicamente não são remunerados, os cuidados prestados são definidos como cuidados de ajuda pessoal nas atividades básicas de vida diária para pessoas com limitações funcionais (OECD, 2011).

Mesmo em países com uma oferta bem estruturada de cuidados de longa duração, o número de cuidadores informais é estimado em pelo menos duas vezes o número cuidadores formais (Eurocarers, 2017).

O desempenho das tarefas, os diferentes tipos e níveis de atividades que os cuidadores informais realizam, variam amplamente tanto entre os países europeus como dentro de cada país. A título de exemplo, nos países do sul da Europa, o cuidado informal continua a ser o principal recurso de cuidados no domicílio. É através da ajuda dos cuidadores não remunerados que se consegue garantir o apoio aos mais vulneráveis que necessitam da garantia de continuidade de cuidados muitas vezes prolongados no tempo. A situação é bem diferente nos países do norte da Europa. Nestes países, os cuidados informais são menos comuns, são os municípios que asseguram os cuidados de uma forma global, através da prestação de cuidados pessoais e até mesmo a prestação de serviços domésticos. Os cuidados informais têm nestes países funções como fornecer companhia e/ou apoio social (Tarricone & Tsourus, 2008).

A fase do ciclo vital em que o cuidador informal se encontra na altura em que desempenha o seu papel é de extrema importância, uma vez que, esta pode ser mais ou menos facilitadora na execução do cuidado.

Atendendo ao envelhecimento populacional é frequente encontrarmos pessoas cada vez mais idosas a cuidar de idosos no domicílio, cenário que pode acarretar dificuldades adicionais para quem cuida e para quem é cuidado. Em função dos fatores subjacentes à prestação de cuidados, podem verificar-se inúmeras limitações no desempenho do papel, para o utente no que concerne à satisfação das suas necessidades, e para quem cuida na realização de algum cuidado que pode ser difícil de atender ou eventualmente estar condicionado, em virtude da dificuldade de resposta do cuidador informal já idoso.

A intervenção do cuidador informal na prestação de cuidados está subordinada ao nível de dependência do idoso, a qual pode para além de prolongada no tempo, representar maior ou menor complexidade. Esta função pode ser mais ou menos facilitada, dependendo dos conhecimentos que o cuidador tenha face à situação que o familiar apresenta ou do nível de capacitação para a execução do papel.

Este envolvimento na prestação de cuidados, a dedicação e a responsabilidade pelo familiar idoso, tem impacto na qualidade de vida e na saúde do cuidador informal, devido ao esforço, ao trabalho que lhe é exigido durante o processo de cuidar.

Se por um lado existem cuidadores informais disponíveis e capacitados para assistir o idoso nas suas necessidades, por outro, estudos revelam que o desempenho do papel de cuidador remete o familiar para um estado de ansiedade e preocupação extrema, principalmente, se existem receios relacionados com o cuidado, ou então, se tem outras responsabilidades a seu cargo. A prestação de cuidados realizada pelo cuidador informal torna-se assim uma tarefa complexa que envolve múltiplas e diferentes experiências.

Foi realizado um estudo qualitativo desenvolvido por Areosa *et al*, (2014), com vista a identificar as queixas implicadas no cuidado aos idosos, e em que medida estas podem afetar as rotinas diárias do cuidador. Os resultados salientam que, a mulher quando assume o

“seu papel de cuidadora, acaba diminuindo as suas atividades de lazer e de oportunidades para a vida social. Porém, quando esta mulher não quer assumir este papel, torna-se alvo de pressão social e familiar, resultando conflitos

familiares e conseqüentemente ela acaba criando sentimentos de culpa.”
(Areosa et al., 2014, p. 484).

O mesmo resultado, foi obtido num estudo qualitativo sobre idosos que cuidam de idosos, realizado por Gonçalves et al., (2013). O estudo envolveu nove cuidadores informais idosos que cuidaram de pessoas idosas dependentes no domicilio, após internamento numa unidade de convalescença. Após análise das entrevistas, verificou-se que a tarefa de cuidar refletiu “*um impacto negativo na vida dos cuidadores*”. As autoras destacam “*a sobrecarga física*” devido à presença de “*doença, cansaço e a idade do cuidador*”; o compromisso “*social*” por “*ausência de colaboração, isolamento e tempo de prestação de cuidados*” e as dificuldades “*económica e emocional*”. Neste estudo, foram identificadas pelos cuidadores necessidades de “*tempo livre/lazer, apoio sócio relacional e espiritual, apoio financeiro e apoio formal para a tarefa de cuidar*”. De salientar que os cuidadores informais envolvidos no estudo apresentavam idades compreendidas entre os 71 e 80 anos, sendo a maioria esposas e filhas quem assumiu o cuidado permanente (24h por dia) ao idoso dependente. De nível de escolaridade baixo, os rendimentos baseavam-se na reforma por velhice de ambos e no complemento por dependência da pessoa cuidada. Dos resultados obtidos, importa ainda referir que, foram identificados como motivação para cuidar do familiar “*razões de âmbito pessoal, familiar, afetivo, social, económico e moral/ético*”; onde o cuidador refere como aspectos positivos “*a satisfação e reconhecimento pessoal*” (D. Souza & Rua, 2013, p. 50-52).

Segundo Vieira et al., (2012) “*o cuidador sente-se “obrigado” a estar disponível o dia todo para auxiliá-lo*” o que resulta “*em cansaço físico e desgaste psicológico para o cuidador, que na maior parte dos casos não possui ajuda de outro familiar*”. A dependência do idoso mantém o cuidador a maior parte do tempo no domicílio, uma vez que, por receio e preocupação, não deixa o seu familiar sozinho, o que resulta no isolamento social de ambos (Vieira et al., 2012, p. 258).

As dificuldades relacionadas com os problemas económicos, bem como as fragilidades de resposta social, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de oportunidades laborais ajustadas ao papel de cuidar, são outros dos problemas identificados pelos cuidadores informais de idosos (Buitrago-Echeverri, Ortiz-Rodríguez, & Eslava-Albarracín, 2010).

São várias as mudanças percebidas na saúde e na qualidade de vida dos idosos cuidadores dos seus cônjuges, após a assunção do papel de cuidador informal. Sinais de cansaço, stress,

preocupação, aparecimento de sintomas de doença, mudanças na vida quotidiana e autoestima são alguns dos mais referenciados (Rodrigues, Watanabe, & Derntl, 2006).

Também a necessidade de apoio familiar e social é muito salientada pelos diferentes estudos. O apoio social é mencionado por inúmeras ocasiões, no sentido de evitar o isolamento social. Outro dos fatores condicionantes é a ausência de tempo que o cuidador dispõe para si próprio. A indisponibilidade de recursos adequados que permitam a realização de pausas na prestação de cuidados, para cuidar de si e das suas necessidades individuais, tanto de lazer como de socialização faz com que o cuidador cada vez mais reconheça a necessidade de apoio de um serviço que permita a pausa e o descanso na atividade de cuidar (Melo et al., 2014).

A OECD (2013) faz ainda referência à análise que revela que o cuidado está associado a uma redução significativa nas horas de trabalho e ao aumento do absentismo laboral dos cuidadores informais em idade ativa. Alerta desta forma para o facto que lhe está associado, nomeadamente, o aumento do risco de pobreza para os trabalhadores que desempenham o papel de cuidadores. Reforça que a tarefa de cuidar leva ao agravamento da saúde mental, devido à sobrecarga que está inerente ao cuidador (OECD, 2013).

Todos estes fatores podem vir a comprometer, por um lado a continuidade da prestação dos cuidados, por outro a existência do papel de cuidador e de uma maneira geral a qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa que recebe os seus cuidados.

Os cuidados domiciliários porém, são considerados uma alternativa sustentável para prevenir a necessidade de institucionalização em situações de cuidados de longo prazo, para além de possibilitar a manutenção dos indivíduos no seu lar e comunidade o maior tempo possível. (Tarricone & Tsourus, 2008).

Muitas pessoas preferem cuidados domiciliários a qualquer outra opção. O seu lar é um lugar com referências emocionais e físicas, com memórias e conforto, logo o lugar de eleição em situações que carecem de cuidados prolongados.

O cuidado no domicilio mantém as famílias unidas, o que é particularmente importante em situações de doença e de dependência, permitindo a máxima liberdade para o indivíduo, em contraste com as instituições, onde por norma existem ambientes muito regulados. O cuidado

prestado no domicílio é personalizado e passível de ser adaptado às necessidades específicas de cada indivíduo e família.

A resposta às necessidades sentidas pelos idosos e pelos seus cuidadores informais em contexto de domicílio exige um compromisso público substancial. Requer um impulso social e político, o que implica mudanças na cultura, atitudes e na educação de todos os envolvidos: profissionais, comunidade, instituições, tanto no setor de saúde como nos setores sociais, bem como dos cuidadores informais envolvidos no cuidado a pessoas que precisam de cuidados domiciliários (Tarricone & Tsourus, 2008).

A Europa e os estados membros tentam reorganizar-se e envolver as comunidades para dar respostas concertadas face ao envelhecimento das populações e às suas necessidades saúde (Martins, Corte, & Marques, 2014).

É urgente o desenvolvimento de estratégias a nível global, mas é essencial a sua implementação a nível local, nomeadamente as que promovam a importância do papel dos cuidadores informais enquanto elementos fundamentais que cuidam dos mais vulneráveis no seio das famílias, grupos e comunidades. De igual importância será o encontro entre as respostas e as necessidades identificadas pelos cidadãos, pois só assim será possível a melhoria das condições de saúde, bem-estar e qualidade vida dos cuidadores informais e seus familiares.

Desta forma e em jeito de síntese, em populações onde se verifica o aumento gradual da esperança média de vida, o número de cuidadores informais será cada vez mais frequente. A existência de cuidadores informais idosos a cuidar de idosos é uma realidade crescente e preocupante, o que faz com que o cuidado informal se transforme numa área de grande interesse, com grande possibilidade de intervenção para a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Atendendo à dimensão que os cuidados informais ocupam na sociedade atual, é importante compreender melhor o papel que desempenham, quais as suas vivências, preocupações e necessidades para que se possa estabelecer a *“atenção e o suporte a essas pessoas”*, aspectos considerados *“fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do idoso fragilizado e do próprio idoso cuidador”* (Diogo et al., 2005, p. 102).

4. QUALIDADE DE VIDA

De acordo com o relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2014) “*a amplitude das oportunidades que surgem do aumento da longevidade dependerá muito de um fator fundamental: saúde*” (WHO, 2014, p.5).

Se os anos que se conseguiram alcançar através do aumento da esperança média de vida, forem dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade em geral terá impactos negativos quer na saúde, quer no bem-estar e na qualidade de vida das populações.

Perante as alterações demográficas que se começaram a verificar no último século, as quais revelam uma população cada vez mais envelhecida, torna-se imperioso proporcionar aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma melhor qualidade de vida (QdV). Desta forma, “*é assumidamente valorizado o objetivo de, nesse processo, não acrescentar apenas anos à vida, mas acrescentar vida aos anos, colocando a questão da promoção da QdV, à medida que as pessoas vão envelhecendo*” (Vilar, M.; Sousa L. & Simões M., 2015, p. 3).

Deve-se procurar promover a QdV em todas as fases do ciclo vital, no entanto, é nos idosos que muitas vezes observamos os maiores problemas associados a dificuldades funcionais, à presença de doenças crónicas não transmissíveis e a situações de dependência.

Mediante a subjetividade que o conceito QdV acarreta, torna-se necessário orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, o que para a maioria dos idosos está vulgarmente relacionado com o bem-estar, a saúde, com a felicidade, a realização pessoal, enfim, tudo o que pode significar QdV nesta etapa do ciclo vital.

Ainda que esta não se esgote no tempo as pessoas procuram na maior parte das suas vidas, obter uma boa QdV. Esta conduta deve cada vez mais fazer parte dos objetivos das gerações do presente, mas também do futuro e ter carácter duradouro e vinculativo aquando do planeamento de ações de promoção da saúde das populações.

A longevidade aumentou, no entanto a QdV percebida pelas pessoas não refletiu a mesma evolução, verificando-se em muitas ocasiões por vezes até a sua diminuição. Também as

opções realizadas ao longo da vida como o tipo de alimentação, o exercício físico, as condições de trabalho, o meio ambiente onde se vive e os estilos de vida adotados, são fatores que irão influenciar não só a longevidade e condição de saúde, como também a QdV atual e futura.

O aumento da esperança média de vida em muito se deve às mudanças positivas na QdV das populações, salienta-se a melhoria nas condições de higiene, controle das enfermidades, melhores condições habitacionais e alimentação (Monteiro et al., 2015).

A QdV é uma expressão muito utilizada, no entanto reveste-se de grande complexidade, atendendo ao alto nível de subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social. Assim QdV, pode significar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar um salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança (Gordia, Quadros, Oliveira, & Campos, 2011).

Se considerarmos a sua evolução no contexto histórico sabe-se, de acordo com Gordia et al., (2011), que a expressão QdV tem origem em duas culturas, a oriental e a ocidental. Nota-se na Oriental a *“sua presença na antiga filosofia chinesa referente à sua arte, literatura, filosofia e medicina tradicional, bem como, nas forças positivas e negativas representadas pelas definições de Yin e Yang, as quais, em equilíbrio, representam boa QdV”* (Gordia et al., 2011, p. 42). Na cultura ocidental, Kawakame e Miyadahira (2005) citados por Gordia et al (2011), relatam a QdV *“inicialmente relacionada com a visão aristotélica, a qual descrevia a felicidade como certo tipo de atividade íntegra da alma, algo como se sentir completo e realizado, ou seja, com boa QdV”* (Gordia et al., 2011, p. 42).

O termo QdV pode ter surgido pela primeira vez na literatura médica por volta de 1930, associado a estudos que tinham por objetivo a sua definição e a sua avaliação (medição).

Lyndon Jonson, presidente dos Estados Unidos em 1964 utilizou este termo quando se referiu à forma de como deveria ser medido o bem estar da população, através da QdV que se proporcionava às pessoas e não apenas à visão associada a ganhos económicos (Gordia et al., 2011).

Segundo Nahas (2003) citado por Gordia et al. (2011), a QdV é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais modificáveis ou não, os quais caracterizam as condições em que vive o ser humano. Os parâmetros socioambientais aqui

identificados relacionados com a QdV são moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho, educação, opções de lazer e meio – ambiente. Já os parâmetros individuais caracterizam-se pela hereditariedade e estilos de vida.

A QdV é definida por Martim e Stockler (1998), como a distância entre a expectativa individual e a realidade, sendo que quanto menor a distância melhor a QdV (Gordia et al., 2011).

Gordia et al (2011), salientam ainda o conceito de QdV de Lipp e Rocha (1996), os quais definem QdV como o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e saúde. Para que a pessoa possa considerar que tem uma boa QdV, é preciso que tenha sucesso em todas essas áreas. Os mesmos autores defendem que, por meio do processo de melhoria da QdV procura-se um estado permanente de equilíbrio entre a saúde física, o domínio e a vivência das emoções e a elevação da consciência através de valores e crenças. Será a partir desse equilíbrio pessoal e interior, que as relações interpessoais obtêm qualidade através da procura de uma harmonia com o meio ambiente (Gordia et al., 2011).

A OMS por seu lado, define QdV como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Group, 1994, citado por Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010, p.243).

Esta definição resulta do consenso internacional que contempla uma abordagem transcultural e multidimensional. É considerada a influência da saúde física e psicológica, no nível de independência, nas relações sociais, crenças pessoais e nas suas relações com as características do respectivo meio aquando da avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (Canavarro et al., 2010).

Segundo Bergner et al., (1981) citado por Fleck (2000), é cada vez mais importante avaliar a QdV atendendo *“não só (...) a frequência e a severidade das doenças, mas também (...) a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias”* (Fleck, 2000, p.34).

Devido ao crescente interesse pelo conceito QdV, a sua crescente relevância na área da saúde e a inexistência de forma de avaliar o seu significado sob uma perspectiva transcultural e subjetiva, a OMS reuniu um conjunto de peritos com origem em quinze diferentes culturas de

diversas regiões do mundo. O objetivo foi essencialmente discutir o conceito, aumentar o conhecimento sobre o mesmo e desenvolver um instrumento de avaliação que medisse a QdV.

Este grupo foi denominado *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL)* e foi fundado em 1991. O instrumento desenvolvido pelo *WHOQOL* foi desenvolvido em coerência com a definição assumida pela OMS e consiste numa escala que permite sob uma perspectiva transcultural medir a QdV dos indivíduos adultos (Canavarro et al., 2010). Atendendo à complexidade do conceito, este abrange e inter-relaciona o construto QdV com o meio ambiente, com aspectos físicos, psicológicos, níveis de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Com base numa perspectiva transcultural e no conceito de QdV, o primeiro instrumento construído para a sua avaliação foi o WHOQOL-100 o qual se baseia em seis domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente; e Espiritualidade. Este instrumento permite ainda, a avaliação da faceta geral que avalia a satisfação global com a QdV e a percepção geral de saúde (Canavarro et al., 2010).

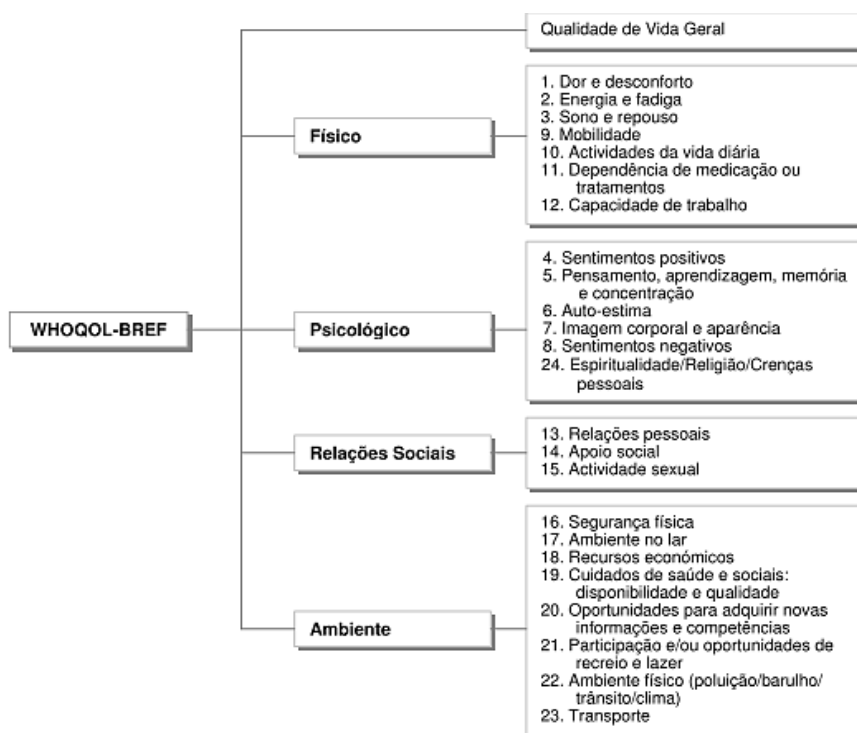
Atendendo à sua boa consistência interna, boa viabilidade, o instrumento foi difundido por quarenta países para validação e tradução autorizada pela OMS. Em Portugal, as duas versões genéricas do instrumento de avaliação da QdV foram desenvolvidas pelo Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida (Canavarro et al., 2010).

No seguimento do trabalho realizado pelo WHOQOL, desenvolveram-se diversas investigações sobre o conceito, com vista ao incremento de um paradigma e de um referencial teórico para operacionalização do instrumento.

O paradigma da QdV assenta em três pilares considerados fundamentais: **a subjetividade** (quando são valorizadas as percepções e as perspectivas do próprio sujeito, as quais são passíveis de mudança ao longo da vida); **a multidimensionalidade** (quando se considera que reflete a intersecção de diversas dimensões) e **a dimensão positiva - negativa**, quando tem em conta as dimensões positivas (mobilidade) e negativas (dor). A QdV caracteriza-se assim numa articulação dinâmica com a presença de determinados elementos e ausência de outros (Vilar, WHOQOL-OLD, 2010).

Por necessidade de rentabilizar o tempo de aplicação do WHOQOL-100, uma vez que se trata de um instrumento muito extenso (100 itens), a OMS, desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL designada de WHOQOL – Bref, o qual preservou as características psicométricas satisfatórias. O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e o ambiente tal como se apresenta na Figura 2. Permite de igual forma a avaliação da QdV geral, a qual avalia a satisfação global com a QdV e a percepção geral de saúde (Vaz Serra et al., 2006).

Figura 2 - Estrutura do WHOQOL-Bref: Domínios e Facetas



Fonte: (Vaz Serra et al., 2006, p.3)

Este instrumento de medição da QdV é considerado o instrumento nuclear da OMS. Após a sua conclusão, foram elaborados pela mesma organização módulos específicos os quais seriam apenas necessários para cobrir aspectos não contemplados na medida genérica. Exemplo disso, são as limitações associadas à construção e adaptação de medidas de QdV para a população idosa conhecendo as especificidades desenvolvimentais que lhe são inerentes, atendendo a que o conceito de QdV se caracteriza como sendo dinâmico ao longo do ciclo vital. Neste sentido, foi considerada a necessidade de elaborar um módulo específico para a avaliação da QdV nesse

grupo etário. Foi criado o Grupo WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-Older Adults Module Group) para estudar e adequar as medidas a ter em conta na avaliação da QdV em pessoas idosas e do processo resultou a elaboração do WHOQOL-OLD, instrumento que permite em complementariedade avaliar/medir a QdV percebida pela população idosa (Vilar, Sousa, & Simões, 2009).

4.1. QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

Segundo Fontaine (2000) citado por Santos & Duarte (2013), *“o desafio do século XXI não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo”* (Santos et al., 2013, p.38).

O envelhecimento bem sucedido caracteriza-se pela presença de QdV e bem estar ao longo das etapas do ciclo vital, motivo pelo qual esta deve ser promovida. Para isso, é essencial conhecer os aspectos que caracterizam a QdV e bem-estar nos idosos sob o seu próprio ponto de vista, de modo a identificar com maior precisão as suas vivências e necessidades. Para que tal avaliação aconteça é exigido que se estabelecesse previamente um referencial de conceptualização e de avaliação da QdV (Vilar, M.; Sousa L. & Simões, 2015).

Algumas teorias assinalam o envelhecimento bem sucedido, descrevendo os indivíduos com uma postura proativa na regulação da sua QdV, tanto na definição de objetivos como na forma como agem para os alcançar. Ao longo desse processo, acumulam e empregam os recursos que possam ser úteis na adaptação às mudanças revelando-se ativamente envolvidos na manutenção do seu bem-estar (Stevens N. (2001) *in* Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Assim os modelos que descrevem a QdV podem incluir desde a *“satisfação com a vida”* ou *“bem-estar social”*, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. A QdV descrita na velhice tem sido muitas vezes associada a questões de dependência-autonomia, sendo que, as dependências verificadas nos idosos resultam quer de alterações biológicas (situações de deficiência ou incapacidade) quer de alterações nas exigências sociais (desvantagens) e frequentemente, as primeiras podem ser determinadas pelas últimas (Sousa et al., 2003).

O ato de cuidar de pessoas idosas dependentes tem sido apontado por cuidadores familiares como sendo uma tarefa cansativa e stressante, uma vez que o cuidador passa a vivenciar situações que condicionam e/ou limitam a sua própria vida, o que pode causar impacto negativo na QdV destes cuidadores (Anjos, Boery, & Pereira, 2014).

É relevante identificar os fatores associados ao processo de cuidar e qual a sua influência na QdV do cuidador informal. Se por um lado se verificam aspectos que a condicionam e contribuem para uma sobrecarga de trabalho, logo uma pior QdV, por outro, *“a atividade do cuidar de um familiar também apresenta sentimentos positivos de sensação confortadora, como dever cumprido e dignificação de suas vidas”* (Anjos et al., 2014, p. 606).

Anjos et al., (2014), realizou um estudo epidemiológico, transversal, com 58 cuidadores familiares de idosos no Brasil, com o objetivo de analisar a associação das características sócio demográficas e sobrecarga de atividades com a QdV do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio. Os resultados revelaram *“o predomínio de cuidadores do sexo feminino”, “a elevada idade entre os cuidadores principais”, “baixo nível de escolaridade”, “maior parte dos cuidadores estava desempregado”* ou teve de *“reduzir a jornada de trabalho ou deixar o trabalho remunerado”,* bem como a existência de *“evidência da necessidade de ampliação do suporte social e de saúde aos cuidadores, na tentativa de minimizar a sobrecarga, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos”* (Anjos et al., 2014, p.605) .

As doenças crónicas não transmissíveis afetam a QdV das pessoas que as sofrem, mas também as dos seus cuidadores familiares. Demonstrou-se, através de uma integração interpretativa da evidência científica do fenómeno da QdV para os cuidadores de pessoas com doença crónica, que o *“significado da QdV para o cuidador é dado através da experiência do cuidado, sendo construído no exercício do seu papel de cuidador”* (Carreño Moreno & Chaparro Diaz, 2015, p.63).

