



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária

por

António Alberto Cerqueira da Silva Dias

PORTO, Maio 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária

por

António Alberto Cerqueira da Silva Dias

Sob orientação da Professora Norminda Magalhães

PORTO, Maio 2011



*Sei que o meu trabalho é pequeno como a gota
no oceano, mas sem ele o oceano seria menor.*

- Madre Teresa de Calcutá -



RESUMO

O Mestrado de Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, visa a aquisição e desenvolvimento de competências para o exercício autónomo, autorrefletido e com poder de ajuizamento crítico sobre os cuidados prestados e a sua qualidade ao nível dos cinco níveis de prevenção do cliente comunidade. O presente relatório, realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio, visa descrever de forma sucinta, clara e reflexiva o percurso da construção de competências específicas para a intervenção especializada em Enfermagem Comunitária. Ele propõe-se a sintetizar as etapas de crescimento pessoal e profissional que permitem uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, um maior desenvolvimento profissional e a melhoria da satisfação dos grupos e comunidades em que intervém. Nele se demonstram as competências desenvolvidas e que entroncam nos objetivos académicos definidos por este Mestrado, bem como no perfil de competências preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para o desempenho autónomo de cuidados especializados de Enfermagem a grupos e comunidades. Desde a realização do Diagnóstico de Saúde, realizado no módulo I, que permitiu conhecer a realidade dos cuidadores familiares de idosos dependentes, identificando as principais necessidades em saúde, tantas vezes negligenciadas em detrimento da atenção dispensada ao idoso dependente, em particular em relação ao impacto negativo decorrente da tarefa de Cuidar (ao nível da sobrecarga e funcionalidade familiar). Após a identificação dos problemas, surgiu a necessidade de intervir ativamente e numa lógica multidisciplinar e de proximidade, envolvendo outros profissionais e indo ao encontro das necessidades detetadas nos cuidadores, inclusive no seu domicílio. Assim desenvolvi o projeto de intervenção comunitária: “Cuidar do Cuidador”, que teve como objetivo geral reduzir o impacto do cuidado informal nos cuidadores familiares, por intermédio da intervenção em prol da adesão e desempenho adequado do papel de prestador de cuidados, prevenindo a exaustão do cuidador e, empoderando-o, promovendo as competências para o cuidado informal. Contribuiu-se assim para um exercício mais equilibrado e sustentado do papel de prestador de cuidados. Para isso recorri a diversas estratégias e atividades, de onde se destacam as sessões de empoderamento e educação para a saúde, o grupo de ajuda e a intervenção domiciliária, para além da mobilização de diversas parcerias estratégicas, sem as quais o sucesso, repercutido em ganhos em saúde, não seria possível. Tornou-se exequível avaliar o impacto deste projeto por intermédio de um conjunto de indicadores de desempenho, que demonstraram a sua eficácia e significativa importância na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores familiares, demonstrando clara e inequivocamente ganhos em saúde pela intervenção especializada do enfermeiro ao nível comunitário, particularmente ao nível da aquisição de conhecimentos, redução da sobrecarga do cuidador e promoção da adesão ao papel de prestador de cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária; Prestador de cuidados; Empoderamento; Adesão ao papel de prestador de cuidados; Stress do prestador de cuidados.



ABSTRACT

The Master in Nursing, with a specialization in Community Nursing, seeks to provide the acquisition and development of skills for autonomous, self-reflected and decision-based nursing performance, on the five levels of prevention, on a group/community level. This report aims to describe succinctly and clearly the route towards building skills for the specialized intervention in Community Nursing. Thus, it proposes to summarize the stages of personal and professional growth that can considerably enhance the quality of care, increase professional development and improve the satisfaction of the groups and communities in which I intervened. It demonstrates the skills developed and which converge in the recommended by Ordem dos Enfermeiros to perform specialized nursing actions in groups and communities. From the completion of Diagnostic Health, which helped identify the reality of family caregivers of frail older adults, identifying the main real, potential and latent health needs of this group, so often neglected by nurses at the expense of the attention given to dependent elderly, particularly what concerns the negative impact arising from the task of caring (the level of burden, functionality, and family dynamics). Following the identification of health problems, the need to intervene actively and in a multidisciplinary and proximity way, was a reality. Thus was born the Community Intervention Project: "Caring for the Caregiver," which aims to generally reduce the impact on family caregivers, through the intervention in favor of adherence and adequate performance of the role of provider of care, preventing the burnout of the caregiver and empowering it, promoting the acquisition and development of skills for care giving, contributing that way to a more balanced and sustained exercise of the role of carer. This project was based on a multidisciplinary and outreach approach, involving other health professionals and intervening even on the caregivers' home, promoting adherence and proper performance of the role of carer. To achieve this the project ran various activities, which highlight the empowerment and health education group sessions and psychological support group, in addition to the mobilization of several strategic partnerships without which the success reflected in measurable gains in health, would not be possible. It became possible to evaluate the impact of this project through a set of performance indicators that have proved the effective and meaningful role of a specialized nurse at Community level in improving the quality of life of family caregivers through the reduction of the negative impact associated with the task of caring, demonstrating clearly and unequivocally health gains by their intervention.

Keywords: Community Nursing; Caregiver; Empowerment; Caregiver burnout; Caregiver role adherence.



AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto do empenho, esforço e dedicação e não teria sido possível sem a colaboração desinteressada e altruísta de outras pessoas, as quais não poderei forçosamente citar na sua totalidade. Nomear todos seria difícil e correria o risco de trair a importância que cada um teve nesta caminhada percorrida. Não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

Aos cuidadores familiares, parceiros nos cuidados prestados, pela sua disponibilidade para participarem neste estudo e pela forma acolhedora como me receberam no seu meio, sempre com um sorriso e partilharam parte da sua vida, numa perspetiva altruísta e de ajuda ao próximo.

À Professora Norminda Magalhães, orientadora deste trabalho científico, que com grande mestria sempre mostrou sabedoria e disponibilidade para tudo o que foi necessário, fazendo o possível e o impossível para que este sonho não ficasse perdido na bruma da incerteza, confiando sempre que seria capaz e sempre com grande exigência de qualidade.

À Enfermeira Rosa Vasconcelos, tutora de Estágio, por toda a confiança, apoio, persistência no rigor e demais contributos fundamentais no percurso efetuado.

À Dra. Raquel Oliveira e toda a equipa de psicólogos da Fundação Portuguesa: “A Comunidade contra a SIDA”, pela preciosa e desinteressada colaboração que desde o início promoveu e abraçou.

Aos meus pais e restante família, a quem devo tudo o que sou e de quem aprendi o significado da palavra perseverança, obrigado por serem quem são. Para vós não há longe nem distância. Obrigado por sempre acreditarem e pelo amor, força e estímulo dado em mais uma etapa da minha vida.

À Diana, minha companheira de todas as horas, por todos os momentos que lhe roubei, em que me fiz ausente e, quando presente, por compreender as minhas ausências e os meus desalentos mas que também partilhou as minhas conquistas.

A todos os que aqui ficaram anónimos e que direta ou indiretamente colaboraram neste estudo, desde a sua conceção até à sua realização, mais uma vez, a minha profunda gratidão.



SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APGAR – Escala de Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão
- ARS – Administração Regional de Saúde
- AVD – Atividades de Vida Diárias
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem
- CM – Câmara Municipal
- CS – Centro de Saúde
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- EC – Enfermagem Comunitária
- FPCCS – Fundação Portuguesa: “A Comunidade Contra a SIDA”
- ICS – Instituto de Ciências da Saúde
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
- LACSSR – Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Soares dos Reis
- MDAIF – Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar
- MEC – Mestrado em Enfermagem Comunitária
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde
- SPSS – Statistical Package for Social Sciences
- UC – Unidade curricular
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCP – Universidade Católica Portuguesa
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- VD – Visitação domiciliária



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	13
1.1 A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO	15
1.2. PERFIL DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	17
1.3. O CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS – USF CAMÉLIAS E USF SAÚDE NO FUTURO.....	19
2. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES E RECURSOS EM SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES DAS FREGUESIAS DE MAFAMUDE E VILAR DE ANDORINHO	21
2.1. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM	26
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: CUIDAR DO CUIDADOR	29
3.1. EXECUÇÃO DO PROJETO: CUIDAR DO CUIDADOR.....	30
3.1.1. Empoderamento dos cuidadores familiares	32
3.1.2. Grupo de ajuda	35
3.1.3. Outras atividades realizadas.....	36
3.2. AVALIAÇÃO DO PROJETO: CUIDAR DO CUIDADOR	39
3.2.1. Avaliação de estratégias e indicadores.....	39
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	51
5. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

Anexos:

ANEXO I – Planificação da UC Estágio (módulos I, II e III);

ANEXO II – Planeamento do Projeto de Intervenção Comunitária: “Cuidar do Cuidador”;

ANEXO III – Panfleto de divulgação e Jornal: “Cuidar da Vida”;

ANEXO IV – Manual do Cuidador;

ANEXO V – Manual de Ajudas Técnicas;

ANEXO VI – Sessões de educação para a saúde para cuidadores familiares;

ANEXO VII – Sessões de formação para a equipa multidisciplinar;



ANEXO VIII – Avaliação Final de competências adquiridas pelos prestadores informais de cuidados;

ANEXO IX – Cartão: “Enfermeiro de Família”;

ANEXO X – Blog: “Enfermeiro de Família” e Petição pública para a instituição do Dia Nacional do Cuidador a 26 de agosto;

ANEXO XI – Divulgação na comunicação social;

ANEXO XII – Projeto de aplicação MDAIF-SAPE.



ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Grau de significado das necessidades em saúde encontradas.....	27
Quadro 2 – Quadro resumo da avaliação final das metas propostas.....	39
Quadro 3 – Critérios diagnósticos para o foco de atenção “Comportamento de Adesão ao Papel de Prestador de Cuidados”, segundo Figueiredo (2009).....	49



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Avaliação Diagnóstica das competências dos cuidadores familiares em áreas selecionadas.....	47
Gráfico 2 – Avaliação Final de ganhos em saúde nos cuidadores familiares.....	48
Gráfico 3 – Análise comparativa de respostas corretas (Avaliação Inicial e Final) e representação de Ganhos em Saúde.....	48



INTRODUÇÃO

O ser humano no decorrer da sua existência enfrenta situações geradoras de transformações que atingem o seu expoente na velhice, alterando muitas vezes o curso de vida. Entre elas contam-se aquelas que comprometem a capacidade funcional, levando à perda da autonomia e à dependência. Na realidade atual, é crescente o número de idosos nessa situação, o que compromete a execução das atividades de vida diária. Assim, associado à velhice tem surgido o prestador de cuidados, que maioritariamente emerge do seio familiar. O desempenho do cuidado ao idoso dependente pelo cuidador familiar constitui-se como uma tarefa difícil, pois tal como refere Andrade (2009, p.107): “conduz à sobrecarga por não existir uma preparação prévia que o capacite em pleno para essa tarefa, bem como a presença de laço familiar levanta questões relativas ao próprio funcionamento e dinâmica familiar.”

A complexidade dos cuidados e das exigências colocadas aos cuidadores familiares implicam mudanças que provocam efeitos a níveis mais alargados, uma vez que, tal como refere Hanson (2001, p. 7) “a influência na saúde de um elemento da família afeta toda a família.” Por isso, torna-se fundamental intervir na família como um todo, pois este é um sistema aberto, dinâmico e em interação contínua com todos os elementos, mas também com o meio que a rodeia. A necessidade de cuidado provoca efeitos negativos sobre a família e sobre os seus membros, mas segundo Brito (2002, p.79) “é geralmente o cuidador principal que sofre com maior intensidade o impacto desta mudança, manifestando-se frequentemente em sintomas e sentimentos de sobrecarga, onde urge intervir e, se possível prevenir.”

A família, apesar das mudanças sociais na sua estrutura, continua a ser o suporte de apoio e a assumir o papel de cuidadora principal, responsável pela manutenção do idoso dependente no domicílio, inserido no seu contexto familiar. No entanto, a presença de um elemento dependente, implica a necessidade de assumir uma relação de cuidado, uma envolvimento, um conhecimento das necessidades específicas, limitações e potencialidades do idoso, que permita intervir e interagir com ele, na perspectiva de melhorar o seu bem-estar. Para o desempenho deste papel emerge o cuidador familiar, que fica submetido a mudanças e ruturas no seu estilo de vida, que vão desde aspetos relativos à privacidade individual até aos aspetos económicos. São vários os estudos (Brito, 2002; Andrade, 2009; Carretero-Gomez, 2006), que evidenciam que esta situação poderá ocasionar impacto negativo, pondo em risco toda a dinâmica e o contexto de vida familiar e, em particular, o próprio prestador de cuidados.

A cooperação em parceria entre enfermeiros e cuidadores, com a finalidade comum de satisfazer as necessidades em saúde detetadas nos próprios cuidadores é fundamental, sendo para isso instrumento indispensável a educação para a saúde. Ela é, na realidade, o instrumento de eleição para promover a qualidade de vida, contribuindo para a diminuição do impacto negativo associado à tarefa de cuidar.

Apoiar, facilitar e promover a aquisição de competências pelos cuidadores, garantindo a adesão e adequado desempenho do papel de prestador de cuidados, são tarefas dos enfermeiros que trabalham em proximidade grupos específicos inseridos na comunidade, como



é o caso do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. O processo relacional enfermeiro/utente/família/comunidade envolve a disponibilização de informação e ajuda na tomada de decisões, de forma consciente e clara, que melhor se adequa à realidade, conduzindo dessa forma ao processo de empoderamento das comunidades a que os enfermeiros prestam cuidados. Aliás, conceptualizar a saúde enquadrada no objetivo último da qualidade de vida, é a função por excelência do enfermeiro na comunidade.

Assim, torna-se importante a intervenção sustentada no conhecimento efetivo dos problemas em saúde dos cuidadores familiares, por meio de cuidados de enfermagem especializados com enfoque primário de cuidado, não apenas na díade idoso-cuidador, mas em sistemas mais amplos, como as famílias e comunidades. Releva-se assim para primeiro plano a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária neste grupo específico.

Assim, considere pertinente e necessária a intervenção junto dos cuidadores familiares, de modo a perceber de que modo estes aderiam ao papel de prestador informal de cuidados e qual o impacto do desempenho desse papel. Em função dessa avaliação consideraram-se como prioritárias um conjunto alargado de necessidades em saúde que foram colmatadas por intermédio de uma intervenção sustentada em objetivos, estratégias e intervenções e, organizadas sob a forma de um projeto de intervenção comunitária, designado: “Cuidar do Cuidador, o Enfermeiro como facilitador da adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados”. Estas etapas foram desenvolvidas ao longo da unidade curricular (UC) de Estágio de Intervenção Comunitária do Mestrado em Enfermagem (2009/2011), com especialização em Enfermagem Comunitária (MEC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e visam ser vertidas e plasmadas de forma simples mas precisa, ao longo do presente relatório.

O presente trabalho teve orientação da Professora Norminda Magalhães, tendo sido realizado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto VIII/Gaia, em particular, nas Unidades de Saúde Familiar Saúde no Futuro e Camélias. Ele reporta-se às atividades desenvolvidas ao longo desta unidade curricular, dividida em três módulos, desde 19 abril de 2010 a 31 de janeiro de 2011.

Este documento tem como intuito descrever a implementação e avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária “Cuidar do Cuidador” e do Diagnóstico de Necessidades em Saúde que lhe esteve na origem, bem como avaliar as estratégias e intervenções aplicadas que foram delineadas tendo em conta os objetivos inicialmente definidos, no sentido de proporcionar respostas às necessidades, consideradas prioritárias, dos cuidadores familiares.

Os objetivos propostos para este relatório são:

- Avaliar a execução do projeto de estágio, assim como as estratégias e intervenções selecionadas;
- Descrever de forma clara e concisa as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;



- Contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas rumo ao exercício autónomo de cuidados de enfermagem especializados na área da Enfermagem Comunitária;
- Descrever os ganhos em saúde decorrentes da intervenção comunitária;
- Refletir criticamente sobre as experiências vividas ao longo do estágio, particularmente no desenvolvimento de atividades relacionadas com o prestador informal de cuidados;
- Dar cumprimento a um imperativo da avaliação do estágio e obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária.

Para tal foram fontes de informação, os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE), os processos familiares e as bases de dados dos serviços de saúde, Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS). Foi também essencial a pesquisa bibliográfica, tendo fornecido o adequado enquadramento e fundamentação teórica.

Ao longo deste documento será descrito o trajeto desenvolvido, desde o seu enquadramento profissional, académico e pessoal, passando pelas diversas etapas levadas a cabo, desde o Diagnóstico de Necessidades e Recursos em Saúde do grupo/comunidade tratado, passando pelo Projeto de Intervenção Comunitária implementado, bem como se apresentarão as atividades e estratégias que permitiram a sua consecução e, a avaliação final de impacto, com repercussão nos ganhos em saúde adquiridos. Por fim, procede-se à análise crítico-reflexiva do percurso trilhado e da aquisição e desenvolvimento de competências, de acordo com os objetivos definidos pelo Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do ICS-UCP, tendo ainda em linha de conta o perfil de competências específicas definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O presente relatório pretende ser um documento definitivo, o produto final de um percurso percorrido e que descreve de forma clara e numa sequência lógica todas as suas etapas. Ele pretende ser um espelho do meu modo de ser, estar e de fazer, neste processo de aprendizagem, do significado e da essência do vivido, das dificuldades sentidas e estratégias usadas para superar as mesmas e obter os resultados desejados.

Em suma, este relatório será a avaliação de um caminho percorrido, para a conclusão deste Mestrado com sucesso, ou seja, dará a conhecer as metas atingidas ao longo do mesmo, tendo em conta conceitos teóricos e éticos de Enfermagem na Comunidade, que permitiram assimilar competências profissionais e éticas que se refletirão no exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Espero assim, que ao longo deste relatório se revele o profundo envolvimento nas atividades desenvolvidas, no sentido da contribuição relevante para o crescimento pessoal e profissional e, do modo como se ultrapassaram os constrangimentos e dificuldades.

De facto, fazer transparecer o dinamismo, prazer e amplitude das ações, num simples e breve documento, revestiu-se de algumas dificuldades, porém, com empenho, interesse e disponibilidade tentei ultrapassá-lo e alcançar os objetivos preconizados.



1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A unidade curricular de Estágio desenvolveu-se ao longo de três módulos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Camélias e USF Saúde no Futuro (ANEXO I)

O módulo I versou a realização de um diagnóstico de necessidades em saúde dos prestadores informais de cuidados nas famílias com idosos dependentes no seu seio e, foi realizado de forma colaborativa com a colega de estágio, Graça Barbedo, na USF Camélias e USF Saúde no Futuro. Deste módulo resultou o Diagnóstico de Necessidades e Recursos em Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

De seguida, no módulo II, foi necessário definir, planear e implementar o projeto de intervenção comunitária: “Cuidar do Cuidador – O Enfermeiro como facilitador da adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados”. Este projeto visou proporcionar respostas adequadas e eficazes às necessidades diagnosticadas no módulo anterior, aos cinco níveis de prevenção e com ênfase particular no empoderamento dos cuidadores familiares por intermédio da aquisição e desenvolvimento de competências para o cuidado informal e, na promoção da adesão ao papel de prestador de cuidados, pelo fortalecimento de estratégias de coping e resiliência familiar. Esta componente do estágio foi conduzida a título individual na USF Saúde no Futuro.

Por fim, no módulo III optei por dar continuidade ao projeto anteriormente lançado e perante o qual tinha obtido, até então, resultados altamente satisfatórios o que me conduziu à opção de continuidade e melhoria do mesmo. Também esta componente do estágio foi conduzida a título individual na USF Saúde no Futuro.

Os três módulos de estágio tiveram a tutoria local da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Rosa Vasconcelos da USF Camélias.

Durante a realização deste Mestrado utilizando, de um modo planeado e eficaz, todos os recursos previamente identificados e disponíveis da comunidade, consegui promover, melhorar e recuperar os níveis de saúde e qualidade de vida dos cuidadores familiares, de acordo com as necessidades detetadas. Pautei sempre essa atuação pela promoção da participação ativa da comunidade e dos respetivos prestadores de cuidados.

Para isso adotei como objetivos da minha intervenção os preconizados pela UCP para este MEC. Assim, os objetivos gerais traçados foram:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada em Enfermagem Comunitária;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária;
- Desenvolver competências para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada



ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades
- Aquisição e desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Enfermagem Comunitária (EC);
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EC;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EC;
11. Refletir na prática e sobre ela de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EC;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;



17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EC;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EC;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EC;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EC;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EC;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EC;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EC;
28. Promover a formação em serviço na área de EC;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

Não obstante os objetivos académicos apresentados, adotei ainda o atual perfil de competências, definido pela OE para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e, delineei por fim, um conjunto alargado de objetivos operacionais cuja consecução, adiante apresentada, representa o *core* fundamental da minha intervenção neste grupo da comunidade.

Ao longo da UC de Estágio considerei oportuno centrar-me no Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas, em particular no que às famílias cuidadoras de idosos dependentes no domicílio disse respeito, nomeadamente na adequação de cuidados de Enfermagem no processo de adaptação e transição destas famílias para o apoio e suporte necessário à promoção da qualidade de vida, com ganhos em saúde quer para o idoso dependente quer para a família cuidadora. Julgo que a escolha desta temática como eixo central refletiu a necessidade de cuidados especializados de enfermagem na área comunitária, pelo que considerei ter-se revelado uma mais-valia na aquisição e desenvolvimento de competências.

1.1 A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

A Enfermagem Comunitária enquanto área de especialização da Enfermagem assume-se essencialmente, não pelo contexto comunitário onde os cuidados de Enfermagem são prestados, mas sim pelo foco primário de atenção, bem como pelo conhecimento específico que suporta a sua prática.

No que diz respeito ao foco primário da sua atenção, Stanhope (1999, p.26) realça quatro características fundamentais:

“o foco em populações que vivem livremente na comunidade e não se encontram institucionalizadas; a ênfase dominante em estratégias para a promoção da



saúde, manutenção da saúde e prevenção da doença; a preocupação da ligação entre o estado de saúde da população e o ambiente (físico, biológico e sociocultural) e, o uso de processos políticos para alterar a política pública como a principal estratégia de intervenção para atingir os objetivos.”

A Enfermagem Comunitária deve assim sintetizar o corpo de conhecimentos das ciências de saúde público-comunitárias e das teorias de Enfermagem. O seu objetivo implícito passa pela melhoria da saúde da comunidade.

A American Public Health Association, citada por Stanhope (1999, p.27), define o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, do seguinte modo:

“a saúde e as necessidades de cuidados duma população são avaliadas em colaboração com outras disciplinas, de modo a identificar subpopulações, famílias e indivíduos com risco aumentado de doença, incapacidade ou morte prematura; desenvolver um plano de intervenção para ir ao encontro dessas necessidades (...); implementar um plano de cuidados de saúde eficiente, eficaz e equitativo e, realizar uma avaliação para determinar a extensão do impacto das atividades incrementadas no estado de saúde da população.”

Ao analisarmos o atrás referido, com facilidade encontramos esta visão refletida na estrutura curricular e académica do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa e, nas recentes deliberações da Ordem dos Enfermeiros no sentido da criação de um perfil específico de competências para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Desse modo, tentei assim enquadrar a minha prestação, balizada entre objetivos pessoais, académicos e profissionais, adequando intervenções de modo a proporcionar respostas eficazes às necessidades sentidas pelos cuidadores informais, potenciando ganhos em saúde e refletindo criticamente ao longo de todo o percurso realizado.

Posso assim afirmar que o conjunto de condicionantes necessários à aquisição e desenvolvimento de competências rumo ao exercício autónomo, seguro e meritório, enquanto Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, esteve assegurado desde o início e, julgo ter conseguido dele beneficiar da melhor forma, tal como adiante evidenciarei e de que o presente relatório faz demonstração.

Assim, a prática focada na população (famílias e grupos de cuidadores familiares) ao invés da prática focada no indivíduo (idoso dependente) conduziu essencialmente ao desenvolvimento da competência de tomada de decisão, não ao nível do cliente individual, mas sim ao nível do cliente coletivo. A avaliação do estado de saúde de uma comunidade (cuidadores familiares) e a tomada de decisões de gestão (em parceria com o cliente: comunidade), para além da avaliação dos efeitos dos cuidados implementados e, do reconhecimento da influência que os fluxos de interação que os sistemas comunitários (exo e macro sistémicos) possuem sobre o sistema-cliente em que intervimos (micro e mezo sistémico), foram os maiores desafios que empreendi.



1.2. PERFIL DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Para o exercício autónomo do enfermeiro em Portugal, a OE, órgão de regulação profissional da Enfermagem, definiu um conjunto alargado de saberes, habilidades e aptidões que se conjugam de forma a deduzirem perfis de competências, bem como áreas programáticas que se congregam para formar domínios de competências e intervenção específicos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.9) a expressão de um perfil de competências visa: “prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar. Acresce que se lhes reconhece o potencial de configurar áreas da prática profissional”.

Assim, o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas. Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, a todos os níveis de prevenção.

Considera-se então competência, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003, p.16), “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

Dessa forma, a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, preconizada pela UCP, certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. As competências específicas são assim percebidas como competências que decorrem da intervenção às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, sendo provenientes do campo de intervenção definido para a área de especialidade em Enfermagem Comunitária, demonstrando-se através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

A concretização deste MEC prevê ainda a possibilidade de desenvolver competências acrescidas, entendidas como aquelas que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde das populações que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos.

Tentei assim desse modo, trabalhando em parceria com os cuidadores familiares de idosos dependentes, desenvolver o conjunto de competências que contribuiu para a implementação e desenvolvimento de um sistema de melhoria contínua da qualidade e do exercício profissional, tendo por base os frutos da aprendizagem ao longo da componente curricular do MEC, bem como os padrões de qualidade da OE. Tentei ainda envolver a comunidade, incluindo as instituições prestadoras de cuidados, recolhendo contributos e



evidenciando o impacto dos cuidados de enfermagem e da sua importância, nos clientes, em outros profissionais, em decisores políticos e nos próprios enfermeiros. De facto, caminhar na direção da excelência é um trajeto infundável na busca do desenvolvimento de competências, com a finalidade da sua aplicação na comunidade envolvente, promovendo, sempre que possível, o próprio reconhecimento das ações e o impacto junto das populações alvo dos cuidados de Enfermagem.

Tornou-se assim importante, particularmente no momento de atualização da individualização das especialidades clínicas na Enfermagem, adequar os objetivos académicos definidos pela UCP e as competências preconizadas nas recentes emanações do órgão de regulação profissional. Ao longo da UC de Estágio tentei fazê-lo da forma mais harmoniosa e consequente possível, sendo que em múltiplas circunstâncias os objetivos académicos e o perfil de competências definido pela OE são semelhantes simplificando essa tarefa.

Desse modo, o conjunto de competências clínicas especializadas em Enfermagem Comunitária que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Responsabilidade ética profissional e legal; Gestão da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais), também elas vertidas nos objetivos académicos do MEC, centram-se em cinco domínios de competências: quatro comuns e um específico, assumindo-se que este domínio específico é o da prestação de cuidados especializada. Assim, no que à Enfermagem Comunitária, diz respeito, a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.7) assume como eixo estruturante, ao nível do seu alvo de intervenção, o grupo: Comunidade, “a orientação para os 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” e, ao nível das competências específicas, preconiza que estas, para a área de especialização em Enfermagem Comunitária, sejam: Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e, Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Quanto ao proposto pelo plano curricular do MEC podemos verificar que o mesmo se encontra estruturado de modo a potenciar o que a OE preconiza, desde logo ao longo dos objetivos académicos nele definidos. Na realidade o conjunto alargado de objetivos da UCP cuja consecução serve de base à obtenção do título de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, estiveram sempre presentes e serviram de guia orientador da prática e da intervenção dos cuidados de Enfermagem prestados e em lato modo, do próprio projeto Cuidar do Cuidador. Assim, foi sempre propósito para a conclusão do MEC a procura pela consecução dos objetivos académicos preconizados pela UCP para este Mestrado.

O presente relatório visa, entre outros aspetos, apontar de que forma o percurso realizado ao longo da UC de Estágio, traça paralelismo e encontra pontos de concordância com



os objetivos académicos propostos no MEC, mas também com o recentemente deliberado pela OE e atrás descrito como sendo o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. De facto, tentei ao longo da UC Estágio dar resposta a esse perfil de competências e aos objetivos do MEC e disso fará prova e demonstração o presente Relatório de Estágio.

1.3. O CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS – USF CAMÉLIAS E USF SAÚDE NO FUTURO

Profissionalmente tenho vindo a desenvolver a minha atividade em Cuidados de Saúde Primários, tendo nos últimos anos integrado a USF Saúde no Futuro onde presto cuidados integrais a utentes e famílias, pelo que a procura por uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, por intermédio da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, constituiu-se como uma necessidade pessoal e que se tem vindo a repercutir em mais valias e ganhos em saúde a esses mesmos utentes e famílias.