O cuidado no domicílio é algo complexo. Envolve lidar com pessoas com privação da mobilidade e autonomia inseridas em um contexto familiar de vulnerabilidade. Modena & Savassi (2013), apontam a *“ajuda nos hábitos de vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nas atividades externas tais como passeios”* como sendo as funções desempenhadas com maior frequência pelos cuidadores informais no domicílio (Modena & Savassi, 2013, p.313).

5. REDES DE SUPORTE SOCIAL DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

O relatório mundial da OMS (2015) sobre envelhecimento e saúde pretendeu colocar em debate as respostas de saúde pública mais apropriadas ao envelhecimento das populações. Verifica-se uma necessidade urgente de desenvolver estratégias baseadas no suporte à comunidade com introdução de novas intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, para minimizar os declínios na capacidade funcional das suas populações, cada vez mais envelhecidas.

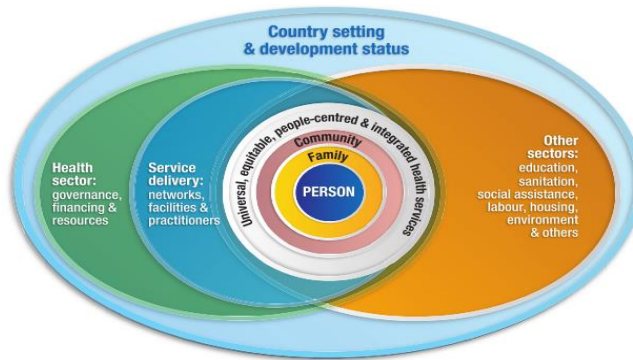
As recomendações da OMS, incidem sobre cuidados integrados para pessoas idosas, os quais oferecem orientações baseadas em evidência para provedores de cuidados de saúde sobre as abordagens apropriadas ao nível da comunidade para detectar e gerir declínios importantes nas capacidades físicas e mentais, mas também para fornecer intervenções de apoio aos cuidadores informais (WHO, 2017).

A sociedade e o sistema de saúde são cada vez mais confrontados pelo envelhecimento das populações, pela urbanização, pela globalização de estilos de vida não saudáveis, doenças crónicas e exigem cuidados de longo prazo a doentes e idosos que sofrem de múltiplas comorbilidades, o que contribui para o aumento dos custos associados e o seu consequente impacto económico comprometendo a sustentabilidade do sistema de saúde (WHO, 2015b).

A natureza fragmentada dos sistemas de saúde ainda verificados hoje em dia, o contínuo foco na doença (centrado nos modelos de cuidados hospitalares), podem constituir-se como dificuldades para responder às demandas que hoje se colocam.

A necessidade de encontrar novas estratégias exige reformas de reorganização dos serviços de saúde. Transformar os modelos fragmentados norteados apenas pela oferta em serviços de saúde onde as pessoas e as comunidades são o centro, envolvidos por uma inter-relação com os diferentes serviços (Figura 3), sendo coordenados quer pelo setor da saúde, quer por outros intervenientes/parceiros da comunidade, independentemente da definição do país e nível de desenvolvimento é atualmente o objetivo desejado (WHO, 2015b).

Figura 3 - Estrutura conceptual para serviços de saúde integrados centrados nas pessoas



Fonte: WHO, (2015b)

Uma organização onde os sistemas de saúde são orientados por modelos de cuidados centrados nas pessoas permite garantir um melhor acesso aos serviços e cuidados de saúde. Este modelo requer que os sistemas estejam organizados em torno das necessidades, preferências e prioridades das populações e exigirá que os serviços sejam adequados à idade e que estejam intimamente envolvidos com as famílias e comunidades (WHO, 2015b).

Através de sistemas de saúde integrados preveem-se benefícios mais significativos para a saúde das populações, destacam-se por exemplo, melhores acessos aos cuidados e melhor saúde, melhor educação em saúde e autocuidado, maior satisfação dos utilizadores com os cuidados fornecidos, melhor satisfação no trabalho, maior eficiência dos serviços e tendencialmente uma redução dos custos gerais associados.

Reconhecendo a especificidade que os sistemas de saúde podem apresentar em função do contexto do desenvolvimento cada país, a estratégia preconizada pela OMS não propõe um modelo único de serviços de saúde integrados centrados nas pessoas. Em vez disso, sugere cinco objetivos estratégicos interdependentes que precisam ser considerados e adotados para que a prestação de serviços de saúde se torne mais integrada e centrada nas pessoas (WHO, 2015b):

1. Capacitar e envolver as pessoas, através do envolvimento individual e das famílias, da comunidade, bem como o apoio aos grupos mais vulneráveis e desfavorecidos;
2. Fortalecer a governança e a prestação de contas, através do reforço e responsabilização na governação e conseqüente aumento mutuo da responsabilização;

3. Reorientar o modelo de cuidados, atendendo à definição de prioridades baseadas nas necessidades das pessoas, nas suas preferências e nos seus percursos de vida. Implica uma revalorização da promoção e prevenção da saúde pública, uma construção forte dos cuidados de saúde primários, onde se reforça a mais valia dos cuidados em regime de ambulatório e inovação de novas tecnologias;

4. Coordenar os serviços, através da coordenação de cuidados individualizados (realização de planos de cuidados), coordenação de programas de saúde e coordenação entre sectores (relação intersectorial dos parceiros da comunidade);

5. Criar um ambiente promotor ao desenvolvimento da saúde, através do reforço de liderança e gestão da mudança, luta pela promoção da qualidade e da segurança, reorientando as forças de trabalho em saúde, alinhando os quadros regulamentares e reformulando os sistemas de financiamento da saúde.

A OMS adverte que para a adopção de uma estratégia dessa natureza ser bem sucedida, é importante a reorientação dos serviços de saúde, porém a efetividade desta alteração pode revelar-se um longo percurso e para o qual deve existir um compromisso político sustentado. A OMS salienta por isso que, cada país ou competência local precisa definir as suas próprias metas para serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas e a partir daí, desenvolver sua própria estratégia para alcançar esses objetivos (WHO, 2015b). As metas devem ser adequadas ao contexto local, às barreiras existentes e aos valores mantidos pelas pessoas de cada comunidade.

À medida que a idade das populações avança resultam novos problemas de saúde, de incapacidade, dependência ou solidão, os quais não são atribuíveis apenas à diminuição das capacidades funcionais da pessoa, mas em grande medida são devidos ao ambiente físico e social em que vive (WHO, 2009).

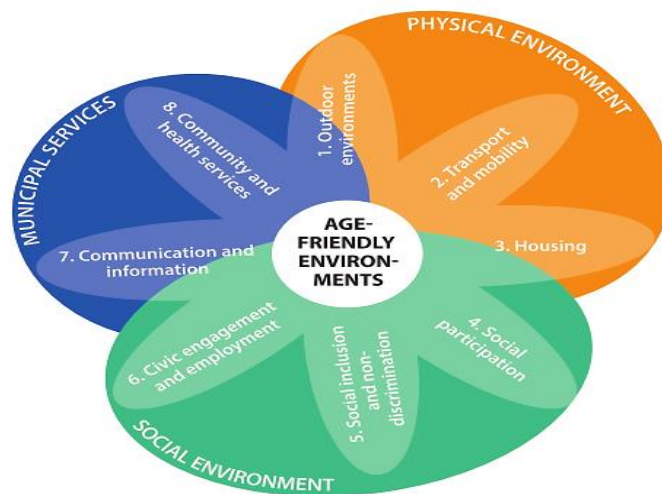
Os ambientes preocupados com os idosos permitem acompanhar e ajustar-se de forma a promover o envelhecimento ativo e saudável, otimizando a saúde, estimulando a inclusão e possibilitando o bem-estar na velhice (WHO, 2016).

“A palavra-chave, no que diz respeito a cenários urbanos sociais e físicos amigos das pessoas idosas, é capacitação”(WHO, 2009, p.6). A capacitação pode ser entendida neste contexto, como a possibilidade que as populações têm de através de processos de aprendizagem e ensino, alterações do meio em que vivem, modificar as suas condições de vida de forma a

torna-las dignas e adequadas, através de processos de “*transformação individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde, e centra-se no conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria do bem-estar das comunidades*” (Pedroso & Brito, 2014, p. 35).

A OMS (2016) indica as três dimensões através das quais os ambientes podem ser/tornar-se mais inclusivos e potenciar o apoio a pessoas mais velhas com incapacidades variadas: ambientes físicos, ambientes sociais e serviços municipais. Desta forma, um ambiente “amigo” das pessoas idosas avalia as barreiras, adapta as estruturas em vários domínios e nas três dimensões supracitadas de forma integrada, com vista a colmatar alguns dos desafios impostos (isolamento social, solidão, lesões, quedas, inatividade, maus-tratos e saúde mental) ao envelhecimento saudável e ativo, tal como se apresenta na Figura 4.

Figura 4: Oito Domínios para ação (em três dimensões) de Ambientes locais de suporte às Pessoas Idosas



Fonte: WHO, (2016)

Os três primeiros domínios relacionam-se com os espaços exteriores e os edifícios, com os transportes e a habitação, uma vez que são estruturas fundamentais do ambiente físico de uma cidade as quais exercem uma forte influência na mobilidade e proteção individual. Os aspectos relacionados com o ambiente social e cultural afetam a participação e o bem-estar mental, nomeadamente o respeito e a inclusão social, pautados por atitudes e comportamentos ou mensagens de outras pessoas e comunidade como um todo em relação às pessoas mais velhas. A participação social neste domínio refere-se ao envolvimento das pessoas idosas em atividades

recreativas, de socialização, culturais, educativas e espirituais. Já a participação cívica e o emprego dizem respeito às condições de cidadania e ao trabalho remunerado ou não, estando assim relacionados o ambiente social e os determinantes económicos do envelhecimento ativo. Os dois últimos domínios referem-se à comunicação, informação e apoio comunitário e aos serviços de saúde. Estes abrangem os ambientes sociais, os determinantes da saúde e de carácter social de uma comunidade (WHO, 2016).

A OMS revela que a diversidade de comunidades e cidades na Região Europeia da OMS, faz com que não exista uma única abordagem à sua criação/adaptação. As autoridades regionais e locais são livres de adotar e utilizar este quadro como um modelo estruturado, para desenvolver iniciativas promotoras da qualidade de vida dos idosos, a fim de compreender e monitorizar os processos e definir as áreas que necessitam de ser melhoradas, adaptando-as às circunstâncias e necessidades locais (WHO, 2016).

A OMS acrescenta ainda que, ser uma cidade ou comunidade amiga do idoso não é um fim ou estado acabado, mas antes uma jornada contínua para adaptar estruturas e processos para apoiar a saúde e o bem-estar das pessoas idosas. O ambiente ao tornar-se amigo do idoso deve ser baseado em sinergias de esforços multidimensionais dos diversos sectores da comunidade de forma a que a ação desenvolvida beneficie todos os cidadãos (WHO, 2016).

A aproximação entre os decisores políticos, as comunidades e os profissionais são fundamentais no que concerne ao desenvolvimento de estratégias que possibilitem a nível local a sua coesão e melhor funcionalidade. O envolvimento entre os vários sectores das comunidades, bem como a educação para a saúde poderão ser as respostas às necessidades das populações mais idosas, ao mesmo tempo em que se garante a continuidade e sustentabilidade dos processos e se obtém ganhos em saúde (Loureiro, Miranda, & Pereira Miguel, 2013).

Segundo o PNS (2011-2016), cada profissão ou atividade tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade. Aspectos como educação, capacitação, identificação de situações críticas, acesso adequado aos serviços de saúde, segurança entre outros, devem ser considerados aquando do desenvolvimento da sua abordagem e em cada contexto (Ministério da Saúde, 2011).

Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia

(UE) que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e estão refletidos em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro). Estes compromissos assumidos revelam-se um desafio mas também uma nova oportunidade para o país, pois através deles que foi definida uma nova estratégia nacional, no Despacho n.º 12427/2016 foi criado um grupo de trabalho interministerial para desenhar uma nova proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) (Gabinetes dos Ministros Adjunto, das Finanças, do Trabalho, 2016).

Esta medida, constituiu o reconhecimento da necessidade de uma ação concertada para melhorar as oportunidades e a qualidade de vida das pessoas à medida que a idade avança de modo a que se possa garantir a criação de sistemas de suporte e a sustentabilidade no apoio aos mais idosos e seus cuidadores. Assim, a ENEAS definiu os seus objetivos com base na promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas para a qual se demanda a existência de políticas intersectoriais.

A ENEAS concretiza-se por um conjunto de linhas que orientam a sua ação atendendo às medidas estruturadas nos quatro Eixos Estratégicos do PNS (DGS, 2015a). Estas ações focadas na implementação de intervenções nos sistemas de saúde, social e outros, baseiam-se no enfoque intersectorial e multidisciplinar. As linhas orientadoras da ENEAS são:

As linhas orientadoras da ação na área da Saúde:

- Promoção de estilos de vida saudável e vigilância da saúde e gestão dos processos de comorbilidade;

As linhas orientadoras da ação na área da Participação:

- Educação e formação ao longo do ciclo de vida e criação de ambientes promotores da integração e participação;

As linhas orientadoras da ação na área da segurança:

- Criação de ambientes físicos que garantam a segurança e identificação, sinalização e suporte em situação de vulnerabilidade.

Estas linhas orientadoras permitirão “in loco” a operacionalização/criação de redes de suporte atendendo aos recursos existentes e às necessidades sentidas pelas populações.

6- ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde é a combinação planeada de mecanismos de varias ordens, nomeadamente educacionais, políticos, ambientais ou até de carácter organizacional, os quais permitem garantir a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.

A expressão promoção da saúde foi utilizada inicialmente em 1946 por Sigerist, quando definiu as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde; a prevenção das doenças; a recuperação dos doentes e a reabilitação. Este autor destacou ainda, os principais pontos de um programa nacional de saúde onde enfatizou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho e a oportunidade para lazer e recreação, como os pontos mais importantes (Pedroso & Brito, 2014).

A educação em saúde começa a apresentar-se como uma componente central das ações de promoção da saúde e pode ser definida *“como o somatório de todas as influências que coletivamente determinam conhecimentos, crenças e comportamentos relacionados com a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde nos indivíduos e comunidades”* (Pedroso & Brito, 2014, p.37).

A promoção da saúde compreende as atividades de incremento da saúde positiva e redução do risco de doença (saúde negativa), através da educação em saúde, da prevenção e da sua proteção específica. O objetivo principal é, segundo a perspectiva de Downie, Tannahill e Tannahill (1996) o equilibrado aumento do bem-estar físico, mental e social, conjugado com a prevenção de doenças físicas, mentais e sociais (Pedroso & Brito, 2014).

De acordo com a OMS, referido por Revuelta e Diaz (2006), existem três tipos de processos dirigidos à promoção da saúde, o processo de desenvolvimento pessoal, o processo de desenvolvimento organizativo e o processo de desenvolvimento político (Pedroso & Brito, 2014). De acordo com os autores, sempre que se pretende desenvolver projetos baseados na promoção da saúde podem ainda ser adoptadas intervenções baseadas em comportamentos específicos, no grupo social e no contexto. Importa salientar no entanto, que *“em saúde comunitária é mais importante basear os projetos e programas de promoção da saúde nos*

contextos para que se possa desenvolver processos de desenvolvimento organizacional como estratégia-chave” (Pedroso & Brito, 2014, p. 43).

Considerando a promoção da saúde na área do desenvolvimento pessoal, esta implica estratégias de intervenção direcionadas para a comunicação e educação em saúde, requerendo uma apresentação formal recorrendo a recursos tipo multimédia. Através desta metodologia, pretende-se capacitar o indivíduo para *“tomar decisões e mudanças, tomando em consideração as suas crenças e experiências prévias assim como os seus sentimentos e o significado que atribui à sua situação de saúde/risco”*. Tendo como objetivo a promoção da autonomia das pessoas, este processo *“promove conhecimentos, visando a aquisição de habilidades, a consciencialização sobre os problemas/situações; a alteração e o reforço de atitudes e comportamentos; aquisição de motivação para a ação; aumentar a procura e o apoio dos serviços de saúde”* (Pedroso & Brito, 2014, p.43-44).

Quando o foco da promoção em saúde é no âmbito do desenvolvimento organizativo, incluem-se estratégias que incidem as suas intervenções em grupos de ajuda mútua e formas de mobilização comunitária. Esta última, inclui o desenvolvimento de atividades junto da comunidade com vista a identificar os problemas de saúde e encontrar posteriormente formas de os solucionar. Segundo Barnes, Neiger e Thackeray (2003), citados por Pedroso e Brito (2014), estas atividades são designadas de *“empowerment comunitário”*, o qual se baseia na participação ativa da comunidade sendo as tomadas de decisão partilhadas (Pedroso & Brito, 2014).

Por último, o processo de promoção da saúde pode ser ainda no âmbito do desenvolvimento político, o qual se traduz por estratégias, que se enquadram em *“políticas de saúde, engenharia de saúde e a advocacia comunitária”* (Pedroso & Brito, 2014, p.45).

Os programas de promoção da saúde mais efetivos traduzem o produto de muitas sinergias as quais são baseadas num modelo de planeamento. A promoção da saúde representa assim uma atividade importante quer no nível da saúde, quer a nível social, a qual implica o desenvolvimento de capacidades profissionais complexas aquando da sua programação, planeamento, implementação e avaliação. A escolha do processo, depende da preferência de quem o implementa e apoia, do tempo disponível para o planeamento, dos recursos disponíveis para a recolha/ análise de dados e do nível de envolvimento dos parceiros e da população alvo (Pedroso & Brito, 2014).

7. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com o artigo 4º, do capítulo II do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde,

“tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 1996, p. 3).

Por cuidados de enfermagem, segundo o mesmo artigo, entendem-se todas as intervenções autónomas ou interdependentes que são realizadas pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

O enfermeiro especialista distingue-se por ser,

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 1996, p. 3).

Os cuidados de enfermagem têm por base a interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, entre os quais se estabelece uma relação de ajuda (OE, 1996).

Aquando da realização dos mesmos, o profissional de enfermagem utiliza uma metodologia científica que inclui:

“a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; a formulação do diagnóstico de enfermagem; a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; a execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções”(OE, 1996, p.3).

Os cuidados de enfermagem compreendem ainda, em função do grau de dependência do utente a quem se dirigem, diferentes formas de atuação, nomeadamente, a substituição da *“competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado”*, a ajuda *“a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado”*, a orientação e supervisão *“transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde”*, o acompanhamento no *“processo”* em que introduz *“as correcções necessárias”* e encaminha e orienta *“para os recursos adequados, em função dos problemas existentes”* e /ou promove *“a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro”*, e avalia e verifica *“os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados”*(OE, 1996, p.3-4).

O desempenho do enfermeiro especialista inclui competências que se aplicam em todos os contextos de prestação de cuidados (primários, secundários e terciários). A sua atuação envolve também dimensões de educação dos seus clientes e seus pares, a orientação, aconselhamento e liderança onde se incluem as responsabilidades de descodificar, disseminar e desenvolver investigação de carácter relevante que permita o avanço e melhoria das práticas de enfermagem (OE, 2011a).

É através da certificação de competências clínicas especializadas que o enfermeiro especialista adquire um conjunto de conhecimentos, capacidades e aptidões, os quais mobiliza durante a execução da prática clínica permitindo-lhe realizar a avaliação das necessidades de saúde dos indivíduos ou grupos alvo e intervir de acordo com os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2011a).

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011- Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, entende-se por competências comuns

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”(OE, 2011a, p.8649).

Importa ainda referir que, segundo o mesmo regulamento, o domínio de competência “*é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados*”, e que são quatro os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011a, p.8648).

7.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Atendendo ao fenómeno envelhecimento demográfico, às alterações dos padrões epidemiológicos, a estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, assim como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, verificam-se novas necessidades em saúde para as quais é urgente encontrar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte (OE, 2015).

Concomitantemente, vive-se uma época em que as comunidades começam a tomar consciência das suas responsabilidades de saúde, pretendendo assumir um papel ativo na reivindicação do seu direito aos progressos científicos e tecnológicos (OE, 2015).

Colocam-se assim novos desafios à capacidade de intervenção dos profissionais de saúde, sendo imprescindível que a formação profissional básica, especializada e contínua, privilegie o domínio da qualidade, e que estes incluam nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências, o aperfeiçoamento das práticas clínicas, a intervenção sustentada em políticas que promovam a melhoria dos resultados em saúde (OE, 2015).

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária e Saúde Pública desempenham um papel fundamental nas intervenções junto das comunidades. A área de Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como foco de intervenção

“a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2015, p.4).

Espera-se assim que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) apresente um conhecimento global acerca das dinâmicas existentes nos grupos, famílias e indivíduos mais vulneráveis, uma vez que, é com eles que desenvolve a sua atividade numa relação de proximidade, desenvolvendo a maioria das intervenções dentro do seio familiar.

Detentor de conhecimentos específicos adquiriu competências adequadas para a promoção, capacitação e empoderamento dos indivíduos, famílias e comunidades no sentido de adequar as respostas às necessidades dos diferentes clientes ao longo do ciclo vital.

Através da aquisição de competências especializadas em Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o Enfermeiro Especialista encontra-se apto para desenvolver avaliações dos problemas de saúde pública, bem como para participar nos processos de tomada de decisão, desenvolvimento de projetos intervenção que visem a melhoria das condições de vida, a capacitação e *empoderamento* das comunidades promovendo o papel de exercício de cidadania nos indivíduos famílias e grupos para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2011).

De acordo com o Regulamento n.º 348/2015, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015), e atendendo à complexidade dos problemas de saúde existentes nas comunidades, espera-se do EEEECSP:

- *“um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na concepção do diagnóstico de saúde de uma comunidade”*;
- Que *“identifique as necessidades de saúde de grupos ou de uma comunidade”*;
- Que *“idealize, planeie e implemente projetos de intervenção, com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades”*;
- Que intervenha juntos de grupos e/ou comunidades *“com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados”*;
- Que *“coordene e dinamize programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos”*;

- Que “participe, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade”;

-Que “mobilize os parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde”;

- Que contribua na “coordenação, aperfeiçoar a operacionalização, e monitorização dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde”;

- Que “monitorize a eficácia dos Programas e Projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade”;

- Que “participe na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica” e

- Que “utilize a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública” (Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4-5).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integram todos os critérios acima mencionados e encontram-se definidas no Regulamento de Competências (Regulamento n.º 128/2011, in DR n.º 35, 2.ª série, de 18 de fevereiro) e são:

“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidade;

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Regulamento n.º128/2011, 2011, p.8667).

É na comunidade e junto com os indivíduos que a constituem que o Enfermeiro ESCSP desenvolve as ações de enfermagem que visam a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis os quais favorecem a saúde e a qualidade de vida das populações, em especial das mais vulneráveis.

8. MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM - TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Segundo Meleis (1997) citada por Vitor, Lopes e Araujo, (2010), uma *“teoria de enfermagem é (...) definida como uma conceitualização de algum aspecto da realidade de enfermagem cujo objetivo é descrever fenômenos, explicar as relações entre estes e prever consequências ou prescrever o cuidado de enfermagem”* (Vitor et al., 2010, p.612).

Desta forma, é importante que a prática clínica do enfermeiro seja baseada numa base teórica que fundamente as intervenções que realiza e que oriente a forma como e porquê são feitas. A teoria na enfermagem é assim vista como o resultado da percepção da realidade, da inter-relação dos seus componentes, da formulação e da intercessão dos conceitos.

No âmbito deste trabalho, selecionou-se como suporte teórico a Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, uma vez que apresenta como conceito central o autocuidado.

Segundo Orem (1995), autocuidado *“é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”* (Parker, 2001, p.180). Este autocuidado é entendido como universal uma vez que não se reporta apenas a atividades do dia a dia, nem a atividades instrumentais, mas contempla todos os aspectos inerentes às vivências dos indivíduos.

Desta forma, Orem reconhece na sua teoria o ser humano e o ambiente como unidade única e acredita que estes dois componentes se influenciam mutuamente.

O construto teórico de Orem é composto por três teorias que se inter-relacionam: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Parker, 2001).

A Teoria do Autocuidado descreve a realização do autocuidado em si mesmo, isto é, explica e justifica a necessidade de autocuidado na saúde e como as pessoas cuidam de si próprias. Contempla conceitos como o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, assim como os requisitos para o autocuidado. Quando o autocuidado

é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Esta capacidade de cuidar de si mesmo é afetada por fatores condicionantes básicos, intrínsecos como a idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde e extrínsecos, nomeadamente, a orientação sociocultural, a modalidade de diagnósticos e de tratamentos, o sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Orem (1995) vincula ainda relativamente ao autocuidado três categorias de requisitos: requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Por requisitos universais entendem-se os requisitos associados aos processos da vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, isto é, são todas as atividades necessárias à manutenção da vida, saúde e bem estar. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento são relativos a acontecimentos ou alterações que ocorrem na vida das pessoas, o atendimento dos requisitos de autocuidado para o desenvolvimento promove o desenvolvimento humano e previne situações que o podem afetar de forma adversa ao longo do ciclo de vida. Os requisitos de autocuidado no desvio da saúde, são relativos aos cuidados ou a tomadas de decisão face aos problemas de saúde identificados com o propósito de obter o seu controlo, reabilitação ou recuperação (Parker, 2001).