Assim, a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, sendo que fatores como o aumento da procura de cuidados, a complexidade dos casos clínicos e da tomada de decisão clínica em enfermagem, no contexto dos cuidados de saúde primários, bem como o envelhecimento da população, estão na base da necessidade dos profissionais de saúde se atualizarem e desenvolverem novas competências, pelo que os enfermeiros não são exceção, pois como profissão dinâmica, inovadora e de empenho constante que é, enfrenta estes desafios com o ensejo de os conseguir superar.

Dessa forma as USF Camélias e Saúde no Futuro promoveram, enquanto campos de estágio, esse espaço de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal, contribuindo para uma maior autonomia profissional a nível individual, que espero se repercuta em competências devidamente assimiladas, necessárias ao exercício competente, eficaz e seguro em Enfermagem Comunitária.

Segundo Alarcão e Tavares (2003, p.126), “o estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz.” Assim, a UC de Estágio constituiu-se como um período de aprendizagem profissional, salvaguardando sempre o processo de formação e aprendizagem contínuo. De uma forma geral, posso afirmar que o estágio conseguiu ser um campo de experiências onde crenças e valores, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conviveram e moldaram-se conduzindo a uma intervenção refletida.

O presente relatório visa não só apontar as grandes aquisições em termos de competências no estágio realizado nas Unidade de Saúde Familiar Camélias e Saúde no Futuro, do Centro de Saúde de Soares dos Reis em Vila Nova de Gaia, mas também permitir plasmar de forma simples e clara o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional que dele adveio. Dessa forma, estas USF para além de se constituírem como exemplos no que à prestação de cuidados de enfermagem diz respeito, têm desenvolvido um conjunto de



atividades e estratégias a fim de melhorar os níveis de saúde e prevenir os problemas em saúde da comunidade em que se inserem.

Para além disso, estas unidades funcionais do Centro de Saúde de Soares dos Reis, têm já demonstrado, ao longo do tempo, serem pólos altamente dinamizadores e facilitadores de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, pelo que foi com grande orgulho que associei o seu nome ao meu percurso académico, tal como no passado, outros colegas o têm feito com extremo sucesso e satisfação.

Para além destes aspetos, pretendi com a minha presença em estágio e com a realização das diversas atividades, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

O estágio nas USF Camélias e Saúde no Futuro permitiu-me ainda, um conhecimento mais aprofundado e alargado da realidade dos cuidados de Enfermagem prestados à família, uma vez que se torna importante, ao longo do nosso percurso profissional, o contacto com outros contextos mais amplos, alvo dos cuidados de enfermagem, distintos dos quais habitualmente direcionamos a nossa intervenção, como é o caso do indivíduo, tornando assim também possível proporcionar respostas efetivas à grande multiplicidade de questões ou focos de atenção com os quais somos confrontados.

Não foi alheio a este facto, portanto, a opção por desenvolver o meu estágio de Enfermagem Comunitária numa USF, pois pretendi desenvolver as minhas competências neste âmbito e num patamar ainda mais alargado. Para além disso, o grupo alvo da minha intervenção constitui-se no seio familiar, repercutindo-se particularmente neste contexto, o impacto decorrente da prestação do cuidado informal, sendo esse um dos focos da minha intervenção. Assim, considero à semelhança de Hanson (2001, p.205), que “a base da Enfermagem Comunitária alicerça-se em primeira instância na célula e na matriz social em que essa comunidade existe, em harmonia com o meio, que são as famílias”. Perceciono a Enfermagem Familiar e Comunitária como complementares, sendo parceiras no que ao diagnóstico e intervenção diz respeito, providenciando a melhoria dos níveis de saúde de famílias, grupos e comunidades.

Uma palavra final para os parceiros estratégicos do projeto Cuidar do Cuidador que, inseridos na área geográfica de Mafamude e Vilar de Andorinho sempre revelaram disponibilidade, ajuda e colaboração, tendo sido contribuidores importantes para a favorável aquisição de competências.

Em suma, posso asseverar que os contextos onde ocorreram a aquisição de competências ofereceram certezas e segurança quanto à firme possibilidade de atingir os objetivos propostos pelo MEC, bem como se revelaram de enorme importância no crescimento rumo à autonomia refletida da prática de Enfermagem Comunitária, sendo hoje difícil pensar na consecução dos objetivos inicialmente propostos, bem como na aquisição de competências que realizei, em outros contextos da prática clínica que não estes.



2. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES E RECURSOS EM SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES DAS FREGUESIAS DE MAFAMUDE E VILAR DE ANDORINHO

De acordo com o INE (2002), citado por Sequeira (2007, p. 19), “em Portugal nos últimos quarenta anos, a proporção de pessoas com mais de 65 anos duplicou, representando atualmente 16,7% da população e prevê-se que em 2050 represente uma proporção de 32% da população do país, sendo dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos”.

A prestação de cuidados aos idosos dependentes é assegurada predominantemente pelas suas famílias e, eventualmente por amigos ou vizinhos. Cuidar do idoso em casa constitui uma atividade que deve ser estimulada, porém não é tarefa fácil para quem a realiza, uma vez que ela representa uma sobrecarga física, emocional e financeira para estes prestadores de cuidados. Um outro aspeto importante relaciona-se com o facto de esta assistência decorrer sem uma preparação técnica e emocional adequada e, comumente apresentarem pouca interligação com os profissionais de saúde, conduzindo assim a situações de não adesão e desempenho inadequado do papel de prestador de cuidados.

Assim, a assistência domiciliária ao cuidador familiar de maneira eficaz, pressupõe uma articulação dos profissionais de saúde, do idoso, do prestador de cuidados, da família e inclusivamente da comunidade, sendo todos participantes ativos das ações de saúde. De facto, a ampla escala de cuidados que os cuidadores requerem, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e, sempre que possível no seu ambiente natural, traduz a importância da intervenção do Enfermeiro no contexto familiar/comunitário para potenciar e capacitar a prestação informal de cuidados, por intermédio do desenvolvimento de um programa de intervenção comunitária em matéria de saúde, junto da família promovendo a adesão e aceitação ao papel de prestador de cuidados.

Dessa forma, no âmbito da realização da UC Estágio surgiu o desafio de desenvolver um Diagnóstico de Necessidades e Recursos em Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

Assim, ao longo deste capítulo, irei descrever e caracterizar sucintamente os resultados encontrados, devidamente enquadrados na metodologia do Planeamento em Saúde preconizado por Tavares (1990), permitindo identificar e diagnosticar as necessidades em saúde da população estudada, contribuindo dessa forma para o conhecimento e divulgação dos problemas reais e latentes encontrados, para que seja possível a apresentação de soluções.

Assim, este diagnóstico foi levado a cabo nos meses de abril a junho de 2010, junto de uma amostra de prestadores informais de cuidados, familiares de idosos dependentes das USF Saúde no Futuro e USF Camélias. Tinha como objetivos específicos: caracterizar os cuidadores familiares de idosos dependentes; identificar os seus problemas de saúde prioritários (reais e latentes); identificar relações significativas entre as diversas variáveis em estudo e de que forma estas influenciam a prestação do cuidado e o bem-estar do cuidador familiar e; avaliar os



recursos existentes para os cuidadores familiares de idosos dependentes nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

A amostra, constituída por 128 cuidadores, representou 66% da população em estudo. Optou-se por uma amostragem não probabilística por conveniência, sendo definidos como critérios de inclusão para o cuidador: ser cuidador principal e familiar do idoso dependente; cuidar do idoso há pelo menos doze meses e, não ser remunerado, enquanto que para o idoso: idade igual ou superior a 65 anos e estar previamente sinalizado como Dependente na aplicação informática SAPE.

O instrumento de colheita de dados consistiu num inquérito composto pela avaliação de variáveis sociodemográficas do idoso dependente e cuidador, avaliação da dependência do idoso (por intermédio do índice de Barthel e índice de Lawton), avaliação do contexto do cuidado, ou seja, as condições habitacionais onde o cuidador desempenha o seu papel e, por fim, avaliação da sobrecarga e funcionalidade familiar, por intermédio de dois instrumentos: Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit e APGAR Familiar de Smilkstein. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado em SPSS v.17.0 e o nível de significância admitido foi de $p < 0,05$.

Os principais achados decorrentes deste diagnóstico passam pela constatação da idade avançada dos idosos dependentes, sendo que a média de idades se situa nos 81 anos, o que se repercute no elevado nível de dependência encontrado para a realização das atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). O papel de prestador principal de cuidados é assumido maioritariamente por familiares diretos, como cônjuges ou filhos do idoso dependente, maioritariamente do sexo feminino.

O contexto habitacional no qual o cuidado é prestado, foi também analisado tendo-se constatado que este ocorre maioritariamente na residência dos próprios cuidadores. As habitações apresentam em média menos de 6 divisões. O aquecimento das habitações é proporcionado por aquecedores elétricos ou a gás e a instalação elétrica é acessível e segura. As habitações não apresentam humidades e são bem ventiladas. As casas de banho encontram-se no interior da casa, são maioritariamente completas com banheira e não são adequadas às necessidades de cuidado, para cerca de metade dos cuidadores familiares. Os quartos estão situados no mesmo piso da casa de banho e em cerca de 79% dos casos as camas são adequadas ao cuidado e às características da dependência do idoso. As habitações não apresentam riscos ou dificuldades estruturais, possuindo fácil acesso às mesmas.

Importa sobre o contexto habitacional onde o cuidado é prestado, concluir que a inadequação da casa de banho às necessidades do cuidado ao idoso dependente demonstrou ser causadora de impacto negativo ao nível das duas dimensões analisadas, sobrecarga e funcionalidade familiar.

Quanto aos próprios cuidadores familiares, foi possível concluir que são maioritariamente do sexo feminino. Relativamente a este achado, ele está de acordo com o encontrado em vários estudos onde a permanência do papel histórico e social de cuidar é atribuído à mulher (Rodriguez, 2001; Brito, 2002; Simões, 2003; Lage, 2005). Este facto traduz



também, um processo de divisão sexual dos papéis, observado ao longo dos tempos e que está enraizado na cultura e que é transmitido de geração em geração, como afirma Collière (2003, p.51). Paralelamente à questão cultural, a desvalorização do trabalho feminino e os salários geralmente mais baixos, fazem com que sejam as mulheres que permanecem em casa ou abandonam a atividade laboral para cuidar de um familiar em situação de doença.

Ainda a este respeito, Relvas (2000, p. 188) refere que atualmente “o tipo de família dominante é a família multigeracional, considerada em termos de vivências e relacionais”. Brito (2002, p.32) acrescenta que “praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidados a idosos dependentes serem prestados pelas filhas”.

Quanto à idade, os cuidadores familiares tinham cerca de 63 anos. Foi possível encontrar cuidadores familiares de idosos dependentes dos 26 aos 90 anos, pelo que a realidade é díspar. No entanto, o maior número de cuidadores situa-se no grupo etário dos 41 aos 65 anos de idade com 53,1%. Um segundo grupo de cuidadores familiares muito numeroso diz respeito aos cuidadores familiares cuja idade pertence ao grupo etário dos 76 aos 85 anos. Este grupo etário, já de si envelhecido, corresponde em larga escala aos cônjuges dos idosos dependentes que, num elevado número de situações assumem o papel de prestador de cuidados.

Desta realidade devem emergir preocupações e uma atenção específica da parte não só das equipas multidisciplinares de saúde, mas também das instituições comunitárias, desde o poder local às IPSS.

Segundo Santos (2006, p. 30) a idade pode ser fator agravante, isto porque,

“os cônjuges que prestam cuidados encontram-se mais expostos a problemas de saúde do que os descendentes, têm menos resistência e quando são envolvidos em esforços físicos para além das suas forças, ficam expostos a elevados riscos de saúde. Parece haver unanimidade no facto de existir uma forte tendência para os prestadores de cuidados sentirem efeitos físicos relacionados com o esforço”.

Relativamente aos dados apurados ao nível da idade, estes são muito idênticos ao estudo realizado por Rodriguez (2001) numa comunidade espanhola, e ao estudo realizado por Imaginário (2004), onde as idades dos cuidadores variavam entre os 25 e os 64 anos.

Os cuidadores familiares possuem uma instrução superior, comparativamente aos idosos que cuidam. Não se encontram profissionalmente ativos e a sua principal fonte de rendimento advém da pensão/reforma, situada abaixo dos 500€, gastando em saúde com o familiar idoso dependente até 200€ mensais.

O cuidado implica custos ao nível das oportunidades laborais para os cuidadores familiares, na medida em que estes veem o seu estatuto laboral modificado, abandonando-o temporária ou definitivamente, reestruturando a sua situação ou impedindo o ingresso no mercado laboral. Esta situação tem efeitos consideráveis ao nível da autoestima, do desenvolvimento pessoal, do acesso a redes de apoio social, limita a capacidade económica e consequentemente a independência, tal como descreve Carretero-Gómez *et al.* (2006).



Os cuidadores autopercecionam a sua situação económica como razoável e referem possuir dúvidas ao nível dos exercícios de mobilização, alimentação, transferências e posicionamentos. A dúvida menos referida prende-se com os cuidados de higiene. Sobre este aspeto importa mencionar que o facto dos cuidadores familiares assumirem o cuidado como uma tarefa inerente à família ou, em muitos casos, assumirem o papel de prestador de cuidados há já longos períodos, tende a manifestar-se sobre a forma de ausência de dúvidas. Esta poderá ser uma necessidade latente, sentida essencialmente pelos enfermeiros que, pela relação próxima que assumem com os cuidadores, devem estar despostos e determinar o impacto efetivo sobre a qualidade da prestação de cuidados e o grau de sobrecarga, traduzido em stress do prestador de cuidados, que daí possa advir para o cuidador.

Os cuidadores familiares são influenciados negativamente, ao nível da funcionalidade familiar, pelo facto de habitarem longe de locais necessários à vida diária (igreja, centro de saúde, supermercado, farmácia, família alargada), bem como referem uma maior sobrecarga em função do aumento dos gastos em saúde que realizam com o seu familiar, denotando uma relação próxima entre a sobrecarga financeira associada ao cuidado do idoso dependente e o sentimento de sobrecarga global decorrente da prestação de cuidados.

Quanto à avaliação da variável Sobrecarga do Cuidador, foi possível concluir que 64,8% dos cuidadores apresentam sobrecarga, sendo que desses 23,4% apresentam sobrecarga ligeira, 27,3% apresentam sobrecarga moderada e, 14,1% apresentam sobrecarga severa. Os valores médios de sobrecarga encontrados foram de 36,5. Os resultados encontrados são semelhantes aos de Garret *et al.* (2003); Santos (2004), Marques (2007); Lage (2007) e; Pereira (2007).

Estudos realizados por Kerr, citado por Marques (2007, p.164), vão ao encontro dos dados apurados em que referem que uma das dificuldades sentidas pelos cuidadores diz respeito à sobrecarga física provocada pela prática de cuidados.