A Teoria do Déficit do Autocuidado é mais abrangente do que a teoria anterior e evidência quando e por que a enfermagem se torna necessária à pessoa no seu processo de autocuidado. De acordo com a teórica, a enfermagem passa a ser exigida quando a pessoa se encontra com limitação ou incapacidade de promover o autocuidado contínuo e eficaz. Esta situação acontece quando a capacidade para o autocuidado é menor relativamente às exigências do autocuidado. Nesta âmbito, Orem (1995) identificou cinco métodos de ajuda para o autocuidado: agir ou fazer pelo outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar/orientar o outro. A assistência de enfermagem no autocuidado pode ser efetuada através de um ou vários tipos de ajuda. Esta é adaptada em função da alteração das habilidades do autocuidado da pessoa, as quais podem variar de habilidades específicas a exigências terapêuticas de autocuidado, para as quais é necessária a presença do profissional de enfermagem.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem identifica a situação de déficit de autocuidado da pessoa e a necessidade do cuidado de enfermagem para equilibrar essa necessidade de autocuidado. Esta teoria é explicada através dos sistemas de Enfermagem, isto é, a forma como a enfermagem ajuda as pessoas com déficit de autocuidado. Estes sistemas podem classificar-se como totalmente compensatórios, quando a pessoa se encontra incapaz de realizar ações de autocuidado e é o enfermeiro a substituí-la; parcialmente compensatórios, quando é ou o enfermeiro ou a pessoa a desempenhar as ações de autocuidado, e por último, de apoio e educação, quando a pessoa através de orientação, assistência e apoio do enfermeiro aprende a desempenhar ações de autocuidado terapêutico (Parker, 2001).

Os quatro principais conceitos desta teoria são: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem. O conceito ser humano, *“se diferencia dos outros seres vivos porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmo e o ambiente que o cerca”*, conceito de saúde, sustenta a definição da Organização Mundial de Saúde, *“como estado mental e social e não apenas a ausência de doença ou da enfermidade”*, conceito de sociedade, *“atualmente acredita-se que as pessoas adultas sejam responsáveis por si e pelo bem estar de seus dependentes”* e a enfermagem é a profissão em que o profissional *“poderá ajudar o indivíduo, promovendo interação mútua através da consulta de enfermagem, abordagem com a família envolvendo-a no tratamento, reuniões de grupos, orientando-os e levando-os a aprenderem como realizar práticas de autocuidado”* (Diógenes & Pagliuca, 2003, p.289).

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado é abrangente, uma vez que inclui todos os conceitos das três teorias já descritas. Salientam-se os cinco conceitos centrais que se inter-relacionam entre si, a capacidade de autocuidado (capacidades que a pessoa tem para ser capaz de realizar por si e em benefício próprio o autocuidado), ações de autocuidado (práticas e atividades desenvolvidas em benefício próprio com a finalidade de manter a vida, a saúde e a qualidade de vida), demanda de autocuidado terapêutico (medidas de autocuidado necessárias em determinado período de tempo, para dar resposta aos requisitos de autocuidado necessários à pessoa – universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde), termo déficit de autocuidado (resultado deficitário verificado entre a relação das capacidades de autocuidado e a demanda de autocuidado terapêutico, reconhecendo a necessidade) e agência de enfermagem (relativo aos profissionais de enfermagem, corresponde às habilidades especializadas que permitem ao enfermeiro ajudar, compensar e ultrapassar o déficit de autocuidado relacionados com a saúde).

Este último conceito realça que o enfermeiro é o agente de autocuidado reconhecido para ajudar as pessoas a adquirir competências para o conhecimento e prática do autocuidado, neste sentido, o enfermeiro junto com a pessoa desenvolve ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades.

Com base na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem, os enfermeiros podem desenvolver planos de autocuidados terapêuticos junto com as pessoas, baseando-se para isso nos déficits de autocuidado identificados e no meio onde estão inseridas e nos recursos disponíveis, de forma a promover a capacitação das suas habilidades, melhorando o autocuidado, a saúde, bem-estar e a qualidade de vida.

PARTE II
ENQUADRAMENTO PRÁTICO

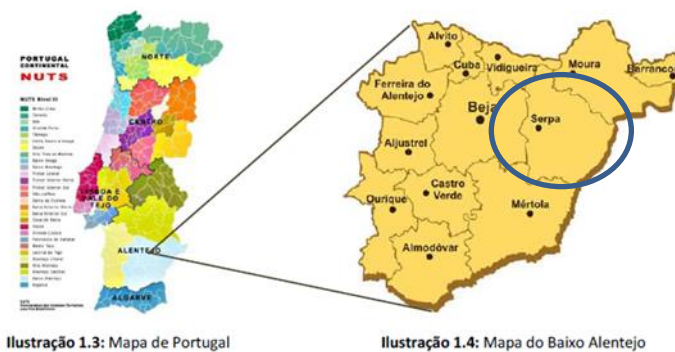
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo é uma entidade pública empresarial. (ULSBA, EPE). Enquanto unidade local, pressupõe um modelo de organização de cuidados de saúde baseado na integração dos vários níveis de intervenção, isto é, cuidados primários, hospitalares e continuados. Esta unidade é constituída pelo Hospital José Joaquim Fernandes localizado em Beja, pelo Departamento do Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Alentejo (DACESBA), por uma Unidade de Saúde Familiar e por mais de 60 extensões de saúde.

A área de intervenção da ULSBA, EPE coincide geograficamente com a NUT Baixo Alentejo que corresponde à área do distrito de Beja, a qual abrange uma superfície de 8 542, 7 km² representando cerca de 9,3% do território nacional (Figura 5).

Orientando o foco de atenção para os Cuidados de Saúde Primários, o DACESBA é constituído por 13 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que se distribuem por cada concelho do distrito de Beja, nomeadamente Aljustrel, Almodôvar, Alvitto, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira. Integra ainda a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento e Deteção (CAD).

Figura 5 – Área de influência da ULSBA, EPE



Fonte: (ULSBA, 2016)

Situado no interior do país, na margem esquerda do rio Guadiana, o concelho de Serpa ocupa uma área de 1106,5 km². É constituído por sete freguesias, a união de duas freguesias urbanas – Santa Maria e Salvador, a união de duas freguesias rurais - Vila Nova de S. Bento e Vale de Vargo e ainda três freguesias rurais – Pias, Vila Verde de Ficalho e Brinches (UCC de Serpa, 2015). Este concelho é delimitado pelo rio Guadiana a Oeste, pela fronteira com Espanha a Este, pelo Concelho de Moura a Norte e pelo concelho de Mértola a Sul. A cidade de Serpa é sede de concelho e dista da sede do distrito (Beja) cerca de 30 km.

Foi nesta localidade, mais propriamente na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da UCSP de Serpa que decorreu o estágio final de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

As atividades aí desenvolvidas são no âmbito dos cuidados de saúde primários, com grande predominância, na promoção da saúde (foco principal da área assistencial de cuidados de saúde primários), mas também de cariz assistencial de cuidados médicos e não médicos onde estão incluídos os cuidados de enfermagem. As atividades sob responsabilidade da equipa de enfermagem são diversas, salientando-se as inerentes aos programas de saúde em vigor, incluídos no PNS, relacionadas com a vigilância e promoção da saúde dos utentes/famílias nas diversas etapas do seu ciclo vital. O papel do enfermeiro na equipa de saúde tem por isso especial relevância desde o momento do planeamento até à intervenção e prestação de cuidados junto da comunidade.

Cumpre-se desta forma a missão das UCSP, a qual visa garantir a prestação de cuidados de saúde individualizados e familiares tornando possível e facilitada a sua acessibilidade, continuidade e globalidade de cuidados (ULSBA, 2016).

A UCSP de Serpa é a terceira unidade funcional de saúde com maior número de inscritos frequentadores e com médico de família da ULSBA, EPE, tal como se pode verificar no gráfico 1. De acordo como o relatório de contas elaborado por aquela unidade em Dezembro de 2016, apresentava um total de 16 013 inscritos, sendo 7 921 homens e 8 092 mulheres (ULSBA, 2016).

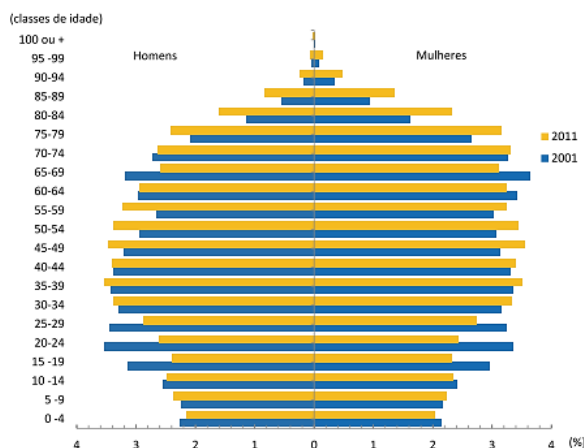
Gráfico 1 – Utentes inscritos por Unidade Funcional



Fonte: (ULSBA, 2016)

Analisando a estrutura etária da população residente no Alentejo, como podemos verificar na pirâmide etária que em seguida se apresenta, verificam-se características demográficas similares às já identificadas quer a nível nacional, europeu e mundial, ou seja, evidência-se o fenómeno envelhecimento populacional (INE, 2012a).

Figura 6 - Pirâmide da Estrutura Etária da População residente no Alentejo por sexo, 2001 e 2011



Fonte: (INE, 2012a)

Como podemos constatar, através da pirâmide etária da população residente no Alentejo, estamos perante uma população duplamente envelhecida, onde se verifica a diminuição da população mais jovem e o aumento da população com idade acima dos 65 anos (INE, 2012a).

Se analisarmos os resultados do recenseamento censitário de 2011 da região Alentejo, verifica-se que na última década se mantem a tendência de envelhecimento da população, o índice passou de 163 para 178 idosos por cada 100 jovens (INE, 2012a). O mesmo indicador analisado no relatório do Diagnóstico Social do Concelho de Serpa (2012) revela que em Serpa, por cada 100 jovens existem 209,3 idosos (Aguilar & Ander-Egg, 2012).

Face ao crescente aumento do número de idosos, é importante reforçar as medidas de apoio a esta população para um efetivo envelhecimento ativo com promoção da dignidade da pessoa idosa nesta etapa do ciclo vital (Aguilar & Ander-Egg, 2012).

Em todas estas atividades o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem um importante papel, pois é da sua responsabilidade o desenvolvimento de uma prática global centrada na comunidade. É também este profissional que assegura o “*acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais*” (OE, 2011, p.8667).

A UCC de Serpa é uma das cinco unidades que integram o DACESBA da ULSBA, EPE. “*A filosofia das UCC centra-se em atividades de âmbito comunitário, onde o enfermeiro assume um importante papel, cujo principal alvo de contato é o utente*” (ULSBA, 2016, p.30).

Esta unidade desenvolve a sua atividade com base num plano de ação baseado nos Programas de Saúde integrados no PNS: Saúde Escolar, Sistema Nacional de Intervenção Precoce, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco / Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Equipa de Prevenção e Violência no Adulto, Cuidados Continuados Integrados, Participação nas Redes Sociais da Comunidade, Programas e Projetos de Intervenção Comunitária.

Para dar resposta aos projetos e atividades programadas, a equipa da UCC Serpa é constituída por quatro enfermeiras, por um médico, um assistente operacional e um assistente técnico (estes últimos profissionais partilhados com a UCSP). Existem outros elementos que integram a equipa e colaboram em atividades em áreas mais específicas, para dar resposta às necessidades identificadas pelos utentes, nomeadamente a enfermeira especialista em saúde

materna, uma psicóloga, uma nutricionista, uma terapeuta da fala, uma fisioterapeuta e uma técnica de serviço social.

A UCC tem ainda um papel ativo na manutenção e desenvolvimento de parcerias com outras instituições, com o objetivo de incentivar a mudança de hábitos e ressaltar a importância de um estilo de vida saudável ao longo do ciclo de vida da população daquela comunidade.

Na comunidade de Serpa é promovida a existência de uma parceria entre as entidades sociais, a saúde, o poder local (autarquia) e outras entidades públicas ou privadas que formam a Rede Social, cujo objetivo estratégico é a *“erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão”* promovendo o *“desenvolvimento social”* através da *“formação de uma consciência coletiva dos problemas sociais, contribuir para a ativação dos meios e agentes de resposta e para a otimização/rentabilização dos meios de ação locais”* (UCC de Serpa, 2015, p.40).

A Rede Social do concelho de Serpa através da consolidação e dinamização das parcerias locais, desenvolve um importante papel na elaboração de diagnósticos baseados em necessidades identificadas em várias áreas e em permanente atualização, permitindo delinear Planos de Desenvolvimento Social na comunidade.

2 - O ESTÁGIO

“Estágios clínicos: momentos em que o ser mobiliza os saberes numa perspectiva interdisciplinar contextualizada”

(Alarcão & Rua, 2005, p.376)

O ensino clínico é considerado uma etapa muito importante na formação do enfermeiro. Enquanto momento de aprendizagem permite-lhe a possibilidade de vivenciar experiências dentro do contexto prático, onde se desenvolvem competências e onde é consolidada a sua identidade profissional.

O ensino clínico tem como finalidade, na perspectiva de Martin (1991), citado por Silva & Silva (2016, p.130) *“complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho”*. Também Matos (1997) citado por Silva & Silva (2016), enaltece a importância dos ensinamentos clínicos na área de enfermagem, bem como, a responsabilidade das Escolas de Enfermagem e das instituições prestadoras de cuidados de saúde em facultar a possibilidade dos seus estudantes desenvolverem capacidades para a prática de enfermagem, uma vez que esta experiência *“permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho”* (Silva & Silva, 2016, p.130).

Os estágios clínicos são assim entendidos como *“momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”* (Alarcão & Rua, 2005, p.376).

Durante o momento formativo, é importante que o aluno desenvolva atitudes e processos de auto regulação de forma a integrar, mobilizar e ainda estimular os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

Desta forma, tendo por base o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro ao longo do seu percurso de formação especializada adquire

“competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e

“empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º128/2011, 2011, p.8667).

A competência profissional resulta segundo Alarcão & Rua (2005), de um conjunto de “micro-interacções”, desenvolvidas com o próprio (interação intrapessoal), com os outros (interação interpessoal) e com os saberes numa relação de interatividade (interação interdisciplinar), as quais caracterizam “*o mundo globalizado em que vivemos e os actuais paradigmas de investigação, de formação, e de exercício profissional*”(Alarcão & Rua, 2005, p.382).

Assim, durante o processo de aquisição de competências em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ao longo do estágio, o enfermeiro desenvolve atividades de “*educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade*” (Regulamento n.º128/2011, 2011, p.8667). Neste contexto, destaca-se o desenvolvimento da capacidade para “*identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica*”, a fim de “*assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários*” atendendo à adequada contextualização social, económica e política onde está inserido (Regulamento n.º128/2011, 2011, p.8667).

Espera-se assim que no final do processo de aprendizagem, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, esteja apto para desenvolver a avaliação do estado de saúde de uma comunidade recorrendo à metodologia do planeamento em saúde, com vista a que a sua intervenção possa contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades (OE, 2011, p.5).

É com base na utilização de uma metodologia sistemática, continua e dinâmica, que segundo Imperatori & Giraldes (1993), o enfermeiro toma “*decisões programadas, previstas, e o seu resultado é a mudança sócio-cultural por contacto dirigido, de tipo progressivo, induzido e de mecanismo multicausal*” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.24).

Importa ainda considerar que, segundo os mesmo autores, a natureza dos objetivos que se pretendem alcançar, as decisões a tomar e os prazos disponíveis para o enquadramento dos

vários elementos durante o processo de planeamento em saúde, definem o tipo de planeamento a adoptar (Imperatori & Giraldes, 1993, p.26).

O estágio desenvolvido na UCC de Serpa baseou-se na metodologia de planeamento em saúde. De acordo com as diferentes tipologias de planeamento, identificadas por Imperatori & Giraldes (1993), foi adoptado o planeamento operacional de curto prazo, uma vez que, o mesmo se desenvolveu na unidade de cuidados na comunidade, tendo sido utilizados os recursos e as tecnologias existentes na comunidade no decorrer do espaço temporal compreendido entre 19 de Setembro e 27 de Janeiro de 2018.

A metodologia de planeamento em saúde desenvolvida durante o estágio baseou-se ainda, no que Tavares (1990) considera ser uma perspectiva populacional uma vez que, o principal foco durante todo o processo de planeamento, incidiu na população dos cuidadores informais de idosos.

Tavares (1990) salienta a participação e envolvimento da população no processo de planeamento na medida em que refere:

“A própria população-alvo pode entrar não só na implementação como também na elaboração dos projectos que lhe são dirigidos, sendo esta participação comunitária, um aspecto importante da organização.” (Tavares, 1990, p. 33).

Atendendo às características e necessidades dos cuidadores informais de idosos em contexto de domicílio no decorrer das diferentes fases do processo de planeamento em saúde, foram estudadas as formas e possibilidades de adequar as estruturas organizacionais e recursos da comunidade existentes face às necessidades inicialmente identificadas pelos cuidadores informais.

Cumprindo as diferentes fases que integram o planeamento em saúde, descreve-se em seguida o percurso realizado neste processo de aprendizagem no âmbito do estágio. Importa salientar que, foi elaborado previamente o diagnóstico de situação de saúde, primeira etapa do planeamento, que decorreu entre 2 de Maio e 17 de Junho de 2017.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Uma vez iniciado o processo, pretende-se que a fase de diagnóstico ocorra no menor tempo possível para permitir uma intervenção em tempo útil e simultaneamente que seja suficientemente aprofundada, para que as soluções propostas se tornem pertinentes permitindo colmatar as causas e os fatores condicionantes dos problemas encontrados (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 44).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas inserido no PNS refere que,

“uma boa saúde é essencial para que as pessoas idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável, assim como continuar a assegurar os seus contributos para a sociedade, uma vez que para além de se manterem autónomas, constituem um recurso para suas famílias, comunidades e economia” (DGS, 2006, p.8)

Promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos é essencial pois permite gerar ganhos em saúde, na medida em que “*os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares*” (DGS, 2006, p.8).

Foi neste âmbito e recorrendo à metodologia de Planeamento em Saúde, que se realizou o diagnóstico de situação de saúde, cujo objetivo geral foi avaliar a Qualidade de Vida (QdV) dos cuidadores informais de idosos. Os objetivos específicos delineados pretendiam por um lado identificar a percepção que os cuidadores informais tinham da sua QdV e por outro, identificar quais as suas necessidades enquanto cuidadores de idosos. O contexto considerado para desenvolver a avaliação foi o desempenho de papel de cuidador informal de idosos no domicílio.

População alvo

A seleção dos participantes para este estudo baseou-se na lista de utentes inscritos com idades superiores a 65 anos, de uma das equipas de saúde da UCSP de Serpa. Foram considerados inicialmente os utentes idosos dependentes de cuidados dos seus familiares e/ou de cuidadores informais e que permaneciam nos seus domicílios, esta identificação possibilitou chegar à população alvo: os seus cuidadores informais. Esta seleção foi realizada com a equipa

de enfermagem da UCC, procurou-se que os cuidadores informais selecionados obedecessem aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser cuidador informal;
- O utente cuidado ser idoso;
- O cuidado realizado no contexto de domicílio (domicílio do utente ou domicílio do cuidador informal);
- Apresentar condições cognitivas que possibilitasse responder autónoma e conscientemente ao (s) instrumento (s) de colheita de dados.

Com base nos critérios definidos, foram previamente selecionados 26 utentes idosos inscritos e dependentes, dos quais, cinco utentes não responderam ao prévio contato telefónico realizado, três utentes não tinham cuidador (viviam sozinhos), um utente tinha recentemente sido internado em cuidados paliativos e um utente recusou participar no estudo.

Verificados os restantes elementos pré-selecionados, os quais cumpriam os critérios de inclusão, após devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, concordaram em participar. A população final foi constituída por 16 cuidadores informais de idosos que desempenham o seu papel de cuidador em contexto de domicílio.

Desenvolveu-se um trabalho do tipo descritivo, exploratório, quantitativo e transversal para dar resposta ao que se pretendia avaliar.

Considerações Éticas

Foram cumpridos todos os princípios éticos inerentes à realização de um trabalho de investigação, tendo sido assegurada a garantia da finalidade do estudo, o anonimato, a confidencialidade dos dados obtidos e garantido o compromisso da utilização da informação recolhida para uso exclusivo à realização do presente estudo de investigação. A aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi precedida do preenchimento e concordância do consentimento livre e esclarecido por parte dos cuidadores informais. (APÊNDICE I)

Foi solicitada autorização à Comissão de Ética da ULSBA, EPE para desenvolvimento do estudo e colheita de dados aos utentes inscritos na UCSP de Serpa. (ANEXO III)

Instrumentos de Colheita de Dados

A utilização do instrumento de colheita de dados permite ao investigador a possibilidade de recolha de informação necessária de forma sintetizada, metódica e organizada para a realização do trabalho propriamente dito.

Atendendo ao tema a investigar, QdV dos cuidadores informais de idosos, optou-se por seleccionar o instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) da OMS, uma vez que este instrumento foi desenvolvido em coerência com a definição de QdV assumida pela OMS e destina-se à avaliação da Qdv (Canavarro, et al., 2010).

Na colheita de dados foram aplicados os questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-OLD aos cuidadores informais de idosos no domicílio, tal como preconizado pela OMS, ambos aprovados e validados para a população portuguesa (Vaz Serra et al., (2006); Vilar, et al., (2014); Vilar, (2015)).

Ambos os questionários foram aplicados neste estudo após ter sido solicitada e facultada a respectiva autorização aos autores responsáveis pela tradução e validação para a população portuguesa. Para o instrumento WHOQOL – Bref foi solicitada autorização à Professora Doutora Cristina Canavarro, a qual foi facultada assim como disponibilizado todo o material para aplicação do questionário (APÊNDICE II). Relativamente ao instrumento WHOQOL – OLD foi solicitada autorização ao Professor Doutor Mário Simões e à Doutora Manuela Vilar, tendo esta sido facultada por ambos e disponibilizado o material relativo à colheita de dados (APÊNDICE III).

Um dos instrumentos utilizados foi o WHOQOL – Bref, uma vez que *“apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de conteúdo e estabilidade teste-reteste, tornando-o um bom instrumento para avaliar qualidade de vida em Portugal”* (Vaz Serra et al., 2006, p.10). O instrumento de colheita de dados, WHOQOL-Bref (ANEXO I), encontra-se estruturado em duas partes, a primeira dedicada à caracterização sócio demográfica do respondente, a qual integra as variáveis: idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, profissão, local de residência, vínculo ao utente, presença de doença e tipo de doença. A segunda parte é composta pelos 26 itens distribuídos pelos quatro domínios que caracterizam a QdV do

inquirido, neste caso do cuidador informal. O WHOQOL-Bref está organizado em quatro Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e o Ambiente. Contem ainda mais duas questões, as quais permitem realizar a avaliação da QdV geral, através da avaliação da satisfação global da QdV e da percepção geral da sua saúde (Vaz Serra et al., 2006).

Foi também utilizado o instrumento WHOQOL – OLD (ANEXO II), considerado como a ferramenta adequada para avaliar a QdV em adultos idosos. A OMS recomenda o uso deste instrumento como complemento ao WHOQOL-Bref quando a população em estudo tem idades iguais ou superiores a 65 anos, uma vez que tem como objetivo principal adaptar as medidas genéricas de QdV à população idosa (Vilar, 2015). É constituído por 28 itens, distribuídos por sete facetas que possibilitam a atribuição de um score global, designado score Padrão, no qual se traduz a percepção de QdV. Cada faceta avaliada contribui individualmente para a percepção de QdV, através da atribuição de uma mensuração quantitativa (apresentada sob a forma de média de score), que se obtém utilizando os valores obtidos nas respostas dadas pelos inquiridos da escala tipo Likert.

As facetas em análise no questionário são: Faceta I – Funcionamento Sensorial, Faceta II – Autonomia, Faceta III – Atividade Passadas, presentes e futuras, Faceta IV – Participação Social, Faceta V – Morte e morrer, Faceta VI – Intimidade e Faceta VII – Família/vida familiar. Cada uma destas facetas é composta por diferentes dimensões que contribuem para a caracterização da QdV percebida por faceta, isto é: **Funcionamento sensorial** (avaliada pelas dimensões funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação); **Autonomia** (avaliada pelas dimensões capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões); **Atividades passadas, presentes e futuras** (avaliada pelas dimensões satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar); **Participação social** (avaliada pela participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade); **Morte e morrer** (avaliada pelas preocupações e medos sobre a morte e o morrer); e **Intimidade** (avaliada pela capacidade para ter relações pessoais e íntimas). Devido aos estudos de adaptação, validação e normalização para a população portuguesa, o instrumento integra uma nova faceta: **Família/Vida familiar** (avaliada pela satisfação com o tempo passado em família o apoio e as relações familiares e o sentido de valor do idoso na família). O instrumento tem um total de 28 itens na versão portuguesa do WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2009).

O WHOQOL-OLD, como funciona como um complemento do WHOQOL-Bref integra apenas os itens relativos à avaliação da QdV nas sete facetas em avaliação.

A colheita de dados ocorreu nos dias dois, três e cinco de Junho de 2017, de acordo com a disponibilidade dos cuidadores.

A demora média de preenchimento dos questionários foi de aproximadamente vinte minutos. O preenchimento dos mesmos foi maioritariamente por autopreenchimento (pelos cuidadores) havendo, no entanto necessidade de assistência do investigador no preenchimento dos questionários dos cuidadores idosos, pois alguns não sabem ler nem escrever.

Todos os instrumentos após preenchimento foram codificados e nas situações em que foram aplicados os dois instrumentos em simultâneo (cuidadores com mais de 65 anos), os instrumentos foram primeiro agrupados por respondente.

Ambos os questionários utilizam uma escala tipo “*Likert*” pontuada de 1 a 5, onde o cuidador indica a resposta que mais se adequa à situação vivenciada nas últimas duas semanas, referência temporal preconizada pelos autores dos instrumentos de colheita de dados. A escala tipo “*Likert*” é uma das formas mais elementares de medir gradualmente se os indivíduos estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um determinado número e tipo de enunciados. A apresentação dos resultados faz-se com recurso a medidas de tendência central, média e mediana, e de medida de dispersão, desvio padrão e valores máximos e mínimos. Para melhor interpretação dos resultados, utiliza-se como referência o valor três da escala de Likert como valor intermédio.

A cotação das escalas reflete a qualidade de vida dos cuidadores, quanto maior pontuação obtida melhor qualidade de vida percebida. Note-se, porém que existe uma exceção, uma vez que alguns dos itens são apresentados de forma negativa. Estes itens são considerados como sendo elementos que têm/causam impacto negativo na QdV (no instrumento os itens são assinalados por asterisco*), pelo que na sua análise, devem ser interpretados de forma inversa relativamente aos outros, isto é, quanto maior o valor obtido, pior será considerada a avaliação do item. Considerando o que acima se descreve, as avaliações por item e por domínio, que integram o instrumento de colheita de dados, avaliados podem ser consideradas como positivas ou negativas.

2.1.1. Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização sócio demográfica dos cuidadores informais. Foi realizada com base nas variáveis que integram a primeira parte do instrumento de colheita de dados WHOQOL – Bref, os dados que em seguida se apresentam seguem a mesma ordem conferida pelo instrumento.

A população estudada foi constituída por 16 cuidadores informais de idosos no domicílio, dos quais catorze (87.5%) são mulheres e dois (12,5%) são cuidadores homens.

A média de idades dos cuidadores informais era de 64,81 anos, sendo o cuidador mais novo do sexo feminino (47 anos) e o mais velho do sexo masculino com 93 anos. Sete dos cuidadores inquiridos (43,7%), são cuidadores informais que apresentam idades superiores a 65 anos (idade média de 78,86 anos) e que cuidam de idosos em contexto de domicílio. Os restantes nove elementos são adultos em idade ativa (56, 2%) que desempenham o papel de cuidador informal conjugado com outras atividades, nomeadamente a família e o trabalho.

Cerca de 43,8% dos cuidadores informais estão reformados. Os cuidadores informais que se encontram em idade ativa, identificaram ter como profissão: assistentes operacionais, assistente técnico, bancário, educador de infância, enfermeiro e trabalhador independente, para além de desempenharem o papel de cuidador. Dois dos cuidadores referiram que a sua ocupação diariamente é tratar da casa e exclusivamente do utente idoso no domicílio.

Relativamente ao estado civil, nove (56%) dos cuidadores informais eram casados, três eram viúvos (as), três eram divorciados e um era solteiro.

Todos os cuidadores eram familiares diretos do idoso de quem cuidam, onze (68,8%) cuidadores eram filhas (os), três (18,8%) eram irmãs e duas (12,5%) eram esposas (os).

Relativamente ao nível de escolaridade dos cuidadores informais em estudo, 25% dos inquiridos tinham baixo nível de escolaridade (entre o 1º ao 4º ano), e na mesma proporção (25%) constatou-se que existiam cuidadores informais de idosos que não sabiam ler nem escrever. No entanto, a restante população distribuiu-se por níveis de escolaridade equivalente ao ensino obrigatório – ensino preparatório (12,5%), secundário (12,5%), superior (12,5%) e formação pós-graduada (6,3%).

No momento em que foi realizada a colheita de dados, metade dos inquiridos referiu estar saudável. Os restantes cuidadores informais referiram estar doentes, sendo as doenças mais enumeradas de carácter crónico como a diabetes (18%), hipertensão (12,5%), doenças musculoesqueléticas (12,5%) e situação de doença prolongada (6,3%). Os cuidadores informais inquiridos que revelaram estar doentes, estavam sob vigilância dos programas de saúde do adulto na UCSP de Serpa (local onde estão inscritos), mas também referiram “ser acompanhados” na consulta externa do Hospital de Beja, em que o motivo era a consulta de vigilância de doença crónica – diabetes.

De acordo com o instrumento de colheita de dados utilizado, a segunda parte é constituída pelos itens que permitem avaliar a percepção que o cuidador informal tem sobre a sua QdV e identificar quais os aspectos que interferem na percepção da mesma.

A apresentação dos resultados, mantêm a sequência apresentada em ambos os instrumentos.

Inicia-se pela percepção que os cuidadores informais têm sobre a sua QdV através dos resultados obtidos na Faceta Geral do WHOQOL – Bref e em seguida, os resultados obtidos nos quatro domínios que o compõem: Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais e Domínio do Meio Ambiente.

Da análise realizada relativa ao apoio que o cuidador informal diz receber face às suas necessidades, verificou-se que nove dos cuidadores informais referem ter apoio durante o desempenho de papel, sendo que, sete referem que o nível de apoio recebido é moderado e dois dos cuidadores contam com bastante apoio de terceiros no cuidado aos familiares idosos. Estes cuidadores acrescentam ainda que aproveitam este tipo de ajuda para o desempenho de funções que exijam maior concentração ou esforço físico é disso exemplo, a alimentação (confeção), os cuidados de higiene ao idoso e ainda a limpeza da habitação. No entanto, sete cuidadores referiram falta ou mesmo ausência de apoio para realização dos cuidados que são necessários aos idosos. Três Cuidadores informais referem que o apoio existente é “pouco” e ainda quatro afirmam “não ter nenhum tipo de apoio nos cuidados aos idosos”.

Instrumento WHOQOL- Bref

Faceta Geral

A Faceta Geral, permite como vimos anteriormente, a avaliação da percepção da QdV no global, relacionando a avaliação que os cuidadores informais fazem sobre a sua satisfação global com a QdV e a sua percepção geral de saúde.

Os cuidadores informais inquiridos distribuem-se nas categorias relativas à percepção geral de saúde da seguinte forma: seis (37,5%) estão “Satisfeitos” com a sua saúde, seis (37,5%) “Não está nem satisfeito/nem insatisfeito” e quatro (25%) cuidadores referem estar “Insatisfeitos”.

Relativamente à avaliação que os cuidadores informais fazem da QdV, seis (37,5%) cuidadores avaliaram como “Boa”, seis (37,5%) referem-se à QdV como “Nem boa/nem Má”, três (18,8%) avaliaram a QdV como “Má” e um cuidador informal (6,3%) atribuí à sua QdV a categoria de “Muito Má”.

No quadro seguinte apresentam-se os valores globais obtidos através do instrumento WHOQOL-Bref quer na Faceta Geral quer nos quatro Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente na população estudada.

Quadro 1 – Análise Global da QdV dos Cuidadores Informais de Idosos

WHOQOL-Bref	Faceta Geral	Idade	D. Físico	D. Psicol	D. Rel Soc	D. Ambiente
Média	64,06	64,81	53,34	52,34	45,31	55,97
Mediana	64,06	59	53,57	50	45,83	51,56
Desvio Padrão	17,04	13,98	20,33	19,93	20,19	17,29
Minímo	37,5	47	17,85	20,83	0	18,75
Máximo	87,5	93	92,85	95,83	75	81,25

Após apreciação global do WHOQOL-Bref, na Faceta Geral, a percepção de QdV dos cuidadores informais de idosos situa-se em média nos 64%, valor considerado mediano, uma vez que, quanto mais perto de 100% melhor a QdV percepcionada pelos inquiridos. Os domínios Psicológico, Físico e Ambiente apresentam valores medianos globais na ordem dos 52,3%, 53,3%, e 56% respectivamente. Apenas o domínio das Relações Sociais apresenta valores abaixo da média, com 45,3%.

Os quadros que se seguem apresentam os resultados médios obtidos por item, agora com mais pormenor podem ser identificados os itens que contribuem para maior ou menor QdV percebida em cada Domínio avaliado. De acordo com a escala tipo *likert* utilizada para avaliar cada item este pode variar entre 1 e 5 (valor 3 representa o valor médio), sendo que quanto maior o valor obtido melhor, à exceção dos itens com asterisco os quais deverão ter interpretação inversa.

Quadro 2 – WHOQOL - Bref: Domínio Físico

Item	Média	Mediana
Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer? *	2,94	2,5
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? *	3,19	3
Tem energia suficiente para a vida diária?	3,00	3
Como avaliaria a sua mobilidade - capacidade para se mobilizar ou deslocar por si próprio (a)?	3,50	3,5
Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	3,06	4
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a dia?	3,19	3,5
Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?	3,06	3

Quadro 3 – WHOQOL - Bref: Domínio Psicológico

Item	Média	Mediana
Até que ponto gosta da vida?	3,25	3
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3,00	3
Até que ponto se consegue concentrar?	2,69	2
É capaz de aceitar a sua aparência física?	3,31	3
Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio (a)?	3,19	3,5
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? *	2,69	2,5

Quadro 4 – WHOQOL - Bref: Domínio Relações Sociais

Item	Média	Mediana
Até que ponto está satisfeito (a) com as relações pessoais?	2,94	3
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	2,75	3
Até que ponto está satisfeito(a) como apoio que recebe dos seus amigos?	2,75	3

Quadro 5 – WHOQOL - Bref: Domínio Ambiente

Item	Média	Mediana
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	2,94	3
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	2,88	2,5
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2,75	3
Ate que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	3,00	3
Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	2,25	2
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	3,75	4
Ate que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	3,56	4
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	3,69	4

Da análise dos resultados, salientam-se os Domínios das Relações Sociais e Ambiente como os domínios onde a percepção de QdV dos cuidadores informais é menor, uma vez que apresentaram os itens com os valores mais baixos.

Instrumento WHOQOL – OLD

Atendendo que sete (43,7%) dos cuidadores informais em estudo têm idade superior a 65 anos, foi utilizado em simultâneo o instrumento WHOQOL – OLD, como complemento ao WHOQOL – Bref no momento de recolha de dados. Este instrumento, avaliou a qualidade de vida dos cuidadores informais idosos que cuidam de idosos, atribuindo-lhe um score global, denominado de score Padrão que traduz a QdV percebida pelos cuidadores.

No quadro seguinte, apresentam-se os valores globais obtidos no instrumento WHOQOL-OLD quer no Score Padrão, quer em cada faceta analisada. Os valores apresentados expressam-se em valores médios e de acordo com valores da escala de Likert utilizada pelos respondentes aquando a colheita de dados, sendo a sua avaliação tanto melhor, quanto maior for o score médio obtido (1 - 5) quer a nível geral/score padrão, quer em cada faceta sujeita à avaliação.

Quadro 6 - Análise Global da QdV dos Cuidadores Informais Idosos

WHOQOL-OLD	Idade	Score Padrão	Fac Fun Sens	Fac Automia	Fac Ativ PasPres Fut	Fac Part Social	Fac Morte Morrer	Fac Intimidade	Fac Fam/vid Fam
Média	78,86	2,75	2,61	2,96	2,71	2,75	3,00	3,04	2,93
Mediana	81	2,65	2	4,00	2,50	2,50	3,00	3,00	3,00
Des Pad	8,79	0,21	0,23	0,27	0,14	0,10	0,05	0,13	0,26
Minimo	65	2,6	2	2,29	2,00	2,14	2,57	2,86	2,57
Maximo	93	3,1	4,25	3,29	3,71	3,29	3,57	3,14	3,29

Da análise global do WHOQOL-OLD verificou-se que o Score Padrão apresenta o valor médio de 2,75. Situa-se abaixo da média de referência (valor médio de referência - 3) e corresponde à percepção global que os cuidadores informais idosos têm da sua QdV. Da mesma forma, os scores médios globais obtidos nas diferentes facetas avaliadas, apresentam também níveis abaixo do valor referência. Apenas as facetas Intimidade e Morte e Morrer se situam em valores considerados intermédios.

Atendendo aos resultados obtidos em cada faceta, importa identificar mais pormenorizadamente quais os itens que contribuíram para estes resultados, uma vez que cada dimensão influencia a percepção da QdV de forma positiva ou negativa. Assim, nos quadros seguintes, apresentam-se os itens que integram cada faceta analisada e respectivos resultados médios. De acordo com a escala tipo likert utilizada, cada item pode variar entre 1 e 5 (valor 3 representa o valor médio), sendo que quanto maior o valor obtido melhor o impacto na percepção da QdV, à exceção dos itens com asterisco os quais deverão ter interpretação inversa.

Quadro 7 – Faceta I – Funcionamento Sensorial

Funcionamento Sensorial -Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
As dificuldades de audição, visão,paladar,olfato ou tato afetam a sua vida diaria? *	2,42	2	0,72
As dificuldades de audição, visão,paladar,olfato ou tato afetam a sua capacidade para participar em atividades? *	2,28	2	0,69
As dificuldades de audição, paladar,olfato ou tato afetam a sua capacidade para se realacionar com as outras pessoas? *	3,14	3	1,24
Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo audição,visão, paladar, olfato e tato?)	2,57	2	0,72

Quadro 8 – Faceta II – Autonomia

Autonomia - itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	3,14	4	1,35
Sente que tem poder para decidir acerca do futuro?	3,28	4	1,16
Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?	3,14	4	1,35
Consegue fazer aquilo que gosta?	2,28	2	0,69

Quadro 9 – Faceta III – Atividades Passadas, presentes e Futuras

Atividades Passadas, Presentes e Futuras - Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?	2	2	0,75
Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?	2,28	2	0,69
Está satisfeito(a) com o que alcançou na sua vida?	3,71	4	0,45
Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?	2,285	3	0,83

Quadro 10– Faceta IV – Participação Social

Faceta Participação Social - Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?	2,71	2	0,88
Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?	2,85	3	0,83
Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?	3,28	3	0,69
Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade?	2,14	2	0,63

Quadro 11 – Faceta V – Morte e Morrer

Faceta Morte e Morrer - Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
Está preocupado(a) com o modo como irá morrer? *	3	3	0,92
Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte? *	2,85	3	0,98
Tem medo de morrer? *	3,57	3	1,04
Receia sofrer antes de morrer? *	2,57	2	1,04

Quadro 12 – Faceta VI – Intimidade

Faceta Intimidade - Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?	3,14	4	1,12
Sente que tem amor na sua vida?	3	3	0,75
Tem oportunidade para amar alguém?	3,14	3	0,98
tem oportunidade para se sentir amado(a)?	2,85	3	0,98

Quadro 13 – Faceta VII – Família/Vida Familiar

Faceta Família/Vida Familiar -Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?	3,28	4	0,88
Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?	3	3	0,92
Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?	2,57	3	0,9
Sente que a sua família lhe dá valor?	2,85	3	0,83

Da análise dos resultados, constatou-se que os cuidadores informais com idades superiores a 65 anos apresentam scores <3 na maioria das facetas avaliadas, demonstrando desta forma que a sua percepção de QdV é de uma maneira geral baixa.

2.1.2- Problemas Identificados

De acordo com os resultados obtidos, foram identificados os seguintes problemas na população em estudo:

- Insatisfação relativa a relações pessoais, vida sexual e apoio de amigos (Domínio das Relações sociais);
- Falta de oportunidade para realizar atividades de lazer, dinheiro insuficiente face às necessidades e falta de um ambiente físico saudável e segurança no dia a dia (Domínio Ambiente);

Nos cuidadores informais com idades superiores a 65 anos foram ainda identificados os seguintes problemas:

- Déficits sensoriais: audição, paladar, olfato e tato (Faceta Função Sensorial);
- Dificuldade em conseguir fazer aquilo que gosta (Faceta Autonomia);
- Falta de oportunidade para realizar planos na vida, falta de reconhecimento e insatisfação com o que esperar da vida (Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras);
- Insatisfação com a falta de oportunidades em participar em atividades da comunidade, inexistência de atividades suficientes para ocupar o seu dia a dia, insatisfação com a forma como ocupa o seu tempo (Faceta Participação social);
- Falta de se sentir amado (Faceta Intimidade);

- Insatisfação com o tempo que passa com os familiares, insatisfação com o valor que a família lhe atribui (Faceta Família/vida Familiar).

2.1.3 - Necessidades Determinadas

Segundo Imperatori (1993), “*o diagnóstico de saúde deverá corresponder às necessidades de saúde da população*” (Imperatori, 1993, p. 45). Ainda de acordo como o mesmo autor, o conhecimento das necessidades sentidas pela população é muito importante para o diagnóstico, porque além de complementarem a informação existente e/ou disponível, permitem uma melhor receptividade da população às medidas sugeridas ou que se venham a propor (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após realizar a análise da caracterização da QdV percebida pelos cuidadores informais e identificados os problemas, foram determinadas as necessidades que se seguem:

Necessidades Identificadas pelos Cuidadores Informais de idosos no domicílio

Atendendo aos resultados obtidos através do questionário WHOQOL Bref, foram identificadas as necessidades dos cuidadores informais de idosos nos domínios que apresentaram scores mais baixos, nomeadamente:

- Necessidade de restabelecer as relações interpessoais junto de familiares e de amigos;
- Necessidade de realizar atividades de lazer, de ter autonomia financeira e de ambiente físico favoráveis no local onde vivem (presença de ambiente físico saudável e segurança no dia a dia).

Foram identificadas necessidades pelos cuidadores informais com idades superiores a 65 anos, nomeadamente

- Déficits sensoriais (audição, paladar, olfato e tato);
- Necessidade de conseguir dedicar-se a fazer aquilo que gosta;
- Necessidade de ter oportunidade para realizar planos na vida e receber o reconhecimento que merece;
- Necessidade de participar em atividades da comunidade, para ocupar o seu dia a dia, e obter satisfação com a forma como ocupa o seu tempo;
- Necessidade de se sentir amado;

-Necessidade de passar mais tempo com os familiares e da sua família lhe atribuir valor.

2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

O planeamento em saúde é um método de extrema importância para as intervenções que se realizam de forma estruturada nas comunidades. É por isso fundamental a definição de prioridades face às necessidades identificadas para melhor intervir, uma vez que, estas suportam não só os processos de tomada de decisão, mas também nos orientam para a intervenção a desenvolver. Para melhor hierarquização dos problemas de saúde ou das necessidades identificadas, são considerados critérios como a dimensão, a transcendência social e económica e ainda a vulnerabilidade.

Atendendo a todos os princípios inerentes à segunda etapa do planeamento em saúde já descritos, a priorização da satisfação das necessidades identificadas pelos cuidadores informais de idosos no domicílio foi definida em momento de reunião de equipa da UCC, após apresentação dos resultados do estudo.

Foi utilizado o Método Halon para priorização das necessidades com maior classificação atribuída pelos enfermeiros, aqui designados como peritos. Esse método possibilita a avaliação das necessidades de saúde mediante a aplicação de critérios, agregados em componentes, por meio da fórmula: ordem de prioridade = $(A+B) C \times D$. Em que A representa a magnitude do problema, B a severidade do problema; C a eficácia da solução e D a exequibilidade da intervenção classificada pelo acrónimo PEARL (pertinência, exequibilidade económica, aceitação, recursos e legalidade)(F. Sousa et al., 2017).

As necessidades identificadas pelos cuidadores informais encontram-se na tabela seguinte sob a forma de Domínios e Facetas, de acordo com os instrumentos onde foram detectadas. Para melhor classificação, posteriormente foram enumeradas segundo a sua categorização por prioridade.

Tabela 1: Definição de Prioridades segundo o Método de Halon

	Magnitude (0-10)	Severidade (0-10)	Efectividade (0,5-1,5)	Factibilidade					TOTAL
				Pertinencia (0-1)	Economia (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidade (0-1)	Aceptabilidade (0-1)	
1- Nec Percp idosos (concent+ esf físico)	6	8	1	1	0	0	1	0	0
2- WHOQOL-Bref D Físico (dores físicas)	5	5	0,5	1	1	1	1	1	5
3- WHOQOL - Bref D Psicologico (Concentração)	6	7	1	1	1	0	1	1	0
4- WHOQOL - Bref D Psicologico (Sent Negativos)	7	6	1	1	0	0	1	1	0
5- WHOQOL - Bref D Relações Sociais	8	8	1,5	1	1	1	1	1	24
6- WHOQOL - Bref D Ambiente (ativ lazer)	8	6	1,5	1	1	1	1	1	21
6- WHOQOL - Bref D Ambiente (cap economica)	9	7	0,5	1	0	0	1	1	0
7- WHOQOL - OLD Fun sens (Visão audição)	7	8	0,5	1	0	0	1	1	0
8- WHOQOL - OLD Autonomia (Fazer o que gosta)	8	8	1	1	1	1	1	1	16
9- WHOQOL - OLD Al Pas Pres Fut (reconhecimento)	8	7	1	1	1	1	1	1	15
10- WHOQOL - OLD Part Social	9	9	1,5	1	1	1	1	1	27
11- WHOQOL - OLD Família/Vida Familiar	8	9	0,5	1	1	1	1	1	8,5

1º - Faceta Participação Social (T=27) – Necessidade de participar em atividades da comunidade;

2º - Domínio Relações Sociais (T=24) – Necessidade de restabelecer as relações interpessoais junto de familiares e de amigos;

3º - Domínio Ambiente (T= 21) – Necessidade de realizar atividades de lazer, de ter autonomia financeira e de ambiente físicos favoráveis no local onde vivem (presença de ambiente físico saudável e segurança no dia a dia);

4º - Faceta Autonomia (T=16) – Necessidade de conseguir dedicar-se a fazer aquilo que gosta

Mediante a hierarquização realizada, definiu-se que a área foco deste projeto de intervenção comunitária seria a promoção do autocuidado e capacitação dos cuidadores informais na promoção da participação social em atividades da comunidade.

2.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após ter sido realizado o diagnóstico de saúde e priorizadas necessidades, procede-se à fixação de objetivos. Nesta etapa do planeamento em saúde, importa considerar alguns aspectos fundamentais, nomeadamente, o delinear de objetivos gerais, de objetivos operacionais e a seleção de indicadores de resultado e de processo. Ambos devem ser claros, precisos, objetivos e passíveis de ser mensurados quer quantitativamente, quer qualitativamente. É através da medição que se pode analisar a alteração verificada num problema inicialmente detectado, e avaliar a efetividade das atividades realizadas durante a operacionalização do plano delineado.

Assim sendo, considerando a metodologia de planeamento em saúde, entende-se que o objetivo geral deve dar resposta ao problema previamente identificado, e deve permitir ilustrar o percurso realizado até ser atingido o estado ou alteração pretendida.

Considerando as necessidades identificadas pelos cuidadores informais de idosos relativas aos domínios que influenciam a percepção da sua QdV, definiram-se como Objetivos deste Projeto de Intervenção Comunitária (PIC):

Tabela 2 – Objetivo Geral e Objetivos Específicos do PIC

Objetivo Geral	Promover a capacitação e empoderamento dos Cuidadores Informais de idosos no domicílio para a promoção do autocuidado e melhoria da Qualidade de Vida
Objetivos Específicos	Capacitar o cuidador informal na promoção do autocuidado; Promover junto dos cuidadores informais a participação social na comunidade; Divulgar junto dos cuidadores informais as atividades disponíveis na comunidade; Sensibilizar e envolver os parceiros locais para o apoio ao cuidador informal; Dinamizar a rede de apoio ao cuidador informal no município de Serpa;

Para melhor controlo e posterior avaliação dos objetivos propostos, elaborou-se a tabela que se segue, onde se apresentam os objetivos específicos, por atividade planeada, definição dos indicadores e ainda as metas que se planearam atingir ao desenvolver o PIC: “*Serpa, Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!*”

Tabela 3 – Objetivos Específicos, atividades, definição de indicador e Metas

Objetivos Específicos	Atividades	Indicador	Meta
Capacitar o cuidador informal na promoção do autocuidado	Realização de (Duas) sessões de educação para a saúde	Número de sessões realizadas/Número de sessões previstas x 100	100%
Divulgar junto dos Cuidadores informais as atividades disponíveis na comunidade	Elaboração de 50 Flyers informativos sobre as atividades disponíveis	Número de Flyers realizados/Número de Flyers distribuídos x100	75%
Envolver os parceiros locais no apoio ao cuidador informal	Realização de (Três) reuniões com os parceiros	- Nº de Reuniões realizadas/ Nº Total de agendadas ×100	75%
Dinamizar a rede de apoio ao cuidador informal no Município de Serpa	Sensibilizar a Equipa da UCC da necessidade de criação de um local de apoio ao cuidador informal	Criação do Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal	Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal (GACI) na UCC Serpa

Considera-se que através destes indicadores de atividade ou execução possam ser mensuradas as atividades a desenvolver no sentido de atingir os objetivos inicialmente propostos. Acrescenta-se ainda que, atendendo ao tempo disponível para execução do PIC junto dos cuidadores informais, o foco principal de ação, foi a operacionalização de processos para que fosse possível realizar a avaliação das ações desenvolvidas junto dos cuidadores informais de idosos e junto dos parceiros sociais da comunidade.