Cuidar encerra simultaneamente dois aspetos opostos, tal como nos refere Santos (2004, p. 201), “por um lado as consequências negativas do desempenho de um papel extenuante e da exposição a inúmeras situações complexas, por outro a satisfação e o bem-estar pelo trabalho desenvolvido.” Contudo a maioria dos estudos, segundo Salgueiro (2006, p.86), focaliza a sua atenção nos aspetos negativos do cuidar, na medida em que são estes aspetos que maior relevância apresentam no âmbito da atuação dos profissionais.

Relativamente à funcionalidade familiar foi possível verificar que apesar do desempenho do cuidado, os cuidadores familiares, na sua maioria (68,8%) apresentam processos familiares altamente funcionais. Neste dado parece estar implícito a noção de intervenção familiar na doença, pois o papel de principal prestador de cuidados a nível familiar, segundo Santos (2008, p.50) remete para “a noção do cuidado como tarefa preferencialmente familiar (...) o cuidador familiar encontra satisfação na manutenção do familiar idoso no domicílio e no desempenho do cuidado.”



Estes dados são consistentes com o estudo realizado por Santos (2009, p. 247) onde afirma que “a relação entre cuidador familiar e idoso dependente se caracteriza como uma relação de proximidade que não sofre alterações pela presença do episódio de dependência”.

Estes dados vão ao encontro de um estudo realizado por Brito (2002, p.239) em que “o cuidar encontra-se intimamente associado ao dever cumprido, sentido como sendo uma fonte de satisfação. Por outro lado, a ideia do cuidador deixar de cuidar do idoso dependente e de o colocar numa instituição encontra-se relacionada com deslealdade, perda, e mesmo de abandono.”

Importa ainda referir que 19,5% das famílias são classificadas como apresentando disfunção acentuada e que o resultado médio obtido foi de 7,2.

Segundo Gonçalves (2002, p.36), a dependência “psicofuncional do idoso modifica significativamente a rotina, a dinâmica familiar e as relações de troca entre seus membros. A inversão de papéis (do ser cuidado para cuidar) coloca uma série de novas atividades que poderão surgir como angustiantes para quem presta cuidados.”

Foi ainda possível concluir que as dimensões de impacto sobre o cuidador familiar se correlacionam entre si, demonstrando um comportamento de proporcionalidade inversa, pois há medida que aumenta a sobrecarga do cuidador, diminui a funcionalidade familiar.

Conclui-se ainda que a funcionalidade familiar e a sobrecarga se correlacionam com o grau de dependência dos idosos, ou seja há medida que estes são mais dependentes diminui a funcionalidade familiar, bem como se agrava a sobrecarga sobre os cuidadores.

As principais evidências obtidas, estão em consonância com a vasta bibliografia consultada e com os principais estudos de referência analisados (Martín, Paúl e Roncon, 2000; Garrett *et al.*, 2003; Marote *et al.*, 2005; Santos, 2005; Botelho 2007; Ferreira 2007; Pereira, 2007; Santos 2008; Teixeira 2009; Andrade 2009 e; Ricarte 2009), que têm como linha principal a temática da sobrecarga do cuidador e o impacto na funcionalidade familiar decorrente da prestação informal de cuidados no seio familiar.

No entanto, tal como referido no próprio Diagnóstico de Saúde, são escassos os estudos que avaliem estas duas dimensões em paralelo e, incluam ou foquem, em particular, o contexto de prestação do cuidado informal como uma variável com impacto na sobrecarga do cuidador familiar. Do conjunto de bibliografia diversa consultada, foi possível verificar que o contexto, não é prioritariamente um fator analisado, no entanto, algumas variáveis são passíveis de serem encontradas em Lage (2007), tendo-se verificado a sua concordância em diversas ocasiões.

Em função das principais conclusões obtidas, como resultado da análise do Diagnóstico de Necessidades e Recursos em Saúde levado a cabo, foram identificados, caracterizados e devidamente enquadrados, na bibliografia consultada, os principais problemas em saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Assim, no capítulo seguinte procede-se à descrição do processo de definição de prioridades.



2.1. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM

Após o Diagnóstico de Saúde, onde foram identificados os fatores que contribuem para o impacto negativo sobre o cuidador familiar de idosos dependentes, ao nível da sobrecarga e funcionalidade familiar, foi necessário sistematizar esses respetivos fatores sob a forma de problemas de saúde que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve ser competente na sua resolução ou encaminhamento. Para isso, tornou-se essencial levar a cabo a definição de prioridades de intervenção em saúde.

De forma a reduzir a subjetividade que poderia estar presente na definição de prioridades pela escolha de critérios de avaliação, que potencialmente poderiam ser fator de viés, socorri-me de um vasto conjunto de contributos de especialistas na área temática em questão e, da Enfermagem Comunitária em concreto, desde o recurso à orientadora de estágio, Professora Norminda Magalhães e à tutora de estágio, Enfermeira Rosa Vasconcelos, passando por um painel de peritos alargado de modo a contribuir de forma segura para a escolha de critérios de análise dos problemas identificados.

Para isso levei a cabo a técnica de grupo nominal. Esta técnica, para Tavares (1990, p.85), permite “a identificação de uma lista de prioridades sem que os critérios de decisão estejam explicitamente formulados”. Por esse motivo e pelo facto de, tal como nos refere Cassiani e Rodrigues (1996, p.82), a técnica de grupo nominal, para além de ser simples, exige pouca necessidade de tempo na sua conclusão, por não requerer um grande número de participantes. Esta técnica tem, segundo os mesmos autores larga aplicação na Enfermagem Comunitária.

Assim, o painel de participantes selecionado para a aplicação desta técnica, na determinação de prioridades em saúde, constituiu-se pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária do ACES Grande Porto VIII/Gaia, onde decorreu a colheita de dados, pelo facto de serem bons conhecedores da realidade dos cuidadores familiares de idosos dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

Esta técnica foi aplicada em reunião de equipa de Enfermagem, após a apresentação das conclusões decorrentes do Diagnóstico de Saúde realizado, tendo seguido as etapas descritas por Cassiani e Rodrigues (1996, p.81), onde partindo da questão inicial: “*A que níveis deve o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária intervir, junto dos cuidadores familiares de idosos dependentes, de modo a reduzir o impacto negativo sobre o cuidador e família?*”, procurou-se um consenso de grupo, a partir das respostas iniciais e da análise e apreciação do conjunto de ideias, por intermédio de análise de conteúdo, categorizar as respostas dadas e, por fim, selecionar e ordenar as cinco principais ideias de decisão grupal em relação à questão inicial.

Do consenso que se pretendeu conseguir quanto à definição de prioridades, com recurso a especialistas, bibliografia específica sobre a temática e à técnica de grupo nominal, pretendeu-se uma visão debruçada sobre o conjunto de problemas identificados na etapa anterior, ordenando-os prioritariamente.



Quadro 1 – Grau de significado das necessidades em saúde encontradas

Prioridade	Áreas de intervenção	Problemas de saúde detetados	Significado atribuído pelo grupo nominal (%)
1	Impacto negativo detetado ao nível da sobrecarga do cuidador e da funcionalidade familiar	<p>Presença de impacto negativo nos cuidadores familiares, pelo desempenho do papel de prestador de cuidados, ao nível da dinâmica de relação entre as variáveis: sobrecarga e, funcionalidade familiar;</p> <p>Diminuição da funcionalidade familiar associado à prestação de cuidados afastada de locais necessários à vida diária;</p> <p>Sobrecarga do cuidador familiar associado aos elevados gastos em saúde com o cuidado ao idoso dependente;</p> <p>Impacto negativo, associado ao contexto domiciliário em que os cuidadores familiares desempenham a sua intervenção junto dos idosos dependentes em particular nos casos de inadequação das casas de banho, insegurança da instalação elétrica e ausência de aquecimento na habitação;</p> <p>Sobrecarga e diminuição da funcionalidade familiar, quando o idoso dependente é do sexo masculino;</p>	42,3%
2	Cuidadores familiares	<p>Problema latente nos cuidadores familiares, pelo desempenho de papéis de género associados ao cuidado domiciliário, presente nos cônjuges e filhos do sexo masculino, em menor grau nos últimos, devido à diferença geracional;</p> <p>Problema latente associado à ausência de dúvidas dos cuidadores;</p> <p>Problema potencial associado aos elevados gastos em saúde, ao nível socioeconómico e à auto percepção da situação económica;</p> <p>Problema potencial associado ao encargo do cuidado ao idoso dependente no caso de falecimento dos cônjuges, também eles envelhecidos e, em termos futuros, nas repercussões laborais sociais e económicas, quando a prestação de cuidado permanece no agregado familiar;</p> <p>Emergência do cuidador familiar enquanto figura feminina e seu impacto ao nível do desenvolvimento humano, social e profissional, associado à necessidade do desenvolvimento do papel de cuidadoras;</p> <p>Idade elevada dos cuidadores familiares de idosos dependentes;</p> <p>Baixo nível de instrução dos idosos e seus cuidadores, cuja associação ao nível socioeconómico é uma realidade de inegável sustentação;</p> <p>Problema potencial de compatibilização, da</p>	21%



		parte dos cuidadores familiares, quando no ativo, entre as responsabilidades laborais e as necessidade de prestação efetiva de cuidado ao familiar idoso dependente;	
3	Rede formal de cuidados	Ausência de competências consolidadas para a intervenção ao nível familiar na promoção da adesão ao papel de prestador de cuidados e redução stress associado à sobrecarga e perda de funcionalidade familiar pelo desempenho do papel de prestador de cuidados; Insuficiente intervenção ativa dos enfermeiros na definição local de políticas do idoso;	20,3%
4	Idosos dependentes	Níveis elevados de dependência nos idosos, que remetem para a necessidade de cuidadores e para o impacto negativo que a elevada dependência dos idosos provoca, em particular ao nível da sobrecarga dos cuidadores; Perda de funcionalidade e dinâmica familiar quando o idoso dependente apresenta elevados níveis de dependência na realização das AIVD; Envelhecimento populacional generalizado, conduzindo a um número elevado de dependentes no domicílio, em particular do sexo feminino;	11,7%
5	Rede informal de cuidados	Insuficiente rede informal de apoio aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares, associada quer à carência de recursos sociais ou privados disponíveis, para apoio domiciliário, falta de divulgação dos serviços prestados e, pela onerosidade que lhes está associada;	4,7%

Foi assim propósito do desenvolvimento do projeto comunitário: “Cuidar do Cuidador” proporcionar respostas efetivas aos problemas detetados nas áreas de intervenção: “*Impacto negativo detetado ao nível da sobrecarga do cuidador e da funcionalidade familiar*”, “*Cuidadores familiares*” e “*Rede formal de cuidados*”. De facto, contingências relacionadas com o período de tempo disponível, não permitiram a resolução efetiva ou o contributo para tal, ao longo dos módulos II e III da UC Estágio, de todos os problemas identificados.



3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: CUIDAR DO CUIDADOR

A excelência do exercício profissional exige compromisso e dedicação, constituindo-se como um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento, cabendo a cada enfermeiro, no contexto do seu exercício assumir este compromisso, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente a busca da excelência. Logo, considero que ao longo dos módulos II e III da UC Estágio, almejei este objetivo, ao empreender o projeto de intervenção comunitária: “Cuidar do Cuidador – O Enfermeiro como promotor da adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados” que teve como intuito proporcionar respostas, por intermédio de estratégias e intervenções de enfermagem previamente planeadas, aos problemas de saúde identificados aquando do Diagnóstico de Necessidades em Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

Este projeto de intervenção comunitária visou reduzir o impacto negativo presente nos cuidadores familiares de idosos dependentes, associado ao desempenho do papel de prestador de cuidados, quer pela promoção da sua adesão, quer pela promoção do seu adequado desempenho, quer ainda pelo enriquecimento de competências na rede formal de cuidados, em particular nos enfermeiros, para melhor lidarem com esta problemática.

O presente capítulo serve assim de demonstração das atividades e ações envidadas no sentido de promover a sua adequada e eficaz execução.

As etapas iniciais que remeteram para o conhecimento consciente dos recursos em saúde (existentes na rede alargada de apoio ao cuidador informal), bem como o conhecimento aprofundado das necessidades em saúde (ao nível do impacto negativo causado pelo ato de cuidar) e, após a consulta de um painel de peritos que permitiram o estabelecimento das prioridades de intervenção mais imediatas, conduziram assim, ao planeamento e conceção do projeto de intervenção comunitária: “Cuidar do Cuidador”.

Pretendi dessa forma a resolução das prioridades de saúde identificadas com ênfase particular na promoção do papel de prestador de cuidados e na melhoria da atuação dos enfermeiros na prevenção e redução do impacto negativo presente nos cuidadores familiares.

Considerarei necessário para proporcionar respostas adequadas aos problemas identificados, constituir três eixos estratégicos principais da intervenção juntos dos cuidadores familiares de idosos dependentes e da equipa multidisciplinar, com ênfase particular sobre os enfermeiros da USF Saúde no Futuro, que pela sua especificidade mereceram um planeamento próprio (ANEXO II), e que se referem às Sessões de Educação para a Saúde (visando o empoderamento de cuidadores e enfermeiros), ao Grupo de Ajuda e, ao Acompanhamento Domiciliário.

No capítulo seguinte abordam-se, em pormenor, cada uma destas estratégias implementadas, bem como se descrevem e caracterizam um conjunto alargado de outras intervenções e atividades levadas a cabo, consideradas pertinentes por si só, ou como complementares às atrás referidas, sempre com o intuito de proporcionar respostas de



Enfermagem aos problemas identificados e promover a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

3.1. EXECUÇÃO DO PROJETO: CUIDAR DO CUIDADOR

Os enfermeiros enquanto agentes promotores de saúde, devem acompanhar as mudanças sociais e contribuir para o bem-estar físico, psicológico, social e económico da população alvo da sua atenção. Para além disso, o Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.32) deve ter “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializada na área clínica da sua especialidade.”

Posto isto, e de acordo com as necessidades identificadas, no Diagnóstico de Necessidades em Saúde, foi necessário proporcionar respostas cabais. Assim, em conjunto com os achados do referido Diagnóstico, associado à necessidade de sensibilização da equipa de enfermagem para as reais necessidades em saúde dos cuidadores familiares, ao nível da sobrecarga e funcionalidade familiar, patente no frequente pedido de visitas domiciliárias de enfermagem de carácter curativo e com necessidades de intervenção em educação para a saúde junto do cuidador, permitia já antever a necessidade de intervir junto dos cuidadores familiares, tal como o Diagnóstico de Saúde levado a cabo acabou por demonstrar, constituindo-se assim como um instrumento de apoio à tomada de decisão clínica em Enfermagem. Tentei aliás, desde cedo, que a minha intervenção ao longo da UC Estágio promovesse o desenvolvimento dessas competências que considero essenciais num enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária

No entanto, foi essencialmente a ausência de competências específicas para o cuidado informal demonstrada pelos prestadores de cuidados que tornaram prioritária a implementação deste projeto, por intermédio de uma intervenção direcionada e específica.