Importa ainda referir que o objetivo geral definido implica uma alteração das necessidades inicialmente identificadas, as quais se baseiam essencialmente na promoção do autocuidado e melhoria da QdV dos cuidadores informais de idosos e da sua capacitação e empoderamento para o desenvolvimento do papel. Estas alterações implicam intervenção a diferentes níveis (cuidadores informais e famílias, profissionais das equipas da UCSP e da UCC e dos parceiros da comunidade), tornando-se a sua avaliação de impacto ou de resultado, uma avaliação de carácter médio-longo prazo, uma avaliação posterior ao tempo definido neste estágio.

Espera-se nesta fase iniciar processos e criar estruturas, para que posteriormente se possa realizar a avaliação do impacto verificado no indicador de resultado: melhoria da QdV dos Cuidadores informais de idosos, após realizadas as intervenções.

2.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A escolha de um conjunto de técnicas específicas e organizadas permite alcançar os objetivos previamente definidos (Imperatori & Giraldes, 1993). Das estratégias pode fazer parte, a estimativa dos custos associados à operacionalização do plano bem como, a avaliação dos recursos necessários para que se atinjam com sucesso os objetivos inicialmente propostos. Para a execução deste projeto foram planeadas estratégias de intervenção que decorrerão a três níveis: individual (com os cuidadores informais), grupos/comunidade (com o grupo dos cuidadores informais, profissionais de saúde da UCSP e UCC) e ambiente (com o envolvimento dos parceiros locais da comunidade).

As estratégias selecionadas visam promover o autocuidado e a capacitação dos cuidadores informais de idosos por um lado, mas por outro procuram o envolvimento e a colaboração das entidades sociais existentes na comunidade, de forma a criar um ambiente favorável que promova o apoio ao cuidador informal no desempenho do seu papel, que simultaneamente possibilite a sua participação social, integrando-o em atividades na comunidade.

As estratégias delineadas basearam-se essencialmente, em sessões de educação para a saúde, desenvolvidas junto dos intervenientes acima identificados e em reuniões entre os responsáveis pela implementação do PIC, o investigador e a equipa da UCC e os diferentes parceiros da comunidade no decorrer do desenvolvimento do plano.

Inicialmente foram partilhados na equipa multidisciplinar da UCC de Serpa, os resultados obtidos na avaliação da QdV percebida pelos cuidadores informais de idosos no domicílio. Esta partilha permitiu que em conjunto pudessem ser aferidas as estratégias inicialmente planeadas para a resolução dos problemas identificados relativos ao défice de autocuidado dos cuidadores informais na promoção da sua QdV.

Foram também planeadas estratégias de mobilização e dinamização da colaboração intersectorial entre os parceiros da comunidade nomeadamente saúde, ação social, e autarquia, de modo a otimizar as respostas às necessidades de saúde encontradas nesta população.

Partiu-se inicialmente do princípio, que depois de identificada a disponibilidade de participação dos parceiros e operacionalizada articulação dos recursos existentes através de parcerias intersectoriais no município de Serpa, este projeto poderia colmatar a necessidade inicialmente identificada, relativa à dinamização de uma Rede de apoio social cujo foco de atenção fosse os cuidadores informais e as pessoas idosas do município. Seria uma forma de complementar o trabalho já desenvolvido nesta comunidade com vista à promoção de um envelhecimento ativo e saudável baseado em intervenções de suporte ao cuidador informal na promoção e garantia do seu bem estar e da sua QdV.

Tratando-se de uma estratégia que visa a promoção da QdV dos cuidadores informais de idosos no desempenho do seu papel, a existência da Rede de apoio social possibilitará a melhoria da Saúde Comunitária, uma vez que implica o empenho e envolvimento de todas as pessoas envolvidas quer na promoção da saúde, quer no empoderamento, na capacitação e na participação ativa dos cuidadores informais em atividades da comunidade.

Aquando da confirmação das varias entidades/parceiros sociais que demonstraram interesse em colaborar no desenvolvimento deste projeto, foram apresentadas as estratégias e as orientações que serviram de rumo à execução do projeto.

As estratégias planeadas com vista à capacitação dos cuidadores na promoção do autocuidado e da melhoria da QdV, basearam-se essencialmente em dar resposta às necessidades percebidas pelos cuidadores informais. Estes foram elementos fundamentais no processo de planeamento, que desde o inicio foram solicitados a participar ativamente na operacionalização das diversas atividades desenvolvidas.

O desenvolvimento do PIC baseou-se nas seguintes orientações:

- Modelo Conceptual de Enfermagem – Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, utilizando os métodos de ajuda para o autocuidado nomeadamente, de guiar e apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal ainda e ensinar/orientar o outro. Baseada na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, após

identificação da situação de déficite de autocuidado dos cuidadores informais e a necessidade do cuidado de enfermagem para equilibrar essa necessidade de autocuidado, foram planeadas sessões de apoio e educação, para que os cuidadores através de orientação, assistência e apoio do enfermeiro e dos recursos da comunidade (nomeadamente a criação de ambientes favoráveis) promovam a possibilidade de aprender a desempenhar ações de autocuidado terapêutico (Parker, (2001), Queirós, et al., (2014), Scholarship, (2013), Diogenes & Pagliuca, (2003)).

- Estratégia global e plano de ação sobre envelhecimento e saúde (2016 - 2020) da OMS, para dar resposta ao Empoderamento do Cuidador Informal para a promoção do autocuidado e melhoria da Qualidade de Vida (WHO, (2015), WHO, (2017)).

- Rede global da OMS de cidades e comunidades amigas dos idosos, o qual fornece bons exemplos de como os ambientes amigáveis ao envelhecimento ativo podem ser replicados com sucesso a nível local (WHO, 2009).

- Mobilização dos parceiros locais no apoio ao cuidador informal na promoção da participação ativa do cuidador em atividades da comunidade (Gallo & Bessa, (2016), Loureiro et al., (2013).

- Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015c), nas intervenções a desenvolver que assentam em “*quatro Eixos Estratégicos transversais*”: *Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis*” (DGS, 2015, p.13)

- Criação do **Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal (GACI)** na UCC, como local de referência (na coordenação dos recursos e orientação dos cuidadores informais de acordo com as necessidades sentidas e recursos disponíveis na Rede Social de Apoio).

2.5 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

“*Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico e de aceitação pela população, haverá que passar (...) fase do processo do planeamento: a formulação de programas e projectos*” (Giraldes, 1993, p.129). Assim sendo, tendo sido já planeadas as estratégias a desenvolver para dar resposta às necessidades de saúde identificadas e para atingir os objetivos propostos, é necessário passar à fase seguinte a qual se

denomina de elaboração de programas e projetos. Nesta fase foi elaborado um projeto, atendendo a que *“é uma atividade que decorre num período de tempo delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”* (Giraldes, 1993, p. 129).

O projeto designado *“Serpa, Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de idosos!”*, enquadra-se na área de Saúde Humana e Bem estar e caracteriza-se por ser um PIC que visa a capacitação e empoderamento dos cuidadores informais na promoção e melhoria da sua QdV. Pretende ainda a dinamização da rede de apoio social da comunidade para acompanhamento e integração dos cuidadores em atividades na comunidade.

O projeto desenvolvido encontra-se em apêndice deste relatório (APÊNDICE IV). Para seu desenvolvimento e implementação foi pedido parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora para desenvolvimento e implementação do PIC, o qual se anexa. (ANEXO IV)

2.6 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO /EXECUÇÃO

É a fase do planeamento em saúde que reúne os pontos em comum das fases anteriores já realizadas e das fases ainda a desenvolver, sendo por isso de extrema importância para o sucesso do projeto. Assim sendo, nesta fase foram especificadas as responsabilidades pela execução do projeto, quem são as entidades envolvidas, os *“timings”* e calendarização de execução. Para monitorizar o projeto, foi elaborado um cronograma para controlo de progresso da implementação do plano durante a realização das respectivas atividades, o qual se encontra em apêndice neste relatório (APÊNDICE V).

Foram planeadas as seguintes atividades para dar resposta às necessidades de saúde identificadas pelos cuidadores informais de idosos, designadamente o défice de autocuidado e a falta de oportunidades para participar em atividades da comunidade:

- Realização de duas sessões de educação para a saúde, com o intuito de sensibilizar os cuidadores informais para a importância da promoção do autocuidado e da participação social em atividades na comunidade para melhoria da sua QdV;

- Elaboração de flyers informativos que contemplem os serviços de apoio disponíveis na comunidade, bem como os parceiros locais envolvidos e sua distribuição junto dos cuidadores

informais e parceiros sociais para apresentação e divulgação da rede de apoio/recursos da comunidade ao cuidador informal;

- Reunião com a Câmara Municipal de Serpa para apurar a possibilidade de divulgação do PIC junto da comunidade – utilização dos canais de comunicação da comunidade: jornal e agenda cultural do município;

- Sensibilização dos parceiros sociais para as necessidades identificadas pelos cuidadores informais - apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde em reunião conjunta de parceiros da comunidade;

- Identificação das parcerias locais disponíveis para apoiar os cuidadores informais de idosos do Município de Serpa e identificação das atividades disponíveis na comunidade onde seja possível a participação social dos cuidadores informais;

- Realização de três reuniões com os parceiros das Redes Sociais da Comunidade (1ª reunião – início do projeto: apresentação do projeto de intervenção comunitária, 2ª reunião- meio projeto: ponto de situação, avaliação de progresso da implementação do projeto e 3ª reunião final-Avaliação do Projeto e *Follow up*).

Para a execução do projeto foram previstos os seguintes recursos:

Recursos humanos envolvidos no desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária:

Durante o desenvolvimento do PIC, foram considerados os recursos humanos que constituem a Equipa da UCC enquanto equipa multidisciplinar com intervenção direta na comunidade, sendo a enfermeira especialista em saúde Comunitária que supervisionou e orientou o estágio de ensino clínico quem mais diretamente esteve envolvida e acompanhou o projeto desde o seu início.

As equipas de saúde que integram a UCSP Serpa foram também envolvidas. Atendendo a que é através delas vão sendo identificados os cuidadores informais de idosos que prestam cuidados no domicílio, são quem identifica muitas vezes situações que requerem acompanhamento por parte da equipa da UCC. O seu papel neste projeto de intervenção foi sendo gradual e de colaboração direta. Inicialmente foi-lhes dado conhecimento dos resultados do diagnóstico de saúde desenvolvido e ao longo do decorrer do estágio foi necessário recorrer

às mesmas equipas para obter esclarecimentos relativos aos programas de saúde em que os cuidadores informais estavam a ser acompanhados na sua equipa de saúde.

Após identificação dos parceiros sociais que integram o Conselho Local de Ação Social (CLAS)- Rede social de Serpa foi averiguada a sua disponibilidade de participação junto da Segurança Social, Autarquia local, União de Juntas de Freguesia de Serpa, Associação de voluntários, Academia Sénior e entidades privadas de apoio domiciliário, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia e Associação Flor do Enxoé. O ponto de partida das atividades que se planearam foi a realização de uma sessão de apresentação/divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde efetuado, tendo estas entidades sido convidadas a estar presentes.

Comunicação e Divulgação do Projeto

Para além dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento do projeto de intervenção foram considerados recursos materiais para a sua operacionalização. Estes recursos são de várias ordens, porém o intuito principal da sua seleção e utilização neste projeto visou atividades de divulgação do projeto na comunidade e a intervenção direta junto dos cuidadores informais. A utilização dos recursos foi feita da seguinte forma:

Divulgação de parcerias/serviços de apoio ao Cuidador Informal na comunidade:

- através do Jornal e agenda cultural do município e portal da Câmara Municipal de Serpa para divulgação de informação ao cidadão

Ação de sensibilização para os parceiros sociais envolvidos do município:

- Computador portátil,
- Videoprojetor,
- Apresentação PPT®
- Sala de reuniões Cine Teatro Serpa cedida pela Câmara Municipal Serpa

Sessões de educação para a saúde aos cuidadores informais de idosos:

- Plano de sessão,
- Sala de reuniões da UCSP de Serpa
- Videoprojector,

- Computador portátil,
- Apresentação PPT[®],
- Flyers
- Formulário de avaliação da sessão

Elaboração de cartaz e de *flyer's* de informação para o cuidador informal

- Computador
- Reprografia
- Papel

Contatos desenvolvidos e entidades envolvidas

Durante a operacionalização deste projeto, foram desenvolvidos contatos com os cuidadores informais e com os diferentes parceiros sociais da comunidade. O contato com os cuidadores informais inicialmente foi realizado por telefone, sendo depois todos os outros contatos efetuados realizados pessoalmente, em visita domiciliária ou em reunião/sessão de educação para a saúde realizada na UCSP de Serpa. Relativamente aos contatos realizados com os parceiros sociais do município de Serpa, estes foram feitos via telefone, via e-mail e ainda pessoalmente junto das várias entidades. Inicialmente via telefone para apresentação e agendamento de sessão de divulgação dos resultados do diagnóstico da situação de saúde. Posteriormente para aferir estratégias e atividades durante a operacionalização do projeto realizaram-se reuniões de trabalho em que os responsáveis pela operacionalização se deslocaram às diversas entidades que anuíram participar.

As entidades contactadas que revelaram intenção de participar no PIC “*Serpa, Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!*” foram:

- UCSP Serpa - UCC Serpa (equipa de liderança do projeto)
- União de Juntas de Freguesia
- Câmara Municipal de Serpa (Pelouro de Ação Social e de Educação, Gabinete de Apoio Social e Academia Sénior)
- Associação de Voluntários

Preparação da Execução das Estratégias Planeadas

Nas seguintes tabelas apresenta-se de forma esquemática, a etapa da preparação da execução das atividades desenvolvidas, de acordo com cada estratégia selecionada, onde é especificado quem, quando, onde, como e a previsão de recursos contemplados em cada atividade. De acordo com o planeamento efetuado foram idealizadas as seguintes atividades que incidiram nos três níveis de intervenção já previamente definidos:

Nível individual - Cuidadores Informais

Atividades realizadas com os cuidadores informais de idosos que visam promover o autocuidado e a capacitação dos cuidadores informais de idosos e a promoção da participação social em atividades da comunidade.

Tabela 4 - Sensibilização dos Cuidadores Informais para a Promoção do Autocuidado e melhoria da QdV

Quem	Quando	Onde	Como	Recurso
Cuidadores Informais de idosos	2ª Semana de Novembro	Sala de Reuniões da UCSP Serpa	Sessões de Educação para a Saúde:	Plano de Sessão Computador portátil Videoprojector Flyer
Mestranda Enfª UCC Equipa UCC	4ª semana de Novembro		Sensibilização dos cuidadores informais para a promoção do autocuidado e da melhoria da sua QdV Incentivar a participação dos cuidadores informais em atividades na comunidade que promovam a qualidade de vida	

Para cada sessão foram elaborados os respectivos planos de formação (APÊNDICE VI), onde estão contemplados os conteúdos que integraram as sessões de educação para a saúde (APÊNDICE VII), bem como os materiais entregues aos cuidadores informais (flyer's) (APÊNDICE VIII), com informação alusiva a boas práticas na promoção do autocuidado, as orientações em caso de necessidade de ajuda e ainda identificação dos recursos disponíveis na comunidade. Cada sessão foi posteriormente avaliada na Equipa da UCC no sentido de melhorar

a intervenção junto dos cuidadores (revisão de temas, abordagens, materiais) nas próximas sessões.

Nível dos Grupos - Aos grupos de profissionais

Envolvimento dos profissionais de saúde das equipas (UCSP e UCC) no desenvolvimento do plano de intervenção comunitária para promoção do autocuidado e da melhoria da sua QdV dos cuidadores informais. Através de reuniões periódicas pretendeu-se a sensibilização dos profissionais das equipas para a importância da sinalização e referenciação dos cuidadores informais de idosos das respectivas equipas de saúde à equipa da UCC, de forma a que seja avaliada a sua QdV, realizada a identificação de necessidades e eventual integração no programa de promoção do autocuidado dos cuidadores informais.

Tabela 5- Envolvimento dos Profissionais das Equipas de Saúde (UCSP e UCC Serpa) no desenvolvimento do PIC

Quem	Quando	Onde	Como	Recurso
Mestranda Enfª UCC Equipa UCSP Equipa UCC	22 Setembro 2017		Reunião/Divulgação dos resultados do Diag. de Saúde “Avaliação da QdV dos Cuidadores Informais de Idosos”	
Mestranda Enfª UCC Equipa UCC	20 Novembro 2017	Sala de Reuniões da UCSP Serpa	Discussão da Operacionalização do PIC “Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos”	Computador portátil Videoprojector Papel Canetas Flyer’s
	26 de Janeiro 2018		Monitorização de execução do PIC Avaliação do PIC discussão sobre a continuidade do projeto na UCC Serpa	Sinalética

Para cada reunião foram elaborados os respectivos planos de reunião (APÊNDICE IX), onde estão contemplados os conteúdos tratados. Foi também concebida a sinalética de identificação do local onde funcionaria o Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal na UCSP – UCC de Serpa. (APÊNDICE X).

Nível Ambiente - Parceiros Locais da Comunidade

Através da mobilização e envolvimento dos parceiros locais da comunidade, procurou-se criar um ambiente propício que permita a participação ativa dos cuidadores informais em atividades da comunidade. Neste processo, o papel dos diferentes parceiros da comunidade é essencial. É através de um processo participativo e integrado, que podem ser identificados os recursos já existentes, sendo posteriormente coordenados e divulgados junto dos cuidadores informais, possibilitando a sua participação em atividades na comunidade onde se inserem. Face às necessidades identificadas nos cuidadores, podem ainda ser criados ou adequados outras respostas dos diferentes parceiros, de forma a que as opções existentes permitam a avaliação escolha e adesão dos cuidadores informais à participação ativa na comunidade.

Tabela 6 - Envolvimento dos Parceiros Locais da Comunidade no desenvolvimento do PIC

Quem	Quando	Onde	Como	Recurso
Mestranda Enfª UCC Parceiros Sociais: UCSP UCC CMSerpa União Juntas de Freguesia Ass. Voluntários Serpa	6 Dezembro 2017	Sala de Reuniões da Abóboda (Cine Teatro Serpa)	Sensibilização/Reunião Divulgação dos resultados do Diag. de Saúde “Avaliação da QdV dos Cuidadores Informais de Idosos” Identificação de Parcerias da Rede Social	Computador portátil Videoprojector Papel
	12 Dezembro 2017	Sala de reuniões da UCSP	Monitorização da Operacionalização do PIC “Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos”	Canetas Flyer’s Cartaz
	26 de Janeiro 2018	Gabinete Câmara Municipal de Serpa	Operacionalização Rede Apoio ao Cuidador Informal Avaliação do PIC	Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal (GACI)

Para cada reunião foram elaborados os respectivos planos de reunião (APÊNDICE XI), onde estão contemplados os assuntos a tratar.

2.7 – AVALIAÇÃO

Avaliação do projeto consiste em comparar os progressos alcançados com os objetivos definidos inicialmente tendo em conta as intervenções desenvolvidas, para verificar se existe necessidade de reformular algumas das estratégias e ou atividades.

Segundo Imperatori (1993), “*avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar*” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 173). Chegada à última fase do planeamento em saúde é importante que se realize o controle da execução das intervenções realizadas para que se possa posteriormente comparar com a fase inicial do diagnóstico com os objetivos inicialmente propostos.

Assim no decorrer da execução do projeto de intervenção comunitária, verificou-se a necessidade de realizar duas medidas corretivas ao inicialmente planeado. Estas alterações justificaram-se devido aos diferentes “*timings*” de operacionalização, entre os diferentes níveis de intervenção definidos, isto é, com os cuidadores informais, com o grupo de profissionais e com os parceiros da comunidade, atendendo que uns estão diretamente relacionados com a disponibilidade e intervenção dos restantes. Essas alterações são apresentadas em seguida e ocorreram ao nível das intervenções previamente planeadas com os cuidadores informais de idosos.

Estavam inicialmente planeadas duas sessões de educação para a saúde aos cuidadores informais para o mês de Novembro (2ª e 4ª semana), no entanto, em reunião de equipa da UCC para monitorização do PIC verificou-se que seria muito precoce a realização desta atividade, pois não estavam ainda reunidas as condições pré-estabelecidas aquando do seu planeamento. Pretendia-se efetuar, através da realização das sessões de Educação para a Saúde, a promoção do autocuidado dos cuidadores, mas também a divulgação dos diferentes tipos de apoio que tinha ao seu dispor na comunidade. No entanto, à data estabelecida, ainda não estavam disponíveis (de forma concreta) todas as informações necessárias relativas aos recursos na comunidade (Rede de

Apoio Social ao Cuidador Informal), não haviam ainda sido estabelecidos os circuitos de contatos de ajuda, não poderiam ser facultados os esclarecimentos de como poderiam integrar a Rede de apoio ao Cuidador informal se assim o solicitassem durante a sessão.

Atendendo a que, reunir os diferentes parceiros sociais em tempos similares é uma tarefa difícil de operacionalizar devido às diferentes disponibilidades de agenda, decidiu-se adiar as Sessões até ultimar esta informação sobre a identificação dos parceiros sociais que manifestaram interesse em integrar o projeto e conseqüentemente a identificação de recursos da comunidade disponíveis ao cuidador informal.

A primeira sessão de educação para a saúde foi assim agendada para o dia 12 de Janeiro entre as 14 e às 16h. A sessão decorreu na UCSP de Serpa, na sala reuniões com um grupo de oito cuidadores informais de idosos. Este grupo de número mais reduzido que o número inicialmente estudado, também sofreu alterações, pois dois dos idosos vieram, entretanto a falecer e a maioria dos cuidadores apresentou dificuldade em estar presente na sessão alegando motivos profissionais e ainda impossibilidade por de não ter com quem deixar os seus familiares idosos no tempo em que estariam presentes na sessão. Ainda que o desenvolvimento da sessão com os oito cuidadores tivesse corrido conforme planeado relativamente aos conteúdos e propostas de promoção do autocuidado (APÊNDICE VII), no final da mesma foi colocada à consideração dos cuidadores informais alternativas que pudessem melhorar a adesão por parte dos cuidadores informais na segunda sessão agendada. Como soluções, surgiram após debate, as seguintes propostas de alteração, nomeadamente o horário, foi sugerido que este fosse adequado quer aos cuidadores em idade ativa quer aos já aposentados, foi colocada a hipótese de intervenção da Associação de Voluntários para que nessa altura pudessem substituir os cuidadores no cuidado aos familiares, de forma a possibilitar a presença dos cuidadores informais na próxima sessão de Educação para a Saúde agendada.

De acordo com a avaliação e sugestões obtidas após a realização da primeira sessão, a segunda medida corretiva aconteceu nesse seguimento, com vista a aumentar a adesão dos cuidadores informais às sessões de educação para a saúde, para promoção do autocuidado. Devido à preocupação demonstrada pelos cuidadores relativamente aos seus familiares dependentes, optou-se por realizar um encontro formal entre os cuidadores informais e os diferentes parceiros da comunidade, momento único, mas global para depois dar continuidade à promoção do autocuidado dos cuidadores informais através de planos de acompanhamento individuais adequado às suas disponibilidades e necessidades.

Foi então planeado a sessão conjunta, a qual teria como objetivo que os intervenientes se conhecessem, estabelecessem relação e em conjunto fosse possível colocar dúvidas, expor questões e analisar as respostas que foram, encontradas e estabelecidas nos dois outros níveis de intervenção ao longo do decorrer deste projeto, junto dos profissionais de saúde e dos parceiros sociais da comunidade. Esse encontro foi promovido sob a forma de Tertúlia de fim de tarde (APÊNDICE XII), após ter sido assegurado o cuidado aos familiares dos cuidadores durante o evento. Este momento foi planeado como forma de encerrar oficialmente o estágio clínico na UCC de Serpa, sendo este o momento de avaliação final do projeto de intervenção desenvolvido na comunidade.

Assim, aproveitou-se o momento - a Tertúlia, em que estiveram reunidos todos os elementos envolvidos no projeto, para divulgar os progressos realizados durante o desenvolvimento do PIC “*Serpa Promove a Qualidade de vida dos cuidadores Informais de idosos!*” quer na identificação dos recursos, quer através da dinamização da rede de parceiros sociais que se envolveram nesta causa, a qual visou a promoção da capacitação e empoderamento do cuidador informal de idosos para a promoção do autocuidado e melhoria da Qualidade de vida.

Foi através do envolvimento de todos os intervenientes, que foi possível atingir os objetivos específicos inicialmente delineados nomeadamente:

- A criação do Gabinete de Apoio ao Cuidador (GACI) na UCC de Serpa, futuro local de referencia para apoio, orientação e promoção do autocuidado dos cuidadores informais. Este recurso pretende também ser uma estrutura de referência para os profissionais quer da UCSP, quer da rede de parceiros sociais, nomeadamente para a avaliação da Qualidade de vida dos cuidadores informais do município de Serpa e para facultar o seu acompanhamento, orientação e integração na rede de apoio social;

- Apresentação da rede de apoio/recursos da comunidade ao cuidador informal – elaboração de flyer’s informativos contemplando os serviços de apoio disponíveis, os parceiros e estruturas locais envolvidas.