Para além dos aspetos atrás referidos, bem como das principais conclusões obtidas no Diagnóstico de Saúde, a ausência de uma intervenção verdadeiramente multidisciplinar, bem como a baixa cobertura das situações de dependência ao nível da proteção social e ajudas técnicas, constituiu um problema que se traduz na necessidade de acompanhamento alargado para uma estrutura em rede que propicie respostas a outros níveis que o Enfermeiro Especialista não pode concretizar, mas que lhe cabe orientar no sentido da sua efetiva consecução, como é o caso da intervenção social e do apoio psicológico.

No sentido de colmatar este aspeto, o Projeto: “Cuidar do Cuidador” integrou uma intervenção multidisciplinar proactiva e multiabrangente, intervindo ao nível das principais dificuldades detetadas no Diagnóstico de Necessidades em Saúde, promovendo a intervenção de outros prestadores de cuidados, de modo a garantir a efetiva acessibilidade e proximidade dos cuidados formais em rede.

Assim, foi neste contexto que julguei pertinente implementar sessões educativas para prestadores informais de cuidados, em particular os cuidadores familiares de idosos



dependentes da USF Saúde no Futuro, envolvendo o apoio de outros profissionais (psicólogo, assistente social) e, instituições da comunidade (Junta de freguesia e Liga dos Amigos do CS Soares dos Reis), para providenciar outras formas de cuidado, como foi o caso do acompanhamento psicológico, por intermédio do Grupo de Ajuda.

Este projeto destinou-se a cuidadores familiares de idosos dependentes que manifestassem dificuldades, dúvidas e receios, ou que simplesmente consideraram ter deixado de ter tempo para si próprio, por cuidar do seu familiar. Assim o grupo alvo dos cuidados de enfermagem remeteu para o conjunto de cuidadores familiares de idosos dependentes da USF Saúde no Futuro que apresentassem como diagnóstico de enfermagem: *Stress do prestador de cuidados em grau moderado* ou *Stress do prestador de cuidados em grau elevado* e, *Adesão ao papel de prestador de cuidados não demonstrado*. Estes aspetos foram avaliados objetivamente por intermédio da aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, servindo esta como critério diagnóstico para a definição do status do foco de atenção: Stress do prestador de cuidados, nomeadamente, os cuidadores familiares que apresentassem resultado final que se enquadrasse ao nível da sobrecarga moderada, teriam o diagnóstico de enfermagem de Stress do prestador de cuidados em grau moderado e os que se encontrassem com sobrecarga severa teriam o diagnóstico de enfermagem de Stress do prestador de cuidados em grau elevado. Foram ainda selecionados os cuidadores familiares que apresentassem o diagnóstico de enfermagem de Adesão ao papel de prestador de cuidados não demonstrado. Este diagnóstico de enfermagem tinha por base os critérios diagnósticos referidos por Figueiredo (2009, p.475).

O projeto “Cuidar do Cuidador” teve como objetivo geral: *Promover a adesão e adequado desempenho do papel de prestador informal de cuidados*.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- Promover o desenvolvimento de competências para o cuidado informal de idosos dependentes;
- Incentivar a comunicação expressiva de emoções, dúvidas e receios;
- Facilitar o contacto e a socialização entre cuidadores informais de idosos dependentes;
- Promover a acessibilidade dos cuidadores que não se podem deslocar à USF;
- Oferecer apoio e suporte psicológico.

Nos casos onde não foi possível a participação dos cuidadores familiares de idosos dependentes, nas sessões do grupo de ajuda, ou nas sessões de educação para a saúde o projeto “Cuidar do Cuidador” preconizou uma intervenção em contexto domiciliário, com sessões informativas e expositivas de educação para a saúde em cuidadores que se enquadravam nos critérios anteriormente referidos, de forma a colmatar a sua ausência nas sessões na USF Saúde no Futuro.



3.1.1. Empoderamento dos cuidadores familiares

O presente projeto de intervenção comunitária enquadra-se, como atrás referido, em três linhas estratégicas gerais, de onde se destaca a necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências para o cuidado informal nos cuidadores familiares. Esta etapa visa assim o empoderamento dos cuidadores no que à competência, conhecimento, habilidade e autonomia para cuidar do familiar idoso dependente no domicílio, diz respeito.

As sessões de educação para a saúde, base do empoderamento preconizado, consistiram de formações, sob a forma de apresentações expositivo-demonstrativas e interativas realizadas por um profissional de saúde que visaram a aquisição e desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal.

Os cuidadores informais participantes no projeto “Cuidar do Cuidador”, consistiam de um grupo pré-selecionado de cuidadores informais, que apresentam familiares idosos dependentes com níveis semelhantes de incapacidade funcional e dependência, de forma a tornar o grupo equilibrado, no que às suas realidades de prestação de cuidados disse respeito. Tentei desta forma criar um enquadramento homogéneo de necessidades de modo a promover uma aquisição e desenvolvimento gradual e sustentada de competências, alicerçada na partilha de dificuldades conjunta.

Foram levadas a cabo intervenções no sentido de adequar a ação do enfermeiro às reais e efetivas necessidades do grupo de cuidadores que participou nas sessões de educação para a saúde, de modo a determinar quais as maiores dificuldades sentidas. Para isso realizei uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos mesmos (ANEXO II), em determinadas áreas, no início deste projeto, de modo a avaliar os seus conhecimentos e assim delinear todas as temáticas a abordar de uma forma direcionada, permitindo uma mais clara e simples leitura das suas dificuldades para ir ao seu encontro, providenciando respostas específicas aos problemas e dúvidas referidos.

A avaliação diagnóstica teve por base a avaliação dos conhecimentos dos cuidadores sobre diversos aspetos considerados como convenientes e extraídos do Diagnóstico de Necessidades em Saúde, mas também com o que a literatura consultada e a experiência vivenciada em cuidados de saúde primários conjugam como mais significativos: *Patologia crónica: Diabetes, Hipertensão Arterial, Doença Cardiovascular, Doença Osteoarticular; Alimentação; Medicação; Prevenção de quedas; Posicionamentos e mobilizações*. Os conteúdos das sessões de educação para a saúde foram selecionados por ordem de relevância científica encontrada, dando primazia àqueles que conferiam competências para o cuidado informal de forma progressiva, contínua e sustentada. Abordaram-se assim diferentes temáticas úteis para quem cuida de familiares dependentes, tais como: *alimentação; higiene e conforto; prevenção de úlceras de pressão; cuidados gerais com dispositivos médicos; transferências da cama para a cadeira e vice versa, etc.*

Estas sessões decorreram em contexto de grupo no Cantinho do Cuidador (sala de reuniões da USF Saúde no Futuro), ou para os cuidadores que não se podiam deslocar, em



contexto domiciliário. Nesses casos foi realizado em paralelo a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2009), como forma de documentação do Processo de Enfermagem e de aquisição e desenvolvimento de competências para o cuidado informal.

As sessões de educação para a saúde seguiram uma planificação previamente elaborada (ANEXO VI) e decorreram com carácter quinzenal às terças-feiras, às 15h30, com a duração de 90 minutos, no “Cantinho do Cuidador”, espaço previamente preparado para acolher as sessões com a implementação de um ambiente acolhedor e promotor do diálogo e aprendizagem.

Todas as sessões foram intervaladas com uma pausa para lanchar, com lanche oferecido aos cuidadores, pelos parceiros alimentares contactados (Hipermercados Continente e Supermercados El Corte Inglés) e tiveram nos primeiros 45 minutos a sessão de educação para a saúde e nos segundos 45 minutos tempo dedicado a demonstrações, treino ou esclarecimento de dúvidas.

As estratégias selecionadas passaram por:

- Educação para a saúde, por intermédio de apresentações multimédia em *powerpoint* para as sessões educativas, com recurso à metodologia expositivo-demonstrativa e participativa;
- Realização de mobilização de parcerias locais, desde outros profissionais de saúde, estruturas e instituições locais, o ACES ou IPSS;
- Sensibilização da equipa multidisciplinar para promover e garantir a participação dos cuidadores;
- Elaboração de um Manual de Ajudas Técnicas
- Elaboração de um Manual do Cuidador;
- Elaboração do jornal: “Cuidar da Vida”
- Visitações domiciliárias, com aplicação do MDAIF de Figueiredo (2009);
- Criação do Cantinho do Cuidador, espaço destinado à realização das sessões de educação para a saúde que foi adequado, de modo a apresentar pósteres informativos sobre a problemática dos cuidadores informais, bem como todo o material resultante das dinâmicas de grupo das sessões de apoio psicológico e que contou com a participação dos cuidadores na sua construção. (ANEXO III)

Para auxiliar a consecução dos objetivos previstos, bem como promover a aquisição e desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal, foram desenvolvidos dois manuais, o Manual do Cuidador (ANEXO IV) que teve o objetivo de auxiliar a compreensão dos cuidadores familiares de idosos dependentes e serviu de guião para o esclarecimento de dúvidas que surgiam no contacto direto com o idoso dependente. O segundo manual, Manual de Ajudas Técnicas (ANEXO V), teve o objetivo de facilitar o esclarecimento sobre as ajudas técnicas potencialmente necessárias ao cuidado informal do idoso dependente, bem como referenciar os locais de aquisição e preços praticados nas comunidades de Mafamude e Vilar



de Andorinho.

As sessões de educação para a saúde contaram ainda com a presença e participação de outros profissionais que as enriqueceram e que foram determinantes para o seu sucesso, contribuindo com uma intervenção mais alargada e abrangente e, dessa forma, mais completa na resposta providenciada.

Desses profissionais, destaco a presença das Assistentes Sociais, Dra. Cristina Lima e Dra. Susana Monteiro, que dinamizaram uma sessão destinada ao tema: “As ajudas sociais ao idoso e seu cuidador” e, “A Liga dos Amigos do CS de Soares dos Reis (LACSSR) como parceiro de cuidados” respetivamente, onde abordaram as questões relacionadas com o apoio social (financeiro e de ajudas técnicas) possível de obter para o idoso dependente e cuidador familiar, bem como apresentaram a LACSSR, uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) que proporciona apoio de higiene e conforto a utentes dependentes, cuidados alimentares, higiene da habitação e apoio de voluntariado, constituindo-se como um elo importante e uma mais-valia na rede alargada de apoio ao cuidador.

Destaco ainda a presença da Enf. Isabel Oliveira da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Âncora que apresentou a carteira de serviços e a oferta assistencial desta UCC em prol dos idosos dependentes e seus cuidadores, permitindo o conhecimento de mais este importante recurso na rede formal de cuidados.

Por fim, destaco ainda a presença da Enf. Cristina Azevedo da Equipa Coordenadora Local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que apresentou esta equipa e de que forma este recurso comunitário, da rede formal de cuidados, pode ser utilizado em benefício da melhoria da qualidade de vida dos cuidadores familiares e dos próprios idosos dependentes.

Tal como atrás referido, o Projeto: “Cuidar do Cuidador” alicerçou-se numa lógica de aquisição e desenvolvimento de competências para o melhor desempenho do cuidado informal, melhorando assim os níveis de qualidade de vida dos cuidadores. No entanto, um dos principais obstáculos encontrados constou da dificuldade da presença dos cuidadores nas sessões levadas a cabo no “Cantinho do Cuidador”, particularmente nos prestadores informais que cuidavam de idosos com elevados graus de dependência.

Assim, para garantir a acessibilidade ao projeto “Cuidar do Cuidador” por parte destes cuidadores, que inclusivamente, através da análise do Diagnóstico de Necessidades em Saúde realizado, são os que apresentam maior agravamento de sobrecarga, optei por desenvolver essas sessões em contexto domiciliário de modo a colmatar esta dificuldade. Esta intervenção *in loco*, possibilitou ainda uma mais favorável e imediata aquisição de competências, bem como permitiu a aplicação do Processo de Enfermagem à Família, segundo Figueiredo (2009), revelando-se um fator auxiliador à intervenção do enfermeiro junto da díade cuidador-idoso.

Ao longo do Projeto: “Cuidar do Cuidador” realizaram-se 19 visitas domiciliárias de caráter preventivo com a finalidade de proceder à realização de sessões descritivo-expositivas de educação para a saúde, a um total de 4 cuidadores familiares.



3.1.2. Grupo de ajuda

Paralelamente às sessões educativas foi dinamizado um grupo de ajuda, implementado em colaboração com uma psicóloga que colaborou com o projeto, Dra. Raquel Oliveira e que teve, em parceria, a função de proporcionar o devido apoio e acompanhamento psicológico com acesso a consultas gratuitas, de modo a que o cuidador se sentisse apoiado, atenuasse as suas preocupações e promovesse o seu ajustamento emocional.

Para além da aprendizagem que pretendi promover nos prestadores de cuidados, desejei também, que estes se sentissem bem com eles próprios e que experimentassem um sentimento de realização pessoal e de motivação para a tarefa de Cuidar, por intermédio da terapia de grupo, de modo a que os cuidadores não se sentissem sós nesta tarefa e pudessem partilhar ansiedades, receios e dúvidas. Em última análise a intervenção de enfermagem levada a cabo visou promover a adesão ao papel de prestador de cuidados por intermédio do desenvolvimento/fortalecimento das estratégias de coping adaptativo, fortalecimento do autocontrolo sobre o medo ou ansiedade associados à prestação informal de cuidados, promoção do envolvimento com as equipas de saúde, família alargada e rede social de apoio, encorajamento à tomada sustentada de decisão, promoção de apoio e suporte familiar, fortalecimento de crenças em saúde e estimulação da volição à prestação de cuidados.

Os conteúdos abordados nas sessões do grupo de ajuda foram adequados à participação dos cuidadores, sendo geridos em função das suas dúvidas, receios e necessidades de comunicação expressiva de emoções, no entanto, tentou-se que a temática problematizadora e introdutória à comunicação versasse os seguintes temas: fortalecimento do *self*, autoestima, emoções, preparação para a perda, instilação de esperança e estratégias de coping, etc.

As sessões do grupo de ajuda psicológica, tiveram a duração de 45 minutos e decorreram com carácter quinzenal, alternadamente com as sessões de empoderamento, às terças-feiras, às 15h30, no “Cantinho do Cuidador”, de acordo com um planeamento previamente elaborado (ANEXO II). As sessões foram finalizadas com um lanche convívio, oferecido aos cuidadores, pelos parceiros alimentares do projeto.

Não posso deixar de referir que a colaboração da Dra. Raquel Oliveira da Fundação Portuguesa: A Comunidade Contra a SIDA (FPCCS), constituiu um aspeto fundamental ao sucesso deste projeto de intervenção comunitária pois a sua disponibilidade e apoio, assumindo-se como parceiro estratégico principal, culminou numa profícua parceria. Em muito devo relevar o seu papel que desde o princípio sempre acarinhou e apoiou este projeto, empenhando-se de forma ativa, colaborando na sua condução rumo à melhoria da qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes.



3.1.3. Outras atividades realizadas

Do conjunto de atividades e intervenções levadas a cabo ao longo da UC Estágio, importa salientar outras que concorreram para a aquisição ou desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho autónomo e proficiente e à conclusão com êxito do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária.

Desde logo destaco o contacto próximo com os órgãos dirigentes da OE que, com o intuito de obter o perfil de competências preconizado para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, revestiu-se da maior importância, pois permitiu adequar e direccionar o desenvolvimento e aquisição de competências específicas nessa direção.

Foi também importante contactar com outros peritos na área da Enfermagem ou áreas adjacentes, pelo estabelecimento de parcerias ou pontes de aprendizagem, ou até mesmo de lançamento futuro de atividades. São disso exemplo, o trabalho realizado junto do Professor Elísio Costa, que promoveu o desenvolvimento de competências específicas na área da Investigação em Enfermagem, em particular no que aos procedimentos estatísticos e metodológicos disse respeito, bem como, o contacto estabelecido com o Professor Nilton Formiga, da Universidade Federal de Santa Catarina, autor da Escala da Dinâmica Interna da Família, que permitiu a discussão conjunta de aspetos referentes não só a essa escala e à sua aplicabilidade, mas também à sua experiência e contacto com cuidadores familiares.

Foi ainda possível, desenvolver contactos junto da Professora Doutora Henriqueta Figueiredo, com o intuito de projetar intervenções e projetos futuros, decorrentes das conclusões obtidas no Diagnóstico de Saúde e da aplicação do MDAIF junto dos prestadores informais de cuidados em contexto domiciliário. Ainda neste âmbito, foram encetadas diligências, junto da equipa de gestão de dados do SAPE da Administração Regional de Saúde Norte, com o intuito de promover a implementação da parametrização SAPEFamília, da autoria de Figueiredo (2009) nos servidores informáticos da USF Camélias e USF Saúde no Futuro, com o intuito de promover uma intervenção e documentação da intervenção do enfermeiro, junto da família com elementos que assumam o papel de prestador informal de cuidados a idosos dependentes. (ANEXO XII)

Porque considero que os conhecimentos em investigação por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária não se devem limitar à realização de estudos de investigação, como o Diagnóstico de Saúde, considero ser igualmente importante, o desenvolvimento de competências a nível da comunicação de forma clara, concisa e consequente dos resultados e conclusões obtidos, de forma a atuar como um ator e interveniente central e da maior relevância no processo de tomada de decisões e de resolução de problemas. Nesse sentido, após a conclusão do Diagnóstico de Necessidades em Saúde, realizou-se uma sessão pública de apresentação local dos principais achados onde estiveram presentes não só elementos das equipas multidisciplinares da USF Saúde no Futuro e USF Camélias, bem como elementos dos diversos parceiros envolvidos, de onde destaco as estruturas de poder local e os responsáveis pelas unidades funcionais do ACES Grande Porto



VIII/Gaia, bem como, os próprios cuidadores. Este aspeto torna-se relevante pois permitiu dar visibilidade e envolver os parceiros nas etapas futuras.

Também a esse nível, foi possível ao longo de toda a UC Estágio, notificar os meios locais de comunicação social, com o intuito de informar a população das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho acerca dos principais resultados encontrados, da investigação e intervenção em Enfermagem levada a cabo e, dos projetos de intervenção comunitária implementados, de modo não só a proporcionar visibilidade à ação e intervenção dos enfermeiros, bem como informar a população dos recursos em saúde disponíveis na rede formal de apoio. São disso exemplo as diversas notícias publicadas nos meios locais de comunicação social. (ANEXO XI)

É da maior importância a divulgação e publicação dos resultados e conclusões obtidas como forma de devolver à comunidade respostas eficazes às reais, potenciais e latentes necessidades de saúde diagnosticadas, permitindo ainda ao enfermeiro especialista, afirmar e autonomizar-se no seio das equipas multidisciplinares de saúde onde atua e no seio das comunidades em conjunto com os restantes parceiros efetivos locais, desde os órgãos de poder local às instituições públicas ou privadas de prestação de bens e/ou serviços ao nível da saúde.

Esta é de facto uma competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária que deve ser cultivada por intermédio da adesão dos enfermeiros à investigação e à produção de conhecimento específico em Enfermagem decorrente de evidência científica.

Também por isso, a produção científica por mim realizada ao longo da UC Estágio, não se cingiu às etapas metodológicas e académicas solicitadas, tendo participado em diversos eventos científicos sob a forma de comunicação livre ou ainda como preletor, como foram disso exemplo a participação no Seminário de Investigação em Enfermagem da UCP ou a realização de um poster científico sobre a avaliação do impacto do cuidado nos cuidadores familiares, que resumia os principais achados do Diagnóstico de Saúde realizado e apresentado no II Fórum de Enfermagem Comunitária do ICS-UCP. Julgo dessa forma ter demonstrado cultivar o gosto e a motivação pela produção científica que se espera de um Enfermeiro Especialista.

O trabalho desenvolvido assente em parcerias estratégicas revelou-se eficaz e consequente, tornando-se possível adequar estratégias e obter resultados de forma mais célere e abrangente. Também a este nível o enfermeiro especialista deverá desempenhar um papel fundamental e julgo tê-lo conseguido por intermédio do estabelecimento de diversas parcerias, de onde destaco a Junta de Freguesia de Mafamude, a Junta de Freguesia de Vilar de Andorinho, a LACSSR, o ACES Grande Porto VIII/Gaia, a UCC Âncora e, a FPCCS.

Este conjunto alargado de experiências e contactos permite não só desenvolver e adquirir competências na área do que deve ser o perfil do enfermeiro especialista, bem como repercute o trabalho desenvolvido, uma vez que as competências adquiridas nada o são sem intervir efetivamente junto de populações vulneráveis, ao longo do seu ciclo vital, promovendo assim o desenvolvimento pessoal e profissional.

Foi ainda possível construir um Journal Club, destinado às equipas multidisciplinares e disponibilizado informaticamente com recurso à rede informática interna do ACES Grande Porto



VIII/Gaia, que reuniu um total de 92 artigos científicos de produção portuguesa, realizada nos últimos cinco anos (2006-2011), sobre a problemática dos prestadores informais de cuidados e do impacto negativo resultante da tarefa de cuidar de familiares idosos dependentes.

Assim, a UC Estágio foi profícua em atividades e intervenções de Enfermagem, para além do Projeto: “Cuidar do Cuidador”, que suportou e dinamizou a aquisição de competências específicas para o desempenho de cuidados especializados de Enfermagem. São disso exemplo, a elaboração do Manual de Ajudas Técnicas e o Manual do Cuidador que se propuseram a complementar as sessões deste projeto de intervenção comunitária, com informação útil sobre equipamento adaptativo de ajuda técnica, bem como o local onde são passíveis de serem adquiridos e o preço praticado para além de apontar um conjunto de ações úteis de serem implementadas no domicílio pelos cuidadores familiares.

Realizaram-se ainda sessões de formação para as equipas multidisciplinares das USF Camélias e Saúde no Futuro, com o intuito de promover a avaliação adequada do idoso dependente e permitir a intervenção do enfermeiro de forma direcionada à promoção da adesão ao papel de prestador de cuidados e construção de competências para o cuidado informal. Tendo esta sido uma das prioridades de intervenção definidas, foi necessário empoderar também os profissionais no sentido de desenvolverem competências de intervenção, ao nível familiar e não apenas ao indivíduo, sensibilizando os enfermeiros para a importância que o foco de atenção se centre nas relações dinâmicas, desempenho de papéis e processos familiares a que estes cuidadores estão sujeitos, pois só compreendendo estes aspetos se poderá mais eficazmente promover a adesão e adequado desempenho do papel de prestador informal de cuidados, reduzindo o stress que a ele, por norma, está associado. (ANEXO VII)

A outro nível, foi criado um blogue informativo que pretende dar visibilidade às questões relacionadas com a prestação de cuidados de Enfermagem a sistemas mais amplos como a Família ou a Comunidade, bem como foi criada e divulgada a petição pública para a instituição do Dia Nacional do Cuidador a 26 de agosto. Esta atividade pretende dar visibilidade à figura, tantas vezes negligenciada e esquecida dos cuidadores familiares e, que chegou a contar entre os seus peticionários com Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Enfermeira Maria Augusta Sousa. (ANEXO X)

Como atividades complementares do Projeto: “Cuidar do Cuidador” foram realizados vários cartazes que permitiram o estabelecimento de um ambiente mais acolhedor e didático, no “Cantinho do Cuidador”, para a realização das sessões e, foi criado um panfleto e um jornal mensal de divulgação do projeto que contou com a participação ativa dos cuidadores. (ANEXO III)

Ainda como atividade complementar, devo dizer que o evento científico que pretendia promover a visibilidade dos trabalhos realizados pelos alunos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, contou com a minha participação na sua comissão organizadora, tendo modestamente dado o meu contributo para a sua realização e sucesso.



Por fim, de modo a promover a acessibilidade dos cuidadores aos serviços de saúde, foi criado e difundido o Cartão do Enfermeiro de Família que contém o número de contacto profissional do respetivo enfermeiro de referência, bem como do horário de atendimento possível. (ANEXO IX)

Julgo desta forma ter demonstrado de modo claro e estruturado o conjunto alargado de intervenções que redundam em competências desenvolvidas e adquiridas ao longo dos três módulos da unidade curricular de Estágio e que contribuirão para a construção do desempenho autónomo de cuidados de enfermagem especializados na área comunitária.

3.2. AVALIAÇÃO DO PROJETO: CUIDAR DO CUIDADOR

A avaliação é uma forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Segundo Tavares (1990, p.205), a principal função da avaliação é “determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo e em última análise pode-se dizer que a avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação.”

A avaliação global realizada neste Relatório de Estágio compõe-se da verificação da consecução dos objetivos fixados. Somente uma adequada avaliação permite comparar os estados iniciais e finais da população alvo, antes e após a implementação de um projeto, relacionando os objetivos estabelecidos, as atividades realizadas e recursos dispendidos com a eficácia e eficiência das ações implementadas.

Assim, nos próximos capítulos apresentarei a avaliação dos objetivos e estratégias inicialmente traçados, bem como apresentarei as competências adquiridas enquadrando-as no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

3.2.1. Avaliação de estratégias e indicadores

Para os módulos II e III da UC Estágio definiu-se uma matriz de indicadores que visou não só avaliar os resultados finais dos objetivos propostos, mas também todas as etapas da sua implementação, fornecendo indicadores de resultado e de processo que permitiram uma avaliação global das competências adquiridas ao longo do estágio.

Quadro 2 – Quadro resumo da avaliação final das metas propostas

Classificação	Consecução da meta proposta
Atingido	> 90%
Quase Atingido	[80%-90%]
Não Atingido	<80%



Indicadores de resultado ou impacto:

- **Indicador 1:** Percentagem de visitas domiciliárias a cuidadores familiares no prazo máximo de 48 horas, após notificação
 - **Meta:** Que pelo menos 60% dos cuidadores familiares obtenham uma visita domiciliária (VD), no prazo máximo de 48 horas após notificação, ao longo da UC Estágio
 - **Fórmula de cálculo:** (Número de VD realizadas às famílias em 48 horas após a notificação/Número de VD realizadas às famílias com utentes dependentes, após notificação) x 100
 - **Avaliação:** Implementado um sistema de notificação e registo obrigatório do pedido de VD e encaminhamento imediato para o enfermeiro de referência. Em caso de ausência, acionava-se um sistema de intersubstituição.
- **Resultado:** $(13/13) \times 100 = 100\%$ (n=13) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 2:** Percentagem de cuidadores de idosos recém-dependentes (< 2 meses) que tiveram uma visita da assistente social
 - **Meta:** Que pelo menos 30% dos cuidadores de idosos recém-dependentes (< 2 meses) tenham uma visita da assistente social ao longo da UC Estágio
 - **Fórmula de cálculo:** (Número de cuidadores de idosos recém-dependentes que tiveram uma VD da assistente social/Número de cuidadores de idosos recém-dependentes) x 100
 - **Avaliação:** Todos os recém-cuidadores ficaram, a partir do primeiro contacto com o seu enfermeiro de referência, com pedido de consulta para a assistente social da USF Saúde no Futuro.
- **Resultado:** $(4/4) \times 100 = 100\%$ (n=4) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 3:** Percentagem de cuidadores que tendo participado no programa de desenvolvimento de competências para o cuidado informal desenvolveu competências nesse sentido
- **Meta:** Que pelo menos 85% dos cuidadores que participaram no programa de desenvolvimento de competências para o cuidado informal desenvolvam competências nesse sentido, ao longo da UC Estágio



- **Fórmula de cálculo:** (Número de cuidadores que participaram no programa com competências demonstradas no final/Número de cuidadores que participaram no programa de desenvolvimento de competências para o cuidado informal) x 100
- **Avaliação:** Todos os cuidadores demonstraram melhoria de competências para o cuidado informal. Aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos em 7 áreas-chave e comparação de resultados com a avaliação diagnóstica (ganhos em saúde).
- **Resultado:** $(30/30) \times 100 = 100\%$ (n=30) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 4:** Percentagem de cuidadores com pelo menos uma visita domiciliar com a equipa multidisciplinar de saúde (médico e enfermeiro de família)
- **Meta:** Que pelo menos 25% de cuidadores tenham pelo menos uma VD com a equipa multidisciplinar de saúde (médico e enfermeiro de família), ao longo da UC Estágio
- **Fórmula de cálculo:** (Número de cuidadores tiveram pelo menos uma VD em equipa multidisciplinar/Número de cuidadores) x 100
- **Avaliação:** Realizaram-se 19 VD em equipa multidisciplinar
- **Resultado:** $(19/58) \times 100 = 33,7\%$ (n=19) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 5:** Percentagem de cuidadores familiares em programa de autoajuda que demonstrou melhoria na adesão e redução da sobrecarga no desempenho do papel de prestador informal de cuidados
- **Meta:** Que pelo menos 50% de cuidadores familiares em programa de autoajuda desenvolvam competências nesse sentido, ao longo da UC Estágio
- **Fórmula de cálculo:** (Número de cuidadores que aderiram ao programa e demonstraram melhoria na adesão e redução da sobrecarga no desempenho do papel de prestador informal de cuidados/Número de cuidadores com idosos dependentes que aderiu ao programa) x 100
- **Avaliação:** Comparação dos critérios diagnósticos antes e após a realização das sessões de autoajuda, para os focos de atenção: Stress do prestador de cuidados e Comportamento de adesão ao papel de prestador de cuidados
- **Resultado:** Adesão ao papel de prestador de cuidados $(17/30) \times 100 = 57\%$ (n=30); Stress do prestador de cuidados $(18/30) \times 100 = 63\%$ (n=30) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 6:** Percentagem de cuidadores que participaram em atividades de lazer ou de convívio social
- **Meta:** Que pelo menos 25% de cuidadores participem em atividades de lazer ou de convívio social, ao longo da UC Estágio
- **Fórmula de cálculo:** (Número de cuidadores com utentes dependentes participantes nas atividades/Número de cuidadores) x 100



▪ **Avaliação:** Todos os cuidadores que aderiram ao projeto, tiveram aquando do lanche, no final ou intervalo das sessões psicoeducativas, um momento de lazer e convívio social. Apesar de nem em todas as sessões todos estarem presentes. Considerou-se relevante a sua presença em 75% das sessões.