No que concerne às reuniões agendadas com os parceiros sociais foi cumprida a calendarização inicialmente planeada, sendo o projeto monitorizado desde o inicio, teve uma reunião intermédia para ponto de situação e para finalizar realizou-se a terceira reunião para

avaliação final. Importa salientar, a possibilidade de continuidade do desenvolvimento do projeto pela equipa da UCC, em conjunto com a autarquia local, uma vez que este foi considerado uma mais valia e um complemento às medidas existentes no município para promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, enquadrando-se assim tal como previsto nos respectivos eixos estratégicos de Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis (DGS, 2015b).

Através da sensibilização dos parceiros sociais para as necessidades identificadas pelos cuidadores informais, foram identificadas algumas possibilidades de participação social dos cuidadores informais em atividades na comunidade. Estas possibilitam o desenvolvimento de atividades de lazer, capacitação, desenvolvimento de novas competências e ainda a hipótese de relaxamento, as quais têm com objetivo principal promover a qualidade de vida dos participantes. A frequência destas atividades promovidas pela Universidade Sénior, Associação do Cante e/ou jardim terapêutico, tem em alguns casos um custo económico associado, embora outras sejam de carácter gratuito e outras a sua participação é mediante pagamento de um valor simbólico.

Apresentam-se as atividades promovidas pela Academia Sénior “Um projeto saudável”, nas áreas de conhecimento, as quais são de frequência gratuita e que foram identificadas como possibilidade para os cuidadores informais de idosos participarem de forma ativa na comunidade:

Artes (costura, bordados, pintura, teatro, cante artes decorativas, artes plásticas, música e fotografia)

Bem estar (Meditação e relaxamento)

Ciências (Psicologia positiva, saúde e bem estar)

Desporto (Boccia Sénior, Hidroginástica, ginastica)

Tecnologias de Informática

Letras (Historia de Portugal, Português, alfabetização, inglês, francês, direito)

Grupos de Ajuda mutua – terapia de grupo.

Salientam-se ainda como recurso ao cuidador informal, o Jardim terapêutico da Câmara Municipal de Serpa, que possibilita sessões de relaxamento, de *reiki* e outras atividades de promoção do bem estar e promoção da saúde; a Associação de Voluntários que está ativa e disponível para o apoio e prestação de cuidados diretos, os serviços de apoio domiciliário,

prestados pela santa casa da misericórdia de Serpa e Associação Flor do Enxoé. Esta última entidade, está a iniciar um projeto para promover a capacitação e ocupação de mulheres desempregadas de longa duração de forma a participar ativamente na comunidade. O projeto designado “*Dress a Girl Around the World – Portugal*”, fundado em 2009 consiste, basicamente, em fazer/doar vestidos para meninas que vivem em países carenciados. A maior parte destas pessoas sabe e gosta de costurar pelo que assim que haja luz verde para iniciar a operacionalização pode ser mais um recurso disponível, mesmo apartir do seu domicílio.

Salienta-se ainda o Projeto “*Dignitude*”, promovido pela União de Juntas de Freguesia, e onde a UCC é parceira, o qual visa o apoio através do financiamento da medicação necessária em doentes crónicos os quais apresentem dificuldades económicas, ou para famílias carenciadas que necessitam deste tipo de medicação para tratamento e controlo de doenças crónicas.

Também o Gabinete de Apoio Social da Câmara Municipal de Serpa tem para disponibilizar as famílias de idosos dependentes, o recurso do serviço de tele assistência.

Ainda a aguardar autorização da autarquia, ficou a possibilidade de divulgação do PIC junto da comunidade – utilizando os canais de comunicação da comunidade: jornal e agenda cultural do município. Das atividades contempladas, a única que foi exceção foi o evento convívio “Natal em Rede” dos cuidadores informais, pois esta época do ano em que foi planeado encontra-se por si repleta de múltiplos significados simbólicos relacionados com os momentos em família, de ordem religiosa, de recolhimento, não estando por isso reunidas as condições para que no momento agendado fosse avançado o desafio inicialmente planeado.

Para melhor percepção dos resultados obtidos, através da realização das diferentes intervenções realizadas ao longo do projeto de intervenção comunitária, apresentam-se os indicadores de processo inicialmente estabelecidos na tabela que se segue.

Tabela 7 – Avaliação dos Indicadores de Processo

Indicador	Tipo	Numerador	Denominador	Meta	Atingido
1- Percentagem de Sessões de educação para a saúde realizadas com o cuidadores	Processo	Número de sessões realizadas	Número de sessões previstas	100%	100%
2 - Percentagem de Flyer's distribuídos	Processo	Número de Flyer's realizados	Número de Flyer's distribuidos	75%	80%
3- Percentagem de reuniões realizadas com os parceiros sociais	Processo	Número de reuniões realizadas	Número de reuniões agendadas	75%	100%
4- Existência do Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal	Resultado	-----	-----	Um gabinete de apoio	Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal na UCC

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Pretende-se neste capítulo descrever e refletir sobre as atividades realizadas no decorrer do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, as quais proporcionaram durante o desenvolvimento do processo de aprendizagem a aquisição de novas competências subjacentes ao perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública de acordo com definido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º128/2011, 2011).

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ocupa um papel fundamental nos Cuidados de saúde Primários, uma vez que através da sua prática globalizante centrada na comunidade, desenvolve capacidades para a resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de promover sociedades mais fortes e dinâmicas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública após o seu percurso de formação especializada, é detentor de competências as quais lhe permite dar resposta adequada às diferentes situações de saúde colocadas, baseando-se na realização da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública. Por outro lado, este profissional está igualmente capacitado para desenvolver programas/projetos de intervenção, em prol da capacitação e empoderamento das comunidades e da promoção do exercício da cidadania, uma vez que atua em múltiplos contextos e promove o

“acesso aos cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas (...) estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político”(Regulamento n.º128/2011, 2011, p.8667).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foram mobilizadas e adquiridas as seguintes competências no decorrer do estágio clínico:

- Estabelece, com Base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a Avaliação do Estado de Saúde de uma Comunidade

A consolidação desta competência definida pela OE contempla todo o processo de planeamento em saúde atendendo às diferentes etapas que o constitui.

No decorrer do estágio foi desenvolvido o Projeto de Intervenção Comunitária “*Serpa* Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de idosos!”, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde. Na primeira etapa, foi realizado o diagnóstico de saúde através da avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos no domicílio, de uma equipa de saúde da UCSP de Serpa. Considerando as orientações da OMS sobre QdV e do PNS nomeadamente, os seus quatro eixos estratégicos, através do método de Halon definiram-se as prioridades de intervenção, tendo sido considerado o défice de autocuidado e a participação social dos cuidadores informais as áreas prioritárias a intervir. Formulados os objetivos e definidas as estratégias face às necessidades identificadas decidiu-se desenvolver o projeto em três níveis: individual (cuidador informal) promovendo o autocuidado e capacitação do cuidador, grupo (profissionais de saúde UCC e UCSP) sensibilização dos profissionais para monitorizar os cuidadores informais das suas equipas de saúde, e ambiente (parceiros da comunidade) enquanto facilitador da criação de ambientes favoráveis à participação do cuidador informais em atividades da comunidade, bem como possibilitar o apoio pela rede de apoio social. Foram considerados os recursos materiais e humanos disponíveis para a realização das diversas atividades do projeto de intervenção. Na etapa final, foi realizada a avaliação das atividades desenvolvidas e os ganhos que o projeto trouxe para os grupos envolvidos. Desta forma foi demonstrado que se atingiu a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

- Contribui para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades

Por capacitação de grupos e comunidades entende-se o empoderamento das pessoas/comunidades. A finalidade é proporcionar às populações as formas de fazer por si utilizando os seus recursos para que possam ter um papel ativo na definição das suas escolhas e na tomada de decisões com vista à obtenção do controlo da própria saúde.

Através da análise dos critérios da avaliação da unidade de competência G2.1. *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania”* (Regulamento n.º128/2011, 2011, p.8667), verifica-se que o projeto desenvolvido teve como principal intuito a mobilização dos parceiros locais da comunidade (Rede de ação Social). Verificou-se uma articulação entre as equipas de saúde, os parceiros sociais, autarquia, juntas de freguesias e associação de voluntários. A mobilização e participação dos referidos parceiros e grupos da comunidade foi fundamental para identificar as possibilidades de minimizar as necessidades identificadas pelos cuidadores informais nomeadamente, através da identificação de atividades da comunidade que o cuidador informal possa integrar para aumentar a sua participação, promover o seu autocuidado e desta forma melhorar a sua QdV. Atendendo ao preconizado nesta unidade de competência, relativamente aos critérios de avaliação, planeou-se realizou-se e foi implementado o projeto de intervenção comunitária tendo em conta as particularidades do grupo de cuidadores informais (aposentados/ativos) cujo objetivo foi assegurar o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados, ajustados e de proximidade. Analisando a intervenção realizada, pode-se dizer que foram desenvolvidos processos de desenvolvimento individual e organizacional, com vista à capacitação dos cuidadores informais no que concerne ao autocuidado, mas também à promoção participação em atividades na comunidade promovidas pelos diferentes parceiros.

Tendo em conta a unidade de competência G2.2. *“Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais”* (Regulamento n.º128/2011, 2011, 8668). O projeto de intervenção teve como objetivo geral a capacitação e empoderamento do autocuidado do cuidador informal, através da realização das sessões de educação para a saúde foram mobilizados conhecimentos em diversas áreas inerentes às necessidades de autocuidado dos cuidadores informais. Foram abordados temas e conceitos que se adequaram ao público, os quais se inserem em múltiplas áreas do cuidado, que se interacionam entre si aquando mencionados, uma vez que existem vários domínios que contribuem como vimos ao longo da análise dos dados que contribuem para uma melhor ou pior QdV. Desta forma, as áreas do cuidado instrumental, Domínios físico, psicológico, ambiente e relações sociais formam um todo que estabelece um contínuo dinâmico de interação.

Em todas as atividades realizadas ao longo do desenvolvimento do projeto, houve necessidade de interagir com os vários intervenientes nos três níveis intervenção programados, deste modo, foi importante ter presente a unidade de competência G2.3.: *“Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”* (Regulamento n.º128/2011, 2011. p.8668). No desenvolvimento das várias intervenções foi necessário adequar tanto a linguagem, como a postura, de forma a que a mensagem a transmitir fosse naturalmente apreendida e de encontro ao pretendido para satisfazer as necessidades destes dois grupos tão distintos (cuidadores informais, e parceiros da comunidade). De igual forma, os materiais elaborados para distribuição (flyer’s e cartaz) tiveram em conta o contexto e os receptores da mensagem que se pretendia disseminar, pois neles existia informação que era necessário que o cuidador informal apreendesse, optando-se por uma mensagem simples, breve e adequada, possibilitando como alternativa a oportunidade de contatar a equipa da UCC sempre que necessário e em caso de dúvida.

- Integra a Coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde

No desenvolvimento do presente projeto, houve a preocupação de ir ao encontro do preconizado pelo PNS 2012-2016, pelo PNSPI (2006) e WHO (2009), para a concretização de alguns dos objetivos, nomeadamente: a promoção de contextos favoráveis à saúde e envelhecimento ativo das populações idosas, para desenvolver intervenções em parceria para a melhoria das condições de qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos.

“Identificar os problemas de saúde e as oportunidades de promoção de saúde prioritárias no seu contexto e nível de atuação e procurar pro ativamente a colaboração e contribuição de instituições e recursos fora do sector da saúde em respostas sinérgicas e articuladas” (PNS, versão resumo, 2013, p.66).

Para reforçar as medidas de promoção da saúde e da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos, a existência de uma rede de apoio de carácter multidisciplinar, é de extrema importância, pois desta forma para além dos programas de vigilância de saúde dos cuidadores e dos seus familiares idosos, a vertente de suporte social permite facilitar a interajuda e a autonomia para a participação social em atividades na comunidade. Através da implementação deste projeto, é possível verificar-se ganhos em saúde e melhoria da QdV dos Cuidadores informais, através da capacitação do autocuidado dos cuidadores informais, permitindo a promoção e manutenção da capacidade funcional, mas também a psicológica e emocional,

através da sua participação ativa na sociedade, e desta forma adoptar medidas com vista à melhoria da QdV.

4. CONCLUSÃO

Se considerarmos as projeções relativas às alterações demográficas para os próximos anos, verificamos que o fenómeno de envelhecimento populacional tende a agravar-se. Prevê-se que irá permanecer o aumento significativo de pessoas idosas tendo estas, cada vez mais idade devida ao aumento da esperança média de vida. Este acréscimo do número de idosos e da longevidade faz-se acompanhar pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e pelo declínio da capacidade funcional que muitas vezes se associa em níveis variados de dependência.

As alterações dos padrões epidemiológicos colocam sobre os sistemas de saúde e sistemas sociais uma pressão continua no sentido de dar resposta às questões relacionadas com o aumento da procura. Esta ocorre devido à falta de outros recursos, pois também as estruturas familiares sofreram alterações nos últimos tempos. Ainda assim, são maioritariamente as famílias quem assume os cuidados necessários aos mais idosos em situação de dependência em casa no seio da família.

A necessidade da presença por vezes contínua de quem cuida, junto dos idosos implica alterações significativas na qualidade de vida destes cuidadores informais, levando progressivamente a que também eles venham a manifestar necessidades de apoio. A sua dedicação aos mais dependentes, por vezes por tempo indeterminado e prolongado faz com que se coloquem em segundo plano tornando-se progressivamente o cuidado numa experiência que pode ter impactos negativos nas suas vidas e consequentemente na vida de quem é cuidado. Este papel de cuidador exige de quem o assume dedicação e esforço, o que acarreta maiores dificuldades para cuidadores com idades mais avançadas. Atendendo às alterações demográficas, será esse o cenário do futuro, será cada vez mais frequente encontrar idosos a cuidar de outros idosos. O papel de cuidador informal de um idoso, geralmente acontece de forma natural não planeada e os familiares acolhem essa responsabilidade sem prévia preparação, fazendo o melhor que podem para ajudar. O desempenho deste papel transforma a vida de quem cuida e de quem é cuidado, por um lado verificam-se as exigências e responsabilidades, por outro a dualidade de sentimentos de dever moral, de gratificação e sentimento de dever cumprido. Os cuidadores informais representam atualmente uma figura importante no processo de prestação de cuidados, pois são eles que asseguram a continuidade dos cuidados entre as intervenções dos cuidadores

formais, no entanto continuam a não ser consideradas neste âmbito as suas necessidades, pois o foco continua apenas no utente e pessoa dependente.

A avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais é um importante indicador aquando da avaliação do estado de saúde das populações, atendendo às alterações demográficas constatadas. Todos estes fatores têm suscitado reflexões e inquietações sobre a qualidade de vida das pessoas que dedicam grande parte das suas vidas a cuidar de outrem, em especial das pessoas idosas. A preocupação com a qualidade de vida das pessoas idosas reconhece à partida a necessidade de promover respostas que preparem e acompanhem a etapa do desenvolvimento humano em que o declínio se torna inevitável existindo cada vez mais a necessidade de abordá-lo com uma visão holística e multidimensional.

Esta análise e conhecimento permitirá o planeamento de estratégias de intervenção no âmbito da Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública junto das pessoas que assumem o importante papel de cuidador informal de idosos na sociedade atual.

Face ao exposto pareceu-nos relevante desenvolver um estudo que permitisse avaliar a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos que prestam cuidados em contexto de domicílio. O estudo de natureza descritivo, exploratório, transversal de abordagem quantitativa, foi realizado a uma população de 16 cuidadores informais inscritos na UCSP de Serpa, os quais responderam aos instrumentos de colheita de dados WHOQOL-Bref e WHOQOL-OLD no período de 2 de Maio a 17 de Junho de 2017. Considerando os resultados obtidos, em muito similares aos estudos desenvolvidos na literatura, verificou-se que a maioria dos cuidadores informais eram mulheres, 43,7% tinham idades superiores a 65 anos, metade tinha uma doença crónica e não recebia qualquer tipo de apoio na prestação de cuidados (18,8%). Dos cuidadores informais estudados, 37,5% considera a sua QdV Boa, 37,5% considera a sua QdV nem boa nem má, 18,8 % considera a sua QdV má e 6,3% considera a sua QdV muito má. Da análise dos resultados pode inferir-se que para os cuidadores informais, o desempenho do seu papel de cuidador é uma situação que está inerente e que acarreta da sua parte responsabilidade de cuidado para com o seu familiar, não sendo a sua qualidade de vida um fator preponderante seu dia a dia. Parece-nos claro que os resultados do estudo revelam alguma resignação relativa às suas necessidades e sentimentos em prol da resposta que precisa dar ao seu familiar. Atendendo aos problemas identificados e às necessidades percebidas pelos cuidadores informais do estudo, com base na metodologia de planeamento em saúde foi desenvolvido um projeto de

intervenção comunitária com vista à promoção da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos em contexto de domicílio.

Denominado por “*Serpa* Promove a Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos!”, o projeto baseou-se no Modelo Conceptual de Enfermagem, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, na estratégia global e plano de ação sobre envelhecimento e saúde (2016 - 2020) da OMS, na Rede global da OMS de cidades e comunidades amigas dos idosos e no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015c), nomeadamente nos “*quatro Eixos Estratégicos transversais*”: *Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis*” (DGS, 2015, p.13).

As estratégias selecionadas tiveram como objetivo promover o autocuidado e a capacitação dos cuidadores informais de idosos por um lado, mas por outro procuraram o envolvimento e a colaboração das entidades sociais existentes na comunidade, de forma a criar um ambiente favorável que promovesse o apoio ao cuidador informal no desempenho do seu papel, e que simultaneamente possibilitasse a sua participação social, integrando-o em atividades na comunidade.

Para a execução deste projeto foram planeadas estratégias de intervenção que decorreram a três níveis: individual (com os cuidadores informais), grupos/comunidade (com o grupo dos cuidadores informais, profissionais de saúde da UCSP e UCC) e ambiente (com o envolvimento dos parceiros locais da comunidade).

Os principais resultados obtidos durante a fase de execução foram o envolvimento dos parceiros locais, que se interessaram após a sensibilização para a causa inicialmente identificada, manifestando vontade em contribuir no trabalho já iniciado. O outro resultado digno de registo foi a adesão dos cuidadores informais às (novas) respostas identificadas para promoção do autocuidado, bem como a sua participação em atividades da comunidade, as quais se encontram disponíveis em várias áreas e a custos acessíveis, garantindo assim a equidade no acesso e na frequência.

O desenvolvimento do PIC parece assim ter sido apreciado na comunidade e junto dos cuidadores informais. Quando avaliados os indicadores de processo, verificou-se que a intervenção realizada no âmbito da Educação para a Saúde dirigida à população estudada influenciou positivamente a adesão à promoção do autocuidado, reforçando desta forma a

importância deste tipo de intervenções junto dos grupos de cuidadores informais. Foram criadas as estruturas para que estes possam ser esclarecidos, apoiados e orientados para uma rede de apoio social que facilite o desempenho do seu papel de cuidador. Salienta-se que este projeto veio preencher uma lacuna na localidade, pois vai além do cuidado cujo foco é apenas o utente, dando continuidade a esta metodologia, podem ser melhoradas as condições dos cidadãos tornando-os mais envolvidos e participativos nas tomadas de decisão no desenvolvimento a nível local. Melhorando estruturas e processos, promoveu-se desta maneira um ambiente favorável a um envelhecimento ativo e saudável em que é possível consagrar e mensurar o bem estar e Qualidade de Vida dos seus cidadãos em geral.

Importa referir que este estudo incidiu sobre uma área ainda que muito investigada, apresenta ainda pouca visibilidade junto da sociedade geral. O cuidado informal de idosos em contexto familiar é dotado de responsabilidades específicas e ainda muito confinadas ao seio familiar, o que faz com que continuem despercebidas as necessidades vivenciadas por quem cuida para sociedade em geral, e ao poder político em particular. Esperamos que os resultados deste trabalho sejam mais um contributo para os profissionais e investigadores, assim como os decisores políticos locais, uma vez que como podemos verificar, a ação integrada e coordenada de todos os setores da comunidade é possível de operacionalizar e trazer melhorias bem como respostas às necessidades hoje sentidas pelas populações.

Face ao percurso desenvolvido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem assim um papel privilegiado em virtude das competências adquiridas, uma vez que o seu entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, revela uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes em diferentes contextos (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

O processo de aquisição de competências desenvolvido ao longo do processo de aprendizagem durante a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem no geral, e no estágio em particular, revelaram-se um fator de extrema importância para o crescimento enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública. A concretização deste Projeto de Intervenção Comunitária, baseado na metodologia de planeamento em saúde, permitiu a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuiu para o desenvolvimento de todo um processo de capacitação de grupos mais vulneráveis inseridos numa comunidade.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M., & Ander-Egg, E. (2012). *Diagnóstico social. Rede Social de Serpa*.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Anjos, K. F., Boery & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto E Contexto Enfermagem*, 23(3), 600–608.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072014002230013>
- Areosa, S., Henz, L., Lawisch, D., & Areosa, R. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 482–494.
<https://doi.org/10.15309/14psd150212>
- Buitrago-Echeverri, M., Ortiz-Rodríguez, S. & Eslava-Albarracín, D. (2010). Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. *Investig. Enferm.* 12(1), 59–77. <https://doi.org/ISSN 1405-6666>
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*.
- Canavarro, M. C.; Serra, A. V. (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3(3), 243–268.
[http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade de vida e saúde.pdf](http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20saude.pdf)
- Carreño Moreno, S., & Chaparro Diaz, L. (2015). Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado: una metasíntesis. *Avances En Enfermería*, 33(1), 55–66. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48103>
- Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Comunitária e De Saúde Pública (2011).
www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf

- Crisp, N.; Berwik, D.; Kickbusch, I.; Bos, W.; Antunes, J. L.; Barros, P. P.; Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar*.
- DGS. (2006). PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS. *Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares » Objetivos*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- DGS. (2015a). Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020. *Direcção Geral Da Saúde*, 38.
- DGS. (2015b). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. *Plano Nacional de Saude*, 38. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.
- DGS. (2015c). *Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão a 2020*.
<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.
- Diogenes, M., & Pagliuca, L. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre*, 2(3), 286–293.
<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4458>
- Diogo, M., Ceolim, M. & Cintra, F. (2005). Orientações para idosas que cuidam de relato de experiência idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 39(1), 97–102. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100013>
- Eurocarers. (2017). The relevance of EU policy development to carers and vice versa.
- Figueiredo, C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Aparecida, R. (2013). Functional dependency of older individuals and caregiver burden.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem de Família Um Contexto do CuidarMaria Henriqueta Figueiredo.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)
- Figueiredo, M. H., Martins, Silva, L. W., & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento : contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11–22.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da

- Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33–38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- Gabinetes dos Ministros Adjunto, das Finanças, do Trabalho, S. e S. S. e da S. (2016). Despacho n.º 12427/2016. *Diario Da Republica*, 2.^a Serie - n.º 199 -17 de Outubro de 2016, 30783–30784. <https://dre.pt/application/file/a/75534085>
- Gallo, D., & Bessa, E. (2016). Qualidade de Vida Urbana como Política Pública : o movimento cidades saudáveis Urban Quality of Life and Public Policy : movement healthy cities Calidad de vida urbana y política pública : los municipios saludables. *Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades*, 4, 14–23.
- Gordia, A., Quadros, T., Oliveira, M., & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 40–52. <https://doi.org/10.3895/S2175-08582011000100005>
- Guerra, H., Almeida, N., & Souza, M. (2017). Reflection on the public home care caregivers profiles. *Fisioterapia Em Movimento*, 30(June), 227–235.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia de Planeamento em Saúde: Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2012a). *Censos 2011 - Resultados Definitivos Alentejo*.
- INE. (2012b). *Censos 2011 - Resultados Definitivos Portugal*.
- INE. (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010010400001>
- Loureiro, I., Miranda, N., & Pereira Miguel, J. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 31(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
- Martins, C., Corte, A., & Marques, E. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso the difficulties of informal caregivers in providing care to the elderly*.
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura (Portuguese). *Revista de Enfermagem Referência IV n.º 2*, 4(2), 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>

- Ministério da Saúde. (2011). *Estratégias para a Saúde IV. Objectivos para o Sistema de Saúde*
1) *Obter Ganhos em Saúde*.
- Modena, C., & Savassi, L. (2013). Artigos de revisão as diferentes facetas do sofrimento daquele que cuida : uma revisão sobre o cuidador The different facets of the suffering of the person who gives care : a review about the caregiver. *Revista APS, 16*(3), 313–319.
- Monteiro, R. , Silva, L., Gomes, C., Lucena, A., & Vieira, K. (2015). Idosos Comunitários: Avaliação da Qualidade de Vida. *Revista Cienc. Saúde Nova Esperança, 13*(2), 51–59.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. Relatório da primavera de 2017: Viver em Tempos Incertos. Coimbra: Escola Nacional de Saúde Pública; Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Universidade de Évora, Faculdade de Farmácia de Lisboa, 2017.
- OE. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Lisboa § (1996).
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- OE. (2011a). Parte e - Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*, 40918–40920.
- OE. (2011b). Regulamento n.º 128/2011 Regulamento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 47 — 8 de Março de 2011, 2000*(anexo V), 8667–8669.
- OE. (2015). Regulamento n.º 348/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República, N.º 118, 2.ª Série — 19 de Junho de 2015*, 16481–16486.
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- OECD. (2011). The Impact of Caring on Family Carers. In *Statistics Canada* (pp. 1–21).
<https://doi.org/10.1162/ISEC>
- OECD. (2013). *Help wanted? providing and paying for long-term care. Statistics Canada*.
<https://doi.org/10.1162/ISEC>
- ONU. (2015). World population ageing. *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nat*((ST/ESA/SER.A/390), 164.