▪ **Resultado:** $(30/58) \times 100 = 51,7\%$ (n=30) – **Objetivo Atingido**

▪ **Indicador 7:** Percentagem de cuidadores de idosos recém-dependentes (< 2 meses) que foram encaminhadas para apoio psicológico

▪ **Meta:** Que pelo menos 50% dos cuidadores de idosos recém-dependentes (< 2 meses) sejam encaminhadas para apoio psicológico ao longo da UC Estágio

▪ **Fórmula de cálculo:** $(\text{Número de cuidadores de idosos recém-dependentes com apoio psicológico} / \text{Número de cuidadores de idosos recém-dependentes}) \times 100$

▪ **Avaliação:** Todos os recém-cuidadores ficaram, a partir do primeiro contacto com o seu enfermeiro de referência, com pedido de consulta para a psicóloga clínica do ACES

▪ **Resultado:** $(4/4) \times 100 = 100\%$ (n=4) – **Objetivo Atingido**

Indicadores de atividade/execução ou processo

▪ **Indicador 8:** Percentagem de cuidadores com acesso ao “Manual do Cuidador”

▪ **Meta:** Que pelo menos 70% de cuidadores tenham acesso ao “Manual do Cuidador” ao longo da UC Estágio

▪ **Fórmula de cálculo:** $(\text{Número de cuidadores com acesso ao “Manual do Cuidador”} / \text{Número de cuidadores}) \times 100$

▪ **Avaliação:** Foram inicialmente impressos 40 manuais, tendo sido já necessário realizar uma segunda edição dos mesmos. Utilizou-se a VD como fator privilegiado para a entrega dos manuais.

▪ **Resultado:** $(40/58) \times 100 = 68,9\%$ (n=40) – **Objetivo Atingido**

▪ **Indicador 9:** Percentagem de cuidadores de idosos recém-dependentes (< 2 meses) com pelo menos 3 visitas domiciliárias de enfermagem

▪ **Meta:** Que pelo menos 60% dos cuidadores de idosos recém-dependentes (< 2 meses) tenham pelo menos 3 visitas domiciliárias de enfermagem ao longo da UC Estágio

▪ **Fórmula de cálculo:** $(\text{Número de cuidadores de idosos recém-dependentes que tiveram pelo menos 3 VD} / \text{Número de cuidadores de idosos recém-dependentes}) \times 100$



▪ **Avaliação:** Realização de VD de caráter preventivo ou curativo, visando a transição para o papel de prestador de cuidados por parte dos recém-cuidadores. Realizaram-se avaliações familiares segundo o MDAIF e planos de intervenção adaptados às situações específicas.

▪ **Resultado:** $(4/4) \times 100 = 100\%$ (n=4) – **Objetivo Atingido**

▪ **Indicador 10:** Percentagem de cuidadores com acesso ao “Manual de Ajudas Técnicas”

▪ **Meta:** Que pelo menos 70% dos cuidadores tenham acesso ao “Manual de Ajudas Técnicas”, ao longo da UC Estágio

▪ **Fórmula de cálculo:** $(\text{Número de cuidadores com acesso ao “Manual de Ajudas Técnicas”} / \text{Número de cuidadores}) \times 100$

▪ **Avaliação:** Foram inicialmente impressos 40 manuais, tendo sido já necessário realizar uma segunda edição dos mesmos. Utilizou-se a VD como fator privilegiado para a entrega dos manuais.

▪ **Resultado:** $(40/58) \times 100 = 68,9\%$ (n=40) – **Objetivo Atingido**

▪ **Indicador 11:** Percentagem de cuidadores que recorreu ao Centro de Ajudas Técnicas

▪ **Meta:** Que pelo menos 25% dos cuidadores recorram ao Centro de ajudas Técnicas ao longo da UC Estágio

▪ **Fórmula de cálculo:** $(\text{Número de cuidadores que recorreu ao Centro de Ajudas Técnicas} / \text{Número de cuidadores}) \times 100$

▪ **Avaliação:** Objetivo Não Atingido, uma vez que não foi possível a criação do Centro de Ajudas Técnicas

▪ **Resultado:** **Objetivo Não Atingido**

▪ **Indicador 12:** Percentagem de cuidadores com pelo menos duas VD de Enfermagem

▪ **Meta:** Que pelo menos 30% de cuidadores tenham pelo menos duas VD de Enfermagem ao longo da UC Estágio

▪ **Fórmula de cálculo:** $(\text{Número de cuidadores com pelo menos duas VD de Enfermagem} / \text{Número de cuidadores}) \times 100$

▪ **Avaliação:** Realização de VD de caráter interventivo preventivo ou curativo, visando a intervenção junto do prestador informal de cuidados

▪ **Resultado:** $(19/58) \times 100 = 33,7\%$ (n=19) – **Objetivo Atingido**



- **Indicador 13:** Percentagem de cuidadores que participam no programa de desenvolvimento de competências para o cuidado informal
- **Meta:** Que pelo menos 50% dos cuidadores participem no programa de desenvolvimento de competências para o cuidado informal, ao longo da UC Estágio
- **Fórmula de cálculo:** (Número de cuidadores que participaram no programa/Número de cuidadores) x 100
- **Avaliação:** Foram considerados os cuidadores que assistiram a pelo menos 75% das sessões.

▪ **Resultado:** $(30/58) \times 100 = 51,7\%$ (n=30) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 14:** Percentagem de cuidadores familiares que aderiram ao programa de autoajuda
- **Meta:** Que pelo menos 50% dos cuidadores familiares adiram ao programa de autoajuda, ao longo da UC Estágio
- **Fórmula de cálculo:** (Número de cuidadores que aderiram ao programa de autoajuda/Número de cuidadores) x 100
- **Avaliação:** Todos os cuidadores aderiram ao projeto, apesar de nem em todas as sessões todos estarem presentes. Considerou-se relevante a sua presença em 75% das sessões.

▪ **Resultado:** $(30/58) \times 100 = 51,7\%$ (n=30) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 15:** Número de reuniões com instituições particulares ou públicas da comunidade
- **Meta:** 8 reuniões, ao longo da UC Estágio
- **Fórmula de cálculo:** (Número de reuniões realizadas/Número de reuniões programadas) x 100
- **Avaliação:** Foram contactadas as seguintes instituições: Junta de Freguesia de Mafamude; ACES Gaia; Câmara Municipal de Gaia; LACSSR; FPCCS; Hipermercados Continente e El Corte Inglés; Jornal Notícias de Gaia.

▪ **Resultado:** $(8/8) \times 100 = 100\%$ (n=8) – **Objetivo Atingido**

- **Indicador 16:** Número de sessões de formação para a equipa multidisciplinar da USF Saúde no Futuro sobre a temática da intervenção junto dos cuidadores familiares
- **Meta:** 3 sessões de formação, ao longo da UC Estágio
- **Fórmula de cálculo:** (Número de sessões realizadas/Número de sessões programadas) x 100
- **Avaliação:** As sessões de formação para a equipa multidisciplinar foram 6

▪ **Resultado:** $(6/3) \times 100 = >100\%$ (n=6) – **Objetivo Atingido**



<ul style="list-style-type: none">▪ Indicador 17: Número de sessões de formação para a equipa multidisciplinar da USF Saúde no Futuro com a participação de um preletor externo.▪ Meta: 1 sessão, ao longo da UC Estágio▪ Fórmula de cálculo: (Número de sessões realizadas/Número de sessões programadas) x 100▪ Avaliação: As sessões de formação para a equipa multidisciplinar que contaram com a presença de um preletor externos foram 2 (Dr. Cristina Lima – Assistente Social do ACES Grande Porto VIII/Gaia e Dra. Susana Monteiro – Responsável Técnica pela LACSSR.
▪ Resultado: $(2/1) \times 100 = >100\%$ (n=2) – Objetivo Atingido

<ul style="list-style-type: none">▪ Indicador 18: Número de sessões de formação para a equipa multidisciplinar da USF Saúde no Futuro com a participação de um responsável de outras unidades funcionais do ACES▪ Meta: 1 sessão, ao longo da UC Estágio▪ Fórmula de cálculo: (Número de sessões realizadas/Número de sessões programadas) x 100▪ Avaliação: Realizada 1 sessão para demonstração do processo de referenciação para o Projeto Cuidar do Cuidador, que contou com a presença de elementos da equipa multidisciplinar da USF Camélias, de onde se destaca o seu Coordenador.
▪ Resultado: $(1/1) \times 100 = 100\%$ (n=1) – Objetivo Atingido

Como é possível de verificar, todos os objetivos podem ser considerados como estando totalmente atingidos, de acordo com o quadro 2 (Avaliação da consecução das metas traçadas), à exceção do Indicador 7, que remete para o objetivo operacional referente ao Centro de Ajudas Técnicas. Como adiante explicitarei esta foi a única estratégia que não foi possível ver implementada por constrangimentos económico-financeiros referidos por todos os parceiros contactados. Dessa forma, a sua não implementação redundou no fracasso deste indicador e consequentemente da meta proposta. Não obstante esta dificuldade, posso afirmar que a totalidade dos indicadores de resultado foram atingidos e apenas um dos indicadores de atividade não foi atingido, levando assim a considerar o projeto “Cuidar do Cuidador” como sendo extremamente bem sucedido.

Para além da matriz de indicadores que sustentou a intervenção nos módulos II e III do Estágio em Enfermagem Comunitária, importa referir que outras avaliações efetuadas, desde a avaliação das estratégias implementadas até ao sucesso do impacto preciso das sessões de empoderamento dos cuidadores familiares de idosos dependentes.

Desse modo, todas as estratégias inicialmente definidas foram implementadas, à exceção da criação do Centro de Ajudas Técnicas.

Assim, estabeleceram-se com sucesso as seguintes estratégias:



- Realização de visitas domiciliárias de acompanhamento e intervenção efetiva, junto dos cuidadores familiares;
- Realização de reuniões com parceiros da comunidade, de onde se destacam o Conselho Clínico do ACES Grande Porto VIII – Gaia, ARS Norte, Câmara Municipal, Junta de freguesia de Mafamude, LACSSR, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, entre outros;
- Elaboração de Manual do Cuidador;
- Elaboração do Manual de Ajudas Técnicas
- Encaminhamento e referenciação de situações que assim o requeiram para outros profissionais (psicólogo, nutricionista, etc.) do ACES;
- Realização de visitas domiciliárias em contexto de equipa multidisciplinar de saúde (enfermeiro de família e médico de família);
- Realização de um programa de aquisição e desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal, para os cuidadores familiares de idosos dependentes;
- Desenvolvimento de um grupo de autoajuda que promova o coping e a resiliência nos cuidadores familiares;
- Divulgação do Diagnóstico de Necessidades em Saúde realizado e do projeto comunitário a implementar;
- Criação de um blog destinado à comunidade científica de Enfermagem, em particular, mas que possa ser livremente consultado e que vise o intercâmbio de perspetivas e saliente a importância da intervenção ativa do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, de um modo geral e, na área temática em questão;
- Desenvolvimento de um journal club sobre a temática em questão para profissionais de saúde;

Pretendi ao longo do projeto “Cuidar do Cuidador” intervir numa lógica de proximidade e de parceria com os cuidadores familiares promovendo e assegurando garantidamente a acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como apostei na aquisição e promoção de competências para o cuidado informal. Para além destes aspetos, a atuação centrou-se ainda na mobilização de parcerias locais e na promoção de apoio e acompanhamento psicológico dos cuidadores familiares.

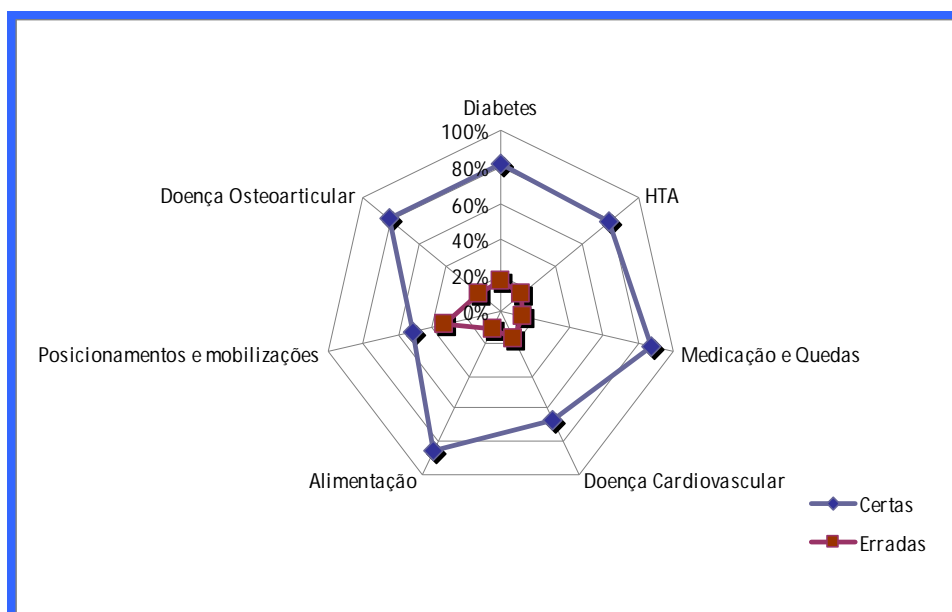
Quanto aos ganhos em saúde deste projeto, é possível referir que as diferenças entre a avaliação inicial das competências para o cuidado informal, dos prestadores informais de cuidados, realizada por intermédio de uma avaliação diagnóstica no início das sessões de educação para a saúde, são notórias e, os ganhos em saúde efetivos e consolidados. De facto, aquando da realização da avaliação final do projeto é possível denotar uma melhoria significativa ao nível das competências adquiridas nos cuidadores familiares, tal como os gráficos em seguida o demonstram.