<https://doi.org/ST/ESA/SER.A/390>

- Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. *Hong Kong Nursing Journal* (Vol. 50). <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- Paulo, M., Teixeira, A., Jotz, G., Barba, M., & Bergmann, R. (2008). Avaliação da Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos Portadores de Deficiência Auditiva : Influência do Uso de Próteses Auditivas. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*, 12(1), 28–36.
- Pedroso, R., & Brito, I. (2014). *Saúde dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem: Estudo de Contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Queirós, P., Vidinha, T. & Almeida Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º128/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 8667–8669.
- Rodrigues, S., Watanabe, H. & Derntl, A. (2006). The Health of the Elderly That Care for Elders. *Revista Escola Enfermagem USP*, 40(4), 493–500.
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 40(Supl 3), 5–15. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75068-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75068-X)
- Santos, R., Santos, P., Santos, V., & Duarte, J. (2013). A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(11), 37–48. <https://doi.org/10.12707/RIII1210>
- Saraiva, D. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores : Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador, 135.
- Scholarship, T. O. J. of the I. O. S. for N. S. and. (2013). Self-Care, Dependent-Care & Nursing. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 20, nº1(69), 1–10.
- Silva, D., & Silva, E. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, (30), 103–119. <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>

- Sousa, F., Goulart, M., Braga, A., Medeiros, C., Rego, D. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Revista de Saúde Pública*, 1–10.
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>
- Souza, D., & Rua, M. (2013). *Cuidadores informais de Pessoas idosas Caminhos de Mudança*.
- Tarricone, R., & Tsourus, A. D. (2008). Home care in Europe. The solid facts. *World Health*, 46. https://doi.org/http://www.euro.who.int.libaccess.lib.mcmaster.ca/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf.
- Tavares, A. (1990). *Metodos e Tecnicas de Planeamento em Saude.pdf*.
- UCC de Serpa. (2015). *Plano de ação da UCC de Serpa 2015*.
- ULSBA, E. (2016). *Relatório e contas*. www.bcv.cv
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., João Quartilho, M., Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(271), 41–49.
- Vieira, L., Nobre, J., Bastos, C. & Tavares, K. (2012). Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia, Rio de Janeiro*, 15(2), 255–264. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200008>
- Vilar, M.; Sousa L. & Simões, M. R.(2015). *WHOQOL-OLD Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde*.
- Vilar, M. (2015). *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*.
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., & Cruz, C. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa : Resultados da implementação de grupos focais
Adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the Portuguese population : Results of focus groups implementation. *Rev Iberoam Diagn Ev*, 37(1), 71–95.

- Vilar, M., Sousa, L., & Simões, M. (2009). World health organization quality of life - old module (whoqol-old).
- Vitor, A., Lopes, M., & Araujo, T. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(3), 611–616. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>
- WHO. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. versão portuguesa de Global age-friendly cities: a guide. Tradução: Fundação Calouste Gulbenkian.* http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf
- WHO. (2014). Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *Psychological Science*, 25(9), 1682–1690. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- WHO. (2015a). Global strategy and action plan on ageing and health (2016 -2020), 10. <http://who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>
- WHO. (2015b). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services.* <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>
- WHO. (2015c). *World report on Ageing And Health. Relatório.* <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- WHO. (2015d). *World Report on Ageing and health.pdf* <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9?sequence=1>
- WHO. (2017). *Integrated care for older people Guidelines on Community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity.*
- WHO, E. (2016). *Creating age-friendly environments in Europe.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/333702/AFEE-tool.pdf?ua=1

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados WHOQOL – Bref

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1 ^o -4 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	5 ^o -6 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	7 ^o -9 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	10 ^o -12 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
	Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO II – Instrumento de Colheita de Dados WHOQOL- OLD

WHOQOL-OLD

(Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005; versão portuguesa: Vilar, Sousa, & Simões, 2009)

Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspectos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo"

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados

Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro. Por exemplo, deve escolher o número ④, se se preocupou "Muito" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número ①, se não se preocupou "Nada" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma *muito acentuada*, escolha o número correspondente a "Muitíssimo" ⑤. Se *não as sentiu*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Muitíssimo", poderá responder que sentiu "Pouco" ②, "Nem muito nem pouco" ③ ou "Muito" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

1. (F25.1) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2. (F25.3) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3. (F25.4) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. (F26.1) Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5. (F26.2) Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memórias e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74169- Fundação Calouste Gulbenkian- IR- Mário B. Simões)

6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

7. (F29.2) Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

9. (F29.4) Tem medo de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

10. (F29.5) Receia sofrer antes de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto experimentou ou conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer *perfeitamente* estas coisas, escolha o número correspondente a "Completamente" ⑤. Se *não as conseguiu fazer*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Completamente", poderá responder que conseguiu "Pouco" ②, "Moderadamente" ③ ou "Bastante" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Tem actividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu.

Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

15. (F27.5) Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas actividades que realiza?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "Muito Mau-Muito Bom"

20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?

Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo".

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente".

23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética ULSBA, EPE

**EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO n.º 07/2017 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 08.09.2017 (Ata nº 48, Ponto 4.2.1)**

Aos quatro dias do mês de setembro de dois mil e dezassete, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Ana Luísa Bacelar, Juíza Desembargadora, Francisco António Revés Barrocas, Assessor de Psicologia Clínica, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Maria Margarida Carvalho de Brito Rosa, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não puderam estar presentes, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção, Garantia da Qualidade, e Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, que justificaram a sua ausência. -----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

««PONTO QUATRO – Pedido de autorização para recolha de dados para o Estudo «Avaliação da Qualidade de vida dos idosos cuidadores de idosos no domicílio», na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Serpa, a realizar pela Enfermeira Mariana José Borrelfo Galado.-----

A Comissão de Ética nada tem a opor. -----

Beja, 21 setembro 2017

A Presidente da Comissão de Ética

**ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação de Saúde Humana e Bem
–Estar Universidade Évora**



Documento 1 8 0 4 3

**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. Armando Raimundo, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Serpa Promove Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!" da investigadora **Mariana José Borrelho Galado** (mestranda) e Prof.ª Doutora Ana Maria Barros Pires (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Declaração de Consentimento Informado

Consentimento Informado

Estou de acordo em participar no Estudo “Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos enquanto cuidadores de Idosos no Domicílio”, integrado na investigação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública pela Universidade de Évora, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade de Serpa (UCC).

Foi-me dada uma explicação integral da natureza e objetivo deste estudo, bem como me foi concedida a possibilidade de analisar e esclarecer todos os aspectos que me parecem pertinentes.

Sei que tenho a liberdade para abandonar o estudo, se esse for o meu desejo. A minha identidade não será revelada e os meus dados serão mantidos de forma confidencial. Concordo que os dados obtidos durante a minha participação no estudo sejam analisados pela investigadora responsável pelo mesmo.

Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se destina.

Data:

____/____/____

Assinatura:

APÊNDICE II – Pedido Autorização para Aplicação Questionário WHOQOL-Bref
Versão Portuguesa – Professora Doutora Cristina Canavarro

De: Mariana Galado - ULSBA [REDACTED]
Data: quarta-feira, 10 de maio de 2017, 23:20
Para: "mccanavarro@fpce.uc.pt" [REDACTED]
Assunto: Avaliação da Qualidade de vida de idosos enquanto cuidadores informais

Exmª Srª Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro,

Chamo-me Mariana José Borralho Galado, sou enfermeira na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, onde desenvolvo a minha prática no âmbito do grupo de trabalho de Prevenção e Controlo de Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos.

Atualmente estou a frequentar o I Curso de Mestrado em Associação na Universidade de Évora - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública, 1º ano 2º Semestre.

No decorrer do estágio de ensino clínico - Em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, pretende-se que seja desenvolvido um Projecto de Intervenção Comunitária, estou nesta fase a conhecer a comunidade onde estou integrada, no Alentejo - concelho de Serpa, Distrito de Beja, onde a maioria da população é idosa.

De entre as necessidades/possibilidades para desenvolver o projecto, identifiquei a área que me suscitou especial interesse uma vez que na unidade de saúde onde estou a iniciar o meu estágio os cuidadores informais são com frequência idosos que cuidam idosos.

Durante a pesquisa bibliográfica que fiz sobre o assunto, cheguei até ao trabalho que tem desenvolvido e ao instrumento de avaliação da qualidade de vida do WHOQOL: versão para Portugues de Portugal dos instrumentos da Avaliação de Qualidade de Vida da OMS.

Gostaria, caso me permitisse, de desenvolver o meu projecto de intervenção comunitária nesta area, utilizando o instrumento para avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais idosos que cuidam de idosos no domicilio.

Pretendo identificar que necessidades têm? Serão elas no contexto onde a intervenção dos cuidados de enfermagem é essencial ou serão necessários outros recursos existentes na comunidade onde estão inseridos, e de entre estes quais? Em que dimensões?

Envio em anexo o formulário preenchido tal como orientações para solicitar acesso/autorização para utilização do instrumento no desenvolvimento do estudo - Projecto de Intervenção comunitária junto dos cuidadores Informais da UCC de Serpa.

Atenciosamente,

Mariana Galado

De: Cristina Canavarro [REDACTED]
Enviado: 12 de maio de 2017 10:48:27
Para: Mariana Galado - ULSBA
Cc: Manuela Vilar; Cláudia Melo
Assunto: Re: Avaliação da Qualidade de vida de idosos enquanto cuidadores informais

Cara Enfª Mariana Galado,

A Dra. Cláudia Melo fará o favor de lhe enviar a versão portuguesa do instrumento e respetiva documentação.

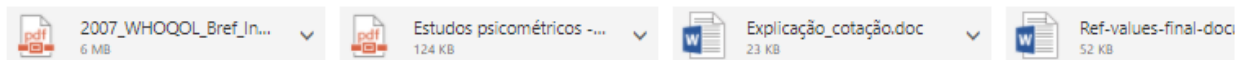
No entanto, tendo em conta o que refere, será importante contactar a Profª Manuela Veríssimo, responsável pela versão portuguesa do WHOQOL-old.

Com os melhores cumprimentos

MCristina Canavarro

.....
Maria Cristina Sousa Canavarro
Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção Psicológica (UNIP) da Maternidade Daniel de Matos
[REDACTED]

Itens Enviados



Mostrar todos os 5 anexos (7 MB) Transferir tudo

De: Cláudia Melo [REDACTED]
Enviada: terça-feira, 16 de maio de 2017 09:47
Para: Mariana Galado - ULSBA
Assunto: Fwd: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref

----- Mensagem encaminhada -----

De: Cláudia Melo [REDACTED]
Data: 15 de maio de 2017 às 12:46
Assunto: Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref
Para: [REDACTED]

Cara Sra. Enfermeira Mariana José Galafo,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em [REDACTED].

Mais ainda lhe sugiro que, tendo em conta que pretende avaliar a qualidade de vida de população idosa, solicite o acesso à versão portuguesa do WHOQOL-Old. Para tal deverá contactar o Professor Doutor Mário Simões [REDACTED] e/ou a Dra. Manuela Vilar [REDACTED].
Atente que o WHOQOL-Old é um instrumento que avalia os domínios da versão geral do instrumento WHOQOL e possui um módulo específico para população idosa. Por este motivo, ao escolher utilizar o WHOQOL-Old, não fará sentido utilizar simultaneamente o WHOQOL-Bref.

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida
Atenciosamente,
Cláudia Melo.

APÊNDICE III – Pedido Autorização para Aplicação Questionário WHOQOL-OLD

Versão Portuguesa – Professor Doutor Mário Simões

Dr^a Manuela Vilar

Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos WHOQOL -OLD



Mariana Galado - ULSBA

ter 16-05-2017, 10:47



Responder a todos | v

Itens Enviados

Esta mensagem foi enviada com importância alta.

Exm. Sr. Professor Doutor Mário Simões,

Exm.ª Sr.ª Professora Doutora Manuela Vilar,

Chamo-me Mariana José Borrelfo Galado, sou enfermeira na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, onde desenvolvo a minha prática no âmbito do grupo de trabalho de Prevenção e Controlo de Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos.

Actualmente, estou a frequentar o I Curso de Mestrado em Associação na Universidade de Évora - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública, 1º ano 2º Semestre.

No decorrer do estágio de ensino clínico - Em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, pretende-se que seja desenvolvido um Projecto de Intervenção Comunitária, estou nesta fase a conhecer a comunidade onde estou integrada, no Alentejo - concelho de Serpa, Distrito de Beja, onde a maioria da população é idosa.

De entre as necessidades/possibilidades para desenvolver o projecto, identifiquei a área que me suscitou especial interesse uma vez que na unidade de saúde onde estou a iniciar o meu estágio os cuidadores informais são com frequência idosos que cuidam idosos.

Durante a pesquisa bibliográfica que fiz sobre o assunto, cheguei até ao trabalho que tem desenvolvido e ao instrumento de avaliação da qualidade de vida do WHOQOL: versão para Português de Portugal dos instrumentos da Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, já contactei a Professora Doutora **Cristina Canavarro** que me fez chegar o mesmo e respectiva sugestão para entrar em contacto com V.ªs Ex.ªs, no sentido de solicitar autorização e respectivo instrumento mais adequado para a Avaliação da Qualidade de Vida em cuidadores idosos – WHOQOL-OLD validado para Português de Portugal e população idosa.

Gostaria, caso me permitisse, de desenvolver o meu projecto de intervenção comunitária nesta área, utilizando o instrumento para avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais idosos que cuidam de idosos no domicílio.

Pretendo identificar que necessidades têm? Serão elas no contexto onde a intervenção dos cuidados de enfermagem é essencial ou serão necessários outros recursos existentes na comunidade onde estão inseridos, e de entre estes quais? Em que dimensões?

Atenciosamente,

Mariana Galado

De: Maria Manuela Vilar

Enviada: quarta-feira, 24 de maio de 2017 12:02

Para: Mariana Galado - ULSBA

Assunto: Autorização WHOQOL-OLD

Dra. Mariana Galado,

cordiais saudações!

envio, em anexo, os materiais relativos ao WHOQOL-OLD (manual, questionário e folha com descritores) e alguns textos que poderão ser úteis para situar a utilização da versão portuguesa do instrumento (estudos de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa de adultos idosos). Saliento que, para salvaguardar a correcta utilização do instrumento e interpretação de resultados, a colaboração com profissional de Psicologia seria o aconselhado.

Votos de bom trabalho/projecto, para vós

atenciosamente

Manuela Vilar

APÊNDICE IV – Projeto de Intervenção Comunitária:

“Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!”

Apresentação do Projecto de Intervenção Comunitária - UCC Serpa:

“Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!”

Eu, Mariana José Borrelfo Galado, enfermeira a realizar neste momento o estágio final de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Serpa, sob Orientação e Colaboração da Sr^a Enf^a Ana Paula Safara pretendo de forma breve e clara, apresentar-lhe o Projecto de Intervenção Comunitária elaborado após a prévia avaliação e diagnóstico de saúde da Comunidade, o qual foi realizado numa primeira fase, tendo por base a metodologia de Planeamento em saúde.

O Projecto - Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!, surge após a realização do estudo, cujo objetivo geral foi avaliar a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de idosos em contexto de domicílio na cidade de Serpa.

É um projecto de Intervenção comunitária, dirigido a todos os cuidadores informais da comunidade do município de Serpa. Tem como finalidade capacitar os Cuidadores Informais que cuidam de idosos no domicílio, na promoção da melhoria da sua Qualidade de Vida.

É importante que os cuidadores informais possam investir no seu autocuidado, que cuidem de Si e desta forma possam melhorar a sua Qualidade de Vida. Os ganhos daí resultantes em saúde são evidentes, quer para os utentes que beneficiam dos seus cuidados - idosos, quer para os próprios cuidadores, enquanto parceiros na prestação de cuidados.

O envolvimento da comunidade é importante para a promoção da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais.

É importante salientar e divulgar junto da comunidade em geral o importante papel que estas pessoas desempenham junto de familiares, amigos que devido a um ou outro motivo necessitam de cuidados diariamente.

Esta dedicação dos cuidadores informais – de cuidado, apoio e atenção ao próximo, muitas vezes familiar direto, é feita de forma quase inata, “de fazer parte”, “natural”, mas que tantas vezes se torna prolongada no tempo e exigente para quem cuida...

Também eles têm necessidades, tantas vezes colocadas em segundo plano, sempre para depois...

É altura de desviar a atenção e olhar para estas pessoas, o paradigma dos cuidados está a mudar, e o futuro é desafiador numa sociedade que enfrenta a maior alteração demográfica de todos os tempos, o envelhecimento da população, onde cada vez com mais frequência será verificado o fenómeno de idosos a cuidar de idosos!

É importante repensar estratégias, preparar o futuro, as respostas e as comunidades para adequá-las o melhor possível às necessidades verificadas pelas pessoas, famílias e grupos eventualmente mais vulneráveis.

Pensa-se que através de uma intervenção multisectorial, (com o reforço das parcerias já existentes, ou criação de outras que se verifiquem necessárias), as sinergias desenvolvidas serão uma mais valia na promoção do Envelhecimento Ativo da população, a qual tem sido muito preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

Desta forma planeou-se que a intervenção poderá decorrer a três níveis: Individual (com os cuidadores informais), grupos/comunidade (através de sessões de educação para a saúde) e ambiente (com o envolvimento dos parceiros da comunidade).

Esta intervenção de carácter integrado permitirá entre outros, os seguintes benefícios ao Cuidador Informal:

- Ter apoio, em meio domiciliário no cuidado ao utente idoso;
- Ter conhecimento dos recursos existentes na comunidade;
- Aumentar a sua participação ativa nas atividades da comunidade;
- Integrar a Rede de parceria da comunidade;
- Avaliar os recursos existentes e poder decidir em função das suas necessidades;
- Adquirir conhecimentos sobre o cuidado ao utente/familiar;
- Ter possibilidade de integrar a Rede de apoio ao cuidador – descanso do Cuidador (...);
- Participar em grupos de auto ajuda,

Da Equipa do Projecto fazem parte neste momento:

- Equipa multidisciplinar da UCC;
- Equipas de Saúde da UCSP;

Gostaríamos de poder contar consigo!

Todos temos um papel muito importante para o desenvolvimento do projecto que contribuirá para Melhorar a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais!

Ajude-nos a ajudar quem tanto tem ajudado sem pedir nada em troca!

Será garantida toda a confidencialidade de informação inerente ao Projecto, bem como salvaguardada toda a privacidade e anonimato relativamente aos participantes.

Durante o decorrer do projecto, tendo em conta as suas especificidades/particularidades, será disponibilizada e atualizada toda a informação aos parceiros envolvidos, bem como, a obtenção previa do consentimento informado dos cuidadores informais participantes.

Apenas com o envolvimento e participação de todos os parceiros será possível identificar os recursos existentes e disponíveis para que os cuidadores informais desta comunidade possam melhorar a sua Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida dos seus familiares!

Faça parte desta iniciativa! Faça parte deste Plano para melhoria do Futuro desta Comunidade!

Disponível para a apresentação do Projecto e esclarecimentos que julgue necessários em reunião com sua Ex^a no sentido de poder operacionalizar o mesmo no município de Serpa.

Grata pela atenção,

Atenciosamente,

Mariana José Borrelfo Galado

Enfermeira

Contato:

Telm: [REDACTED]

Mail: [REDACTED]@serpa.pt

Anexo

Breve resenha estudo realizado:

Fundamentação e Justificação do Projeto

A população está a envelhecer. Os idosos são cada vez mais, em número e em idade. As previsões da Organização Mundial de Saúde são claras e apontam para que a densidade populacional idosa aumente consideravelmente nos próximos anos (WHO, 2012). A evolução verificada nos cuidados de saúde (quer a nível tecnológico quer em termos de acessibilidades), bem como na melhoria das condições de vida das pessoas promoveram o aumento da esperança média de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população.

O aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, característico de populações mais envelhecidas, pode por si só, não ser fator que determine o aumento dos níveis de dependência das pessoas idosas (WHO, 2015), porém é um foco de atenção para a saúde pública na definição de estratégias de intervenção que visem garantir a promoção da sua saúde, bem estar e qualidade de vida.

O envelhecimento da população tem um importante impacto na sociedade (WHO, 2012). É urgente dar resposta ao novo desafio do século XXI através da definição de políticas de saúde que promovam cuidados adequados à respectiva etapa do ciclo vital onde se situam as populações idosas tendo como base as suas necessidades.

Os serviços de saúde já estão a reorganizar-se. Observam-se internamentos cada vez mais curtos em unidades hospitalares e verifica-se o aumento da procura para a continuidade de cuidados aos doentes, fora do ambiente hospitalar (Primavera, 2017).

A família dos utentes é quem por norma assume o papel de cuidador no domicílio. Nas funções que desempenham enquanto cuidadores informais assumem muitas vezes cuidados permanentes e duradouros durante os quais ajudam, substituem e confortam os seus familiares. Integram, no seu dia a

dia, o papel principal de cuidador, a maioria realiza todo o tipo de cuidados necessários aos seus familiares/utente, quer sejam estes diretos ou instrumentais. São por isso, considerados um dos principais recursos dos profissionais de saúde, pois asseguram a continuidade de cuidados aos utentes. Atendendo à dimensão do fenómeno envelhecimento populacional, prevê-se que os cuidadores informais que interveem nos cuidados no domicílio sejam cada vez mais idosos e necessitem de apoio em algum momento durante o desempenho do seu papel de cuidador. Apesar da relevância do papel que desempenham, as suas necessidades passam ainda muitas vezes despercebidas aos profissionais de saúde. Enquanto cuidadores permanecem num plano secundário, pois o grande enfoque de cuidados prestados pelos profissionais continua a ser essencialmente o utente idoso/dependente (ULSBA, 2016). A promoção do apoio/suporte ao cuidador informal na comunidade é uma forma para preservar este recurso para o futuro, garantindo os cuidados à população mais idosa e/ou dependente de cuidados prolongados em regime ambulatorial, no domicílio, inserida no seio familiar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Face ao exposto, parece persistir carência nas respostas sociais e de saúde dirigidas essencialmente aos cuidadores informais que cuidam de idosos no domicílio.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária advém da necessidade de identificar que necessidades os cuidadores informais têm, associando o facto de que a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade de Serpa está sensibilizada para esta problemática e reconhece a existência desta lacuna, suspeitando de eventuais necessidades sentidas pelos cuidadores informais no desempenho do seu papel.

De acordo com os dados disponíveis verificou-se que o principal foco de cuidados/intervenção da equipa é essencialmente o utente/doente (ULSBA, 2016). Ao cuidador informal é transmitido pelos profissionais de saúde o reforço, as orientações e esclarecimentos para melhor cuidar do seu familiar.

Identificar e caracterizar a qualidade de vida de quem assume o papel de cuidador informal é essencial. Só assim, poderá ser dada resposta de forma adequada às suas necessidades, proporcionando ganhos efetivos em saúde, quer para os utentes idosos, quer para os cuidadores informais enquanto cidadãos, integrados em famílias, grupos e comunidades.

Promover a qualidade de vida dos cuidadores informais é acima de tudo garantir cuidados individualizados, de proximidade, em tempo útil e com qualidade a cada utente, família, grupo, enquanto membros integrados numa comunidade.

Contextualização do Problema

O Projeto de Intervenção Comunitária irá ser desenvolvido na Cidade de Serpa – UCSP de Serpa, nomeadamente na UCC Serpa.

A UCC de Serpa é uma estrutura que tem como finalidade promover a melhoria do estado de saúde das populações da sua área geográfica e de intervenção. Composta por uma equipa multidisciplinar presta cuidados de saúde, apoio psicológico, social em contexto domiciliário ou na comunidade aos cidadãos, famílias ou grupos com algum tipo de vulnerabilidade, de maior risco ou em situação que necessite de cuidados de proximidade. Desenvolve atividades de monitorização dos Programas de saúde em vigor nas unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente em áreas onde está presente algum tipo de dependência, programas de cuidados continuados, tratamento de feridas, Saúde dos Idosos. Esta equipa tem ainda participação ativa no desenvolvimento de programas de saúde como Saúde Escolar, Sistema Nacional de Intervenção Precoce, Comissão de Proteção a Crianças e Jovens, Equipa de Prevenção e Violência de Adultos, Cuidados Continuados Integrados. Na comunidade integra as redes sociais, tem parceria com academia sénior, e desenvolve projetos de intervenção comunitária.

O município de Serpa é um concelho situado no interior do país, na região do Baixo Alentejo, que se caracteriza predominantemente como uma zona rural, em que a evolução demográfica da população é similar ao fenómeno de envelhecimento verificado a nível nacional, Europeu e Mundial. É uma população duplamente envelhecida, onde a percentagem de jovens diminuiu de 13,7% em 2001 para 13,6% em 2011 e a de idosos aumentou de 22,3% para 24,2% (INE, 2012).

Tendo como ponto de partida o interesse da equipa da UCC, recorrendo à metodologia de Planeamento em Saúde foi desenvolvido um estudo, cujo objetivo geral foi avaliar a Qualidade de Vida (QdV) dos cuidadores informais de idosos no domicílio. Os objetivos específicos foram, identificar a percepção da Qualidade de Vida dos cuidadores informais e a identificação das suas necessidades enquanto cuidadores.

A população alvo do estudo foram os cuidadores informais dos utentes idosos inscritos na UCSP de Serpa (Lista D), em contexto domiciliário, que apresentassem condições cognitivas para responder de forma autónoma e consciente ao instrumento de colheita de dados.

De acordo com o tema a tratar – Qualidade de vida dos cuidadores de idosos, as características da população que integra o estudo, optou-se por selecionar o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) o qual se destina à “avaliação da qualidade de vida (QdV), tendo sido desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS)” (Canavarró et al., 2010) Um dos instrumentos utilizado é o WHOQOL-Bref uma vez que “apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de conteúdo e estabilidade teste-reteste, tornando-o um bom instrumento para avaliar qualidade de vida em Portugal.” (Vaz Serra et al., 2006) O outro instrumento utilizado é o WHOQOL-OLD, adequado para avaliar a qualidade de vida em adultos idosos, o qual deve ser utilizado como complemento ao WHOQOL – Bref quando a população em estudo é idosa (com idades iguais ou superiores de 65 anos). Este instrumento tem “como principais objetivos adaptar as medidas genéricas de QdV à população idosa e desenvolver um módulo adicional, a ser utilizado com adultos idosos, conceptualizado como complementar aos instrumentos gerais referidos” (Vilar, M et al., 2014).

Da análise dos resultados obtidos através da aplicação do questionário WHOQOL – Bref aos 16 cuidadores informais de idosos, verificou-se que a maioria dos cuidadores informais é do sexo feminino (14). Do total, nove são cuidadores em idade ativa (<65 anos) enquanto que sete são cuidadores informais com idades superiores a 65 anos (idade média de 78,86). O nível de escolaridade em 50% dos cuidadores informais é o 4º ano, enquanto que 25% não sabe ler/nem escrever. Metade dos inquiridos referiu ser saudável no momento da colheita de dados, enquanto que os restantes cuidadores informais apresentam doenças como a diabetes (3), hipertensão (2), doenças musculo-esqueléticas (2) e ainda doença prolongada (1). Seis dos cuidadores informais de idosos está satisfeito com a sua saúde, seis dizem estar nem satisfeitos/nem insatisfeitos, porém quatro dos cuidadores informais de idosos está insatisfeito. A maioria dos cuidadores informais de idosos no domicílio são familiares do utente de quem cuidam – filhos (11), irmão (3) e esposa (2). Relativamente à percepção de Qualidade de Vida, seis dos cuidadores informais de idosos avaliam-na como “Boa”; seis avaliam-na como “Nem boa/Nem má”; três avaliam-na como “Má” e um dos cuidadores informais de idosos avalia-a como “Muito Má”. A Apreciação global dos inquiridos relativamente à Faceta Geral Qualidade de Vida situa-se nos 64%, sendo que, quanto mais perto de 100%, melhor a Qualidade de Vida percecionada.

Relativamente às necessidades sentidas pelos cuidadores informais, estas foram identificadas através do questionário WHOQOL Bref nos domínios que apresentaram scores mais baixos, nomeadamente, no Domínio das Relações sociais (satisfação relativa a relações pessoais, vida sexual e apoio de amigos) e Domínio Ambiente (oportunidade de realizar atividades de lazer, dinheiro suficiente face às necessidades; presença de ambiente físico saudável e segurança no dia a dia).

Aos cuidadores informais de idosos com idades superiores a 65 anos foi ainda aplicado o questionário WHOQOL-OLD, como complemento, tal como recomenda a OMS na avaliação da Qualidade de Vida a pessoas idosas. Esta população apresentou segundo o WHOQOL-OLD um score padrão global de 2,75 na avaliação da sua QdV (1-5). Foram identificadas pelos cuidadores informais necessidades nas seguintes

facetas: Faceta Função Sensorial – déficits sensoriais (audição, paladar, olfato e tato – 2,6); Faceta Autonomia – dificuldade em conseguir fazer aquilo de que gosta (2,9); Faceta Atividades passadas, presentes e futuras – oportunidade para realizar planos na vida, receber o reconhecimento que merece e satisfação com o que esperar da vida (2,7); Faceta Participação social – insatisfeito com as oportunidades em participar em atividades da comunidade (2,7); Faceta Intimidade – oportunidade de se sentir amado (2,8) e Faceta Família/vida Familiar – insatisfação com o tempo que passa com os familiares, valor que a família lhe atribui (2,9).

Determinação de Prioridades

Foi utilizado o Método Halon para priorização das necessidades identificadas pelos cuidadores informais, as quais se enumeram por ordem decrescente:

Domínio Relações Sociais – (insatisfação/necessidade nas relações pessoais, vida sexual e apoio de amigos);

Domínio Ambiente – (falta de oportunidade para realizar atividades de lazer, existência de dinheiro suficiente face às necessidades; presença de ambiente físico saudável e segurança no dia a dia);

Faceta Participação Social – (falta de oportunidades para participar em atividades da comunidade)

Faceta Autonomia – (dificuldade em conseguir fazer aquilo que gosta)

Definição de Objetivos

Objetivo Geral do Projeto

Promover a capacitação e empoderamento dos Cuidadores informais de idosos no domicílio para a promoção do autocuidado e melhoria da Qualidade de Vida

Objetivos Específicos:

Capacitar o cuidador informal na promoção do autocuidado

Promover a participação ativa do Cuidador informal em atividades na comunidade

Dinamizar a rede de apoio ao cuidador informal no município de Serpa

Envolver os parceiros locais no apoio ao cuidador informal

Integrar os cuidadores informais na rede de parcerias locais

Seleção de Estratégias

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária basear-se-á nas seguintes orientações:

- Estratégia global e no plano de ação sobre envelhecimento e saúde (2016 - 2020) da OMS e no Plano Nacional de Saúde, para dar resposta ao Empoderamento do Cuidador Informal.

- Envolver os parceiros locais no apoio ao cuidador informal para promoção da participação ativa do cuidador nas atividades da comunidade

- Criação de gabinete de apoio ao cuidador informal na UCC – UCSP Serpa.

Preparação Operacional/Atividades:

- Sensibilização dos parceiros sociais para as necessidades dos cuidadores informais - apresentação de resultados
- Identificação das parcerias locais disponíveis para apoiar os cuidadores informais de idosos do município de Serpa
- Divulgação do projeto de intervenção comunitária junto da comunidade – canais de comunicação: jornal do município, agenda cultural do município.
- Apresentação dos objetivos da rede de apoio/recursos da comunidade ao cuidador informal - elaboração de *flyers* de informação com os serviços de apoio ao cuidador e parceiros envolvidos.
- Realização de sessões de educação para a saúde, para sensibilização dos cuidadores informais para a promoção da sua qualidade de vida.
- Promoção/incentivo da participação dos cuidadores informais em atividades na comunidade que promovam o bem estar e qualidade de vida (frequência atividades na universidade sénior, associação do cante e/ou jardim terapêutico).
- Realização de três reuniões com os parceiros das Redes Sociais da Comunidade (1ª reunião – início: apresentação do projeto IC, 2ª reunião- meio projeto: ponto de situação e 3ª final-Avaliação e *Follow up* do Projeto).

Resultados Esperados

Objetivos do Projeto	Indicador	Tipo de Indicador	Atual	Meta
Aumentar a Qualidade de vida do Cuidador informal de idosos no domicilio	Índice Faceta Geral Qualidade de Vida – Questionário WHOQOL Bref Nº de CI que aumentaram o índ Faceta geral QdV/Nº total de CI Utentes da UCSP Serpa	Resultado	64%	80% Janeiro 2018
Capacitar o cuidador informal (CI) na promoção do autocuidado e qualidade de vida	-Nº de CI a frequentar as sessões de ed para a saúde/nº CI de utentes da UCSP de Serpa ; -Nº de sessões de ed para a saúde assistidas pelo CI/nº total de Sessões realizadas	Processo	-----	
Aumentar o número de cuidadores informais que integrem a Rede de apoio na comunidade	Nº de cuidadores informais apoiados pela REDE/ Nº Total de Cuidadores *100	Resultado	-----	20%
Promover a participação ativa do Cuidador informal em atividades na comunidade	Nº CI que participam em ati. na comunidade/Nº total de cuidadores	Processo	----- -	50%

Parcerias a envolver

Equipa da UCC – equipa multidisciplinar, Equipas da UCSP Serpa, Parceiros Sociais

Cronograma de Atividades

Atividades	Outubro 2017				Novembro 2017				Dezembro 2017				Janeiro 2018			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Partilha Diag. Situação de Saúde Comunidade com Parceiros Sociais UCC/UCSP Autarquia/U. Juntas Freguesia Ass. Voluntários				→	→											
Apresentação da Rede de Apoio Comunitário aos Cuidadores Informais Orientação dos Cuidadores Informais para a Rede					→	→	→	→								
Sensibilização dos cuidadores informais para a promoção da qualidade de vida Sessão formação					→	→			→	→	→	→				
Promoção da participação dos cuidadores informais em atividades que promovam o bem estar e qualidade de vida junto dos parceiros da Rede de Apoio Comunitário Convívio do "Natal em REDE do Cuidador Informal"								→	→	→	→	→	→			
Realização de 3 reuniões com os parceiros das Redes Sociais da Comunidade				→	→											
1ª Reunião – Apresentação do PIC 2ª Reunião Intercalar – Av. Prog. do PIC 3ª Reunião – Avaliação do Projeto – Follow up 1										→	→	→	→			
Avaliação Projeto UCC/UCSP Av. Progresso Av. Final											→	→	→			→

Referencias Bibliográficas

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

INE - Estatística, I. N. de. (2012). *Censos 2011 - Resultados Definitivos Alentejo*

Primavera, R. I. O. D. E. (2017). Relatório de primavera 2017.

ULSBA, E. (2016). *Relatório e contas*. Retrieved from www.bcv.cv

WHO. (2012). Good Health Adds Life to Years.Global brief for World Health Day 2012. *World Health Organization*, 1, 1–30. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

WHO. (2015). *World report on Ageing And Health. Relatório*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

CANAVARRO, M. C., PEREIRA, M., MOREIRA, H., & PAREDES, T. (2010). Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3(3), 243–268. Retrieved from [http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade de vida e saúde.pdf](http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20saude.pdf)

VAZ SERRA, A., CRISTINA CANAVARRO, M., SIMÕES, M., PEREIRA, M., GAMEIRO, S., JOÃO QUARTILHO, M., PAREDES, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(271), 41–49

WILAR M; SIMÕES M, LIMA M, CRUZ C, SOUSA L, SOUSA A, P. L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais Adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the Portuguese population : Results of focus groups implementation, 1, 73–97

APÊNDICE V– Cronograma de Atividades

Cronograma - Projeto de Intervenção Comunitária (PIC)

Meses/Ano Semana	Outubro 2017				Novembro 2017				Dezembro 2017				Janeiro 2018			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Partilha <u>Diag.</u> Situação de Saúde Comunidade com Parceiros Sociais UCC/UCSP Autarquia/U. Juntas Freguesia Ass. Voluntários				→	→											
Apresentação da Rede de Apoio Comunitário aos Cuidadores Informais Orientação dos Cuidadores Informais para a Rede					→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Sensibilização dos cuidadores informais para a promoção da qualidade de vida Sessão Formação					→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Promoção da participação dos cuidadores informais em atividades que promovam o bem estar e qualidade de vida junto dos parceiros da Rede de Apoio Comunitário Convívio do "Natal em REDE do Cuidador Informal"								→	→	→	→	→	→	→	→	→
Realização de 3 reuniões com os parceiros das Redes Sociais da Comunidade 1ª Reunião – <u>Apresent.</u> do PIC 2ª Reunião intercalar- <u>Av. Prog.</u> do PIC 3ª Reunião: <u>Avaliação do Projeto</u> - <u>Follow up.</u>				→	→				→	→					→	→
Visitação domiciliar aos Cuidadores Informais					→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Avaliação Projeto UCC/UCSP Av. Progresso Av. Final										→	→					→

APÊNDICE VI – Plano de Formação Sessão de Educação para a Saúde
Promoção do Autocuidado Cuidadores Informais de Idosos

4. PLANO DE FORMAÇÃO – Cuidadores Informais de Idosos

O Plano de formação em serviço é o documento base do formador para organizar a sua sessão, deve ser definido com base em instrumentos de análise e o formador deve manter-se fiel aos objetivos delineados durante a toda a sessão. Deve ainda respeitar uma estrutura que se adapte ao processo de organização e também à orientação do formador.

4- DESCRIÇÃO DO PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA

- Titulo: “Projeto de Intervenção Comunitária – UCC: *SERPA* Promove Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais!”

- Data: 12 de Janeiro de 2018

- Hora: 14horas

- Duração: 2horas

- Publico Alvo: Cuidadores Informais de Idosos em Contexto de domicilio do Municipio de Serpa

- Pré-requisitos dos participantes

- Ser Cuidador Informal de Idosos, envolvidos na prestação direta de cuidados a idosos.

- Objetivos gerais da sessão;

- No final da sessão formativa, os Cuidadores Informais devem ter apreendido os conhecimentos relativos à importância da Promoção do autocuidado, bem estar e participação em atividades de lazer/grupos de interajuda no sentido de melhorar a Sua Qualidade de Vida.

- Objetivos específicos e resultados esperados

- No final da sessão os Cuidadores Informais deverão estar aptos a:

- a) Reconhecer a importância da promoção e investimento no seu bem estar;

b) Identificar os recursos existentes na comunidade

c) Saber como iniciar o processo de autoajuda – identificação de necessidades, recorrendo e utilizando o Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal (GACI) na UCC de Serpa

d) Refletir sobre as vantagens de integrar a Rede de Suporte ao Cuidador Informal

- Temas a abordar e planificação dos mesmos

- Envelhecimento da População

- Importância do Papel de Cuidador Informal na sociedade atual

- Apresentação do GACI da UCC, bem como dos recursos disponíveis para apoio do Cuidador Informal

- Métodos andragógicos aplicados

- Método ativo (estudo de caso, técnica de brainstorm e simulação)

- Método afirmativo (expositivo e demonstrativo)

- Método interrogativo

- Técnicas andragógicas aplicadas

- Role-playing

- Brainstorming

- Expositiva

- Recursos didáticos de apoio

- Computador Portátil

- Data show

- Utilização de aplicação em Power Point®, (PP)

- Sistema de som

- Ponteiro laser

- Espaço físico
 - Sala de reuniões da UCSP de Serpa
- Tipo de avaliação
 - Avaliação da Sessão
 - Avaliação dos formadores
- Instrumentos de avaliação.
 - Avaliação da sessão formativa e do formador

IDENTIFICAÇÃO da SESSAO

FORMAÇÃO – “Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos”				
Entidade	UCSP Serpa		Formadores	Enf. Mariana Galado
Tema	Qualidade de Vida Dos Cuidadores Informais		Formação	Ação de Informação
Serviço	UCC Serpa			
Público alvo	Cuidadores Informais de Idosos			
Pré-requisitos	Cuidadores Informais de Idosos em contexto <u>Domiciliário</u>			
Data: 12/01/2018	Duração: 2h	Sessão: 1	Local: UCSP Serpa	
OBJETIVOS				
Gerais	- Promover a Capacitação e empoderamento dos Cuidadores Informais de Idosos no domicílio para a Promoção do autocuidado e melhoria da sua Qualidade de Vida			
Específicos	- Capacitar o Cuidador Informal na Promoção do autocuidado - Promover a participação ativa do cuidador informal em atividades na comunidade - Promover a integração dos Cuidadores Informais na rede de parcerias locais do município			

APÊNDICE VII– Conteúdo de Formação Sessão de Educação para a Saúde
Promoção do Autocuidado Cuidadores Informais de Idosos

The image displays a series of 56 presentation slides, numbered 1 through 56, arranged in a grid. Each slide is part of a project titled "Mestrado em Enfermagem em Associação" and "Projeto de Intervenção Comunitária - UCC SERPA, Promove Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais". The slides cover various aspects of the project, including:

- Slide 1:** Project title and objectives.
- Slide 2:** Project title and a photograph of a building.
- Slide 3:** "Diagnóstico de Saúde - Estágio I" dated 02 de Maio a 27 de Junho de 2017.
- Slide 4:** "Contextualização / Problemática" discussing demographic changes and the impact on caregivers.
- Slide 5:** "Envelhecimento da população - projecções OMS" with world maps for 2030 and 2050.
- Slide 6:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 7:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 8:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 9:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 10:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 11:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 12:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 13:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 14:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 15:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 16:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 17:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 18:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 19:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 20:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 21:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 22:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 23:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 24:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 25:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 26:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 27:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 28:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 29:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 30:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 31:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 32:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 33:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 34:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 35:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 36:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 37:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 38:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 39:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 40:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 41:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 42:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 43:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 44:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 45:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 46:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 47:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 48:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 49:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 50:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 51:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 52:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 53:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 54:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 55:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.
- Slide 56:** "Contextualização / Problemática" discussing the impact of aging on caregivers.

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

APÊNDICE VIII – Flyer

...faça pausas

A duração depende de se sentir bem ou não com esse período de afastamento...

Solicite a um familiar ou amigo para cuidar do seu ente querido enquanto se ausenta

Fale com o seu enfermeiro de cuidados domiciliários – talvez possa organizar melhor esses momentos

Sabia que existe a hipótese de descanso do cuidador? Informe-se com o seu enfermeiro!

Procure afastar-se fisicamente (passeio, atividade exterior...)



Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

UCSP Serpa

UCC Serpa



Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal

UCC Serpa



Promoção da Qualidade de Vida do Cuidador Informal de Idosos

Tel: 284 540 580

Cuide-se!

Atenção à sua saúde



Alimente-se a horas certas - mesmo que esteja demasiado cansado ou ocupado

Armazene refeições leves e saudáveis - para os dias mais ocupados



Mantenha ou reforce a atividade física - exercício físico regular

Cumpra a vigilância da sua saúde junto da equipa de saúde - não falte às consultas!

Organize as tarefas de forma a poder ter um período de repouso adequado

Solicite ajuda para as tarefas que lhe são mais difíceis!

Aquisição de novas Competências....

Informe-se....

Aprenda!



Peça ajuda a familiares ou amigos nos momentos de maior sobrecarga

Distribua tarefas pelos familiares que a ajudam no cuidado

Informe-se da possibilidade de fazer uma pausa no cuidar, recorrendo a terceiros (família, amigos ou voluntários)

Tente resolver "um problema" de cada vez...

Estabeleça objetivos realistas e de curto prazo

Esclareça as suas dúvidas e dificuldades junto dos profissionais de saúde



Gerir as Emoções



É normal sentimentos de desespero, frustração, impotência, ansiedade, tristeza...ou Momentos de maior Alento e amor pelo ente querido
CORAGEM DETERMINAÇÃO

Descubra formas de desabafar, de libertar a tensão dos momentos mais difíceis

Procure um grupo de auto ajuda, uma pessoa sua confidente

Procure auxílio do seu mentor religioso

Evite pessoas e situações que lhe conferem maior aborrecimento e stress

Ria, sem se sentir culpado... Chore, se isso o aliviar...

Aprenda técnicas e atividades de relaxamento

Informe-se junto do seu enfermeiro de cuidados domiciliários e procure aconselhar-se

UCC Serpa
REDE de Apoio Social Ao Cuidador Informal

APÊNDICE IX – Plano de Reunião

Promoção do Autocuidado Cuidadores Informais de Idosos

UCSP/UCC Serpa

IDENTIFICAÇÃO da SESSÃO

FORMAÇÃO – “Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos”			
Entidade	UCSP Serpa	Formadores	Enf.ª Mariana Galvão
Tema	Qualidade de Vida Dos Cuidadores Informais	Formação	Ação de Divulgação Resultados Estudo
Serviço	UCC Serpa		
Publico alvo	Equipa de Enfermagem UCSP e UCC de Serpa		
Pré-requisitos	Enfermeiros da UCSP e UCC de Serpa		
Data: 22/09/2017	Duração: 2h	Sessão: 1	Local: UCSP Serpa
OBJETIVOS			
Gerais	- Divulgar os Resultados do Diagnóstico de Saúde da Comunidade: “Avaliação da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de idosos no domicilio”		
Especificos	- Definição de prioridades de intervenção junto dos Cuidadores Informais para promoção da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais		

APÊNDICE X – Sinalética Gabinete de Apoio Ao Cuidador Informal

GACI



UCC Serpa
Unidade de Cuidados na Comunidade

**Gabinete de Apoio
ao Cuidador Informal**

GACI

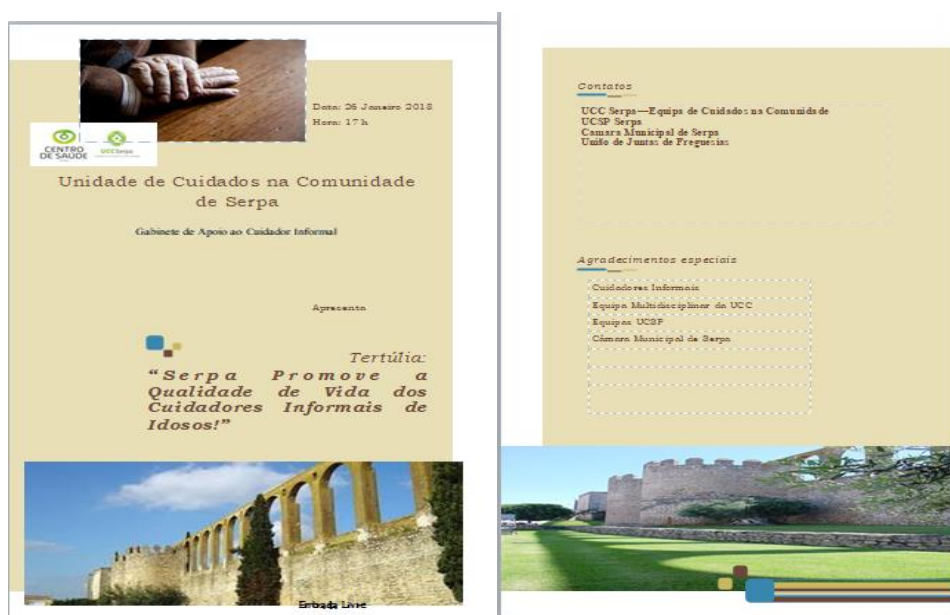
APÊNDICE XI – Plano de Sessão Parceiros Locais
Rede Social


IDENTIFICAÇÃO da SESSAO - Parceiros da Comunidade 1ª Reunião

Mariana Galado, Mestranda em Enfermagem

FORMAÇÃO – “Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos”			
Entidade	UCSP Serpa	Formadores	Enf.ª Mariana Galado
Tema	Qualidade de Vida Dos Cuidadores Informais	Formação	Ação de Divulgação Resultados D. Saúde
Serviço	UCC Serpa		
Publico alvo	Parceiros da Comunidade		
Pré-requisitos	Parceiros do Município de Serpa		
Data: 06/12/2017	Duração: 2h	Sessão: 3	Local: Cme Teatro Serpa
OBJETIVOS			
Gerais	- Divulgar os Resultados do Diagnóstico de Saúde da Comunidade: “Avaliação da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de idosos no domicilio”		
Especificos	- Definição de prioridades de intervenção junto dos Cuidadores Informais para promoção da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais - Definição do Projeto de Intervenção Comunitária - Definição dos recursos/parceiros da comunidade		

APÊNDICE XII – Cartaz de Divulgação Da Tertúlia





"Promoção da Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!"

Município de Serpa UCC Serpa

PARTE 1 DO PROGRAMA
Apresentação do Projeto de Intervenção comunitária.

"Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos!"

Intervalo de 15 minutos

PARTE 2 DO PROGRAMA
Apresentação da Rede de Apoio ao Cuidador Informal.

Tertúlia Cuidadores Informais & Rede de Apoio Social Serpa

Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal - GACI
UCC Serpa

Cuidador Informal

Cuidar de si é uma das coisas mais importantes que você pode fazer como cuidador! Cuidar do seu ente querido doente pode ser gratificante, mas também física e emocionalmente esgotante. É muito difícil antever a duração da prestação de cuidados, os quais podem tornar-se duradouros e cada vez mais exigentes. Para que possa continuar a cuidar **não se pode esquecer de cuidar de si próprio!**

Produzido por: Mariana Galado
Mestranda em Enfermagem

Organização UCC Serpa
Enfª Ana Paula Corro
UCSP Serpa