A avaliação diagnóstica e final foi concluída com recurso ao mesmo instrumento de avaliação, para permitir uma comparação válida de resultados obtidos e foi composta de um questionário, respondido pelos cuidadores no início da primeira sessão e no final da última sessão do Projeto: “Cuidar do Cuidador”, respetivamente. (ANEXO II e VIII)

Foram garantidos os princípios éticos de consentimento informado, de livre e voluntária participação e, confidencialidade e anonimato dos dados. O questionário reportava-se à avaliação de conhecimentos e competências para o cuidado informal, relativo a diversas áreas temáticas: Patologia crónica (Diabetes, Hipertensão Arterial, Doença Cardiovascular, Doença Osteoarticular); Alimentação; Medicação; Prevenção de quedas; Posicionamentos e mobilizações, selecionadas a partir de uma revisão da literatura sobre as temáticas mais sensíveis no que às competências dos cuidadores para o cuidado informal concernia e, às necessidades de cuidado sentidas pelos idosos dependentes cuidados pelos cuidadores participantes.

Na avaliação diagnóstica e final responderam 30 cuidadores que participaram nas sessões de empoderamento, tendo-se obtido 30 questionários válidos. O tratamento estatístico dos dados foi processado em Excel 2003.

Gráfico 1 – Avaliação Diagnóstica das competências dos cuidadores familiares em áreas selecionadas



Aquando da avaliação diagnóstica, foi possível verificar globalmente 76% de respostas corretas e 24% de respostas incorretas, perante a avaliação de competências cognitivas para o cuidado informal nas áreas previamente selecionadas. A avaliação diagnóstica detetou necessidades de intervenção nas 7 áreas focadas, com predomínio para “Posicionamentos e Mobilizações” e “Doença cardiovascular”. Foram detetados défices de conhecimentos nos prestadores de cuidados que conduzem ao desempenho não adequado, revelando perdas para o doente cuidado e para o próprio cuidador que verá refletido no desempenho do seu papel as

repercussões associadas a esse déficit, nomeadamente, com aumento do stress e eventualmente exaustão do cuidador.

Aquando da avaliação final, tal como se pode verificar no gráfico 2, foi possível verificar globalmente 95% de respostas corretas e apenas 5% de respostas incorretas, perante a avaliação de competências cognitivas para o cuidado informal, o que traduz um crescimento de 19% nas competências dos cuidadores em áreas previamente selecionadas, tal como se analisa no gráfico 3.

Gráfico 2 – Avaliação Final de ganhos em saúde nos cuidadores familiares

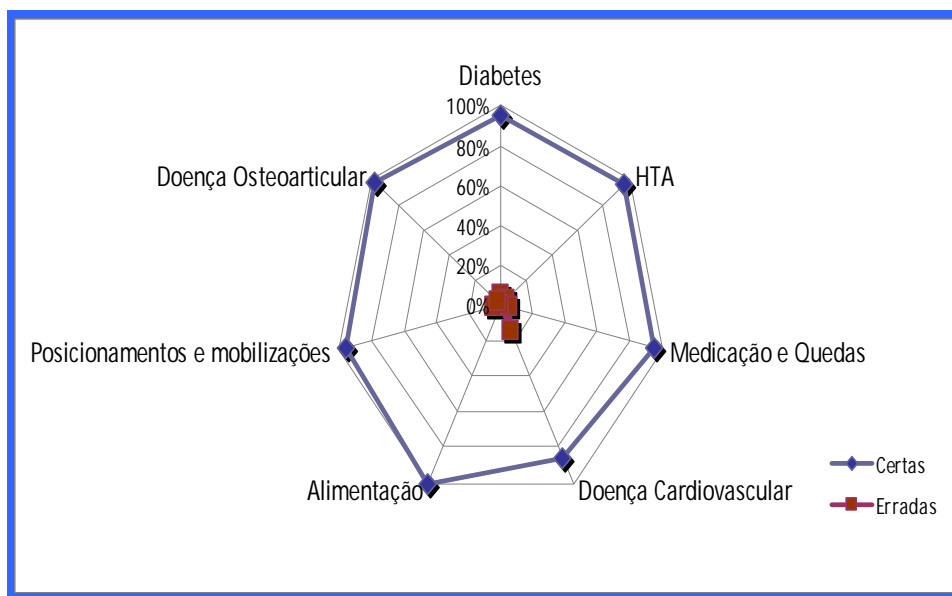
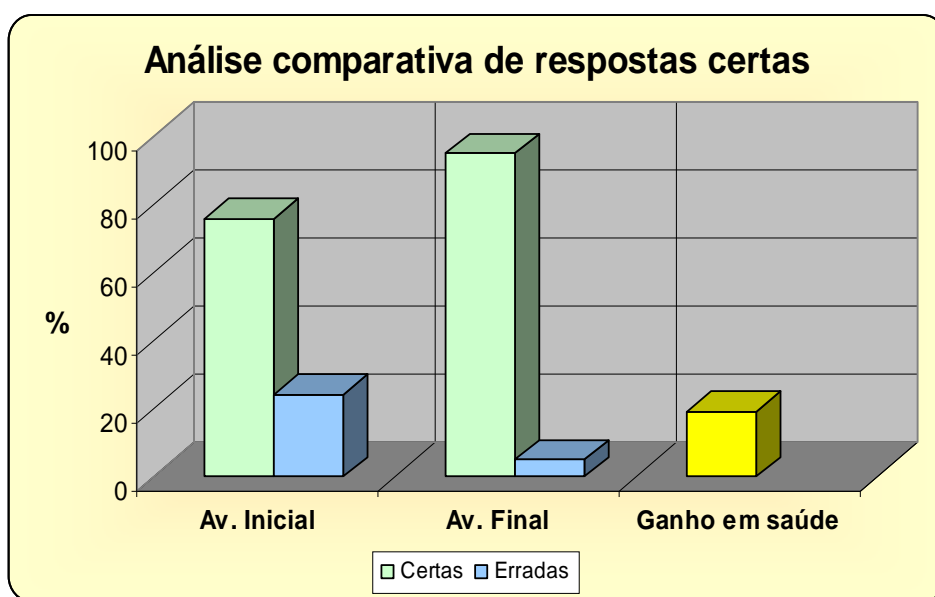


Gráfico 3 – Análise comparativa de respostas corretas (Avaliação Inicial e Final) e representação de Ganhos em Saúde



Julgo desse modo conseguir demonstrar de forma clara os ganhos em saúde junto dos cuidadores familiares de idosos dependentes, quanto à construção/desenvolvimento de



competências para o cuidado informal. Tentei dessa forma melhorar o seu desempenho no papel de prestadores informais de cuidados, bem como promovi a sua adesão ao mesmo, por intermédio das sessões realizadas que revelaram também ganhos em saúde, demonstráveis por intermédio da avaliação dos diagnósticos de enfermagem: “Stress do Prestador de Cuidados” e “Comportamento de Adesão ao Papel de Prestador de Cuidados”, antes e após as sessões do projeto: “Cuidar do Cuidador”.

De facto, a avaliação do juízo do diagnóstico: “Comportamento de Adesão ao Papel de Prestador de Cuidados” passou em 56% dos casos de Não demonstrado a Demonstrado, por intermédio da avaliação dos critérios diagnósticos referidos por Figueiredo (2009), para este foco de atenção.

Quadro 3 – Critérios diagnósticos para o foco de atenção “Comportamento de Adesão ao Papel de Prestador de Cuidados”, segundo Figueiredo (2009)

<i>Critérios Diagnósticos</i>
O Prestador de cuidados (PC) estimula a independência do membro da família dependente;
O PC promove higiene adequada ao membro da família dependente;
O PC promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente;
O PC promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente;
A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente;
O PC promove comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente;
O PC promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente;
O PC promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente;
O PC assiste o membro da família dependente na autovigilância.

Fonte: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo 2009, p.475)

No que diz respeito à avaliação do juízo do diagnóstico: “Stress do prestador de cuidados”, este apresentou em 63% dos casos uma redução no grau do seu juízo diagnóstico, ou seja, passou de Presente a Ausente, ou viu o seu grau reduzido. Esta avaliação foi possível de realizar no final do projeto: “Cuidar do Cuidador”, por intermédio da avaliação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, na amostra participante nas sessões do Grupo de Ajuda. Dessa forma 63% dos cuidadores referiram melhorias ao nível da sobrecarga, apresentando reduções da mesma, tendo sido considerados como critério de diagnóstico para o juízo de Presente, valores de sobrecarga moderada e/ou severa.

Julgo ter sido possível demonstrar de forma clara os ganhos em saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes, ao nível de um conjunto alargado de aspetos, desde a aquisição, desenvolvimento e melhoria das competências para o cuidado informal, até à promoção da adesão ao papel de prestador de cuidados e redução do stress e saturação que o desempenho deste pode acarretar. Dessa forma, consegui com recurso a um projeto de intervenção de proximidade e parceria, destinado a um grupo de cuidadores representativo da



realidade presente na comunidade-alvo da USF Saúde no Futuro, demonstrar o impacto e valor acrescido que a intervenção especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária pode trazer a este grupo vulnerável. Por intermédio desta intervenção consegui cuidadores mais competentes, motivados e com menor grau de saturação para a prestação efetiva do cuidado informal aos seus familiares idosos dependentes.

Evidenciei assim o papel que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária poderá ter no desenvolvimento e execução de estratégias e ações direcionadas a grupos vulneráveis, como foi o caso dos cuidadores familiares. Consegui demonstrar que a intervenção de Enfermagem para a promoção da adesão ao papel de prestador de cuidados e construção/desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal em cuidadores familiares, alicerça-se essencialmente num conjunto de etapas metodológicas que remetem para o planeamento em saúde e que permitem avaliar com precisão as necessidades em saúde e definir e implementar projetos de intervenção comunitária que lhe deem resposta.

Foi ainda possível demonstrar que a adesão ao papel de prestador de cuidados e a construção e desenvolvimento de competências para o cuidado informal são garantidas ou, pelo menos facilitadas, pela intervenção de proximidade do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, particularmente por intermédio da análise das principais dificuldades e intervindo em contexto grupal, não só numa lógica de construção de competências cognitivas, comportamentais e instrumentais para o cuidado informal, mas promovendo em paralelo as competências afetivas que são o *core* da adesão ao papel de prestador de cuidados, em particular quando se tratam de cuidadores que emergem do seio familiar. A intervenção em paralelo sobre estas duas dimensões, alicerçada em estratégias de educação para a saúde, empoderamento e estabelecimento de parcerias, potencia em elevado grau o sucesso, repercutindo-se em ganhos em saúde, pelo que deve ser sempre uma estratégia a considerar quando perante situações de elevada sobrecarga do cuidador.

Por fim, a intervenção em contexto grupal, quer ao nível do conjunto de cuidadores participantes nas sessões do projeto e nas demais atividades implementadas, quer ao nível do ambiente familiar de onde estes cuidadores emergem e se movem na prestação de cuidados, revelou-se como igualmente potenciadora dos ganhos em saúde quando comparadas com a intervenção isolada e ainda demasiado centrada na figura do idoso dependente enquanto cliente alvo de cuidados, que habitualmente caracteriza a atuação de enfermagem nestas situações. A possibilidade do estabelecimento de um ambiente propício ao esclarecimento de dúvidas, aquisição e desenvolvimento de competências e constatação de partilha de dificuldades semelhantes, no interior de um grupo de pares são aspetos promotores da adesão ao papel de prestador de cuidados e assim igualmente potenciadores do sucesso da intervenção dos enfermeiros nesse âmbito.



4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo visa proceder a uma análise crítico-reflexiva das atividades projetadas, onde pretendo expor sentimentos, expectativas, experiências e contributos para o processo de crescimento académico e que conduzirá à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.

A Enfermagem é uma profissão e ciência que requer ideias, valores, conhecimentos e destreza, mas essencialmente interesse pelas pessoas e pela faculdade de as compreender e ajudar. Tal como refere Watson (1994, p.83) “este é o papel fulcral do enfermeiro na interação com o cliente”.

Como já atrás referido, o desempenho ao longo da UC Estágio, tentou sempre dar resposta aos objetivos académicos delineados pela UCP, bem como aos objetivos pessoais delineados individualmente para os três módulos de Estágio. No entanto, não foi possível negligenciar as recentes emanações da OE que definiu o perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Desse modo, devo antes de mais referir que considero que a atual estruturação do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da UCP já se encontra organizado de modo a permitir a integração mais facilitada e de uma forma adequada das competências definidas, o que permite uma harmoniosa adaptação do percurso académico, atualmente conducente à especialização em Enfermagem Comunitária e, ao definido pela OE.

De facto, ao analisarmos o preconizado pela OE, verificamos que a UC Estágio em Enfermagem Comunitária permite dar resposta a pelo menos duas das competências definidas como necessárias: “Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e; Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.” Ordem dos Enfermeiros (2010, p.23)

A organização dos módulos da UC Estágio permite no módulo I a concretização de um Diagnóstico de Necessidades e Recursos em Saúde em que se estabelecem, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde, os principais problemas de saúde de uma população específica escolhida a partir de um dado contexto na comunidade. Para que a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária se processe é necessário que ele defina de forma clara a relação existente entre um problema, um contexto (setting) e uma população ou grupo específico. Assim, no meu caso, a população selecionada foram os cuidadores familiares de idosos dependentes, por intermédio da avaliação do impacto negativo associado à tarefa da prestação de cuidado informal. Julgo assim ter dado resposta a essa tarefa.

No módulo II preconiza-se o desenvolvimento, em conformidade com o avaliado aquando do Diagnóstico de Saúde, de um projeto de intervenção comunitária que almeje proporcionar respostas com ganhos em saúde para além de combater os problemas e necessidades identificados. Julgo também que neste caso, esta competência foi alcançada, por intermédio da concretização do Projeto: “Cuidar do Cuidador” que visou promover a adesão ao papel do prestador de cuidados pelo cuidador familiar, bem como contribuir para o seu



desempenho melhorado, tal como ficou demonstrado pela avaliação das metas e pela demonstração dos ganhos em saúde efetuada nos capítulos anteriores. Desse modo, contribuí para o processo de empoderamento dos cuidadores.

Quanto às restantes competências: integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e; Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, elas passam particularmente pela intervenção efetiva junto das estruturas de Saúde Pública, o que atualmente, no panorama da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários torna-se difícil de concretizar, quando não se exercem funções ao nível dessas estruturas. Julgo assim que o possível de conseguir ver implementado passa pela consecução da competência relacionada com a integração e coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário, em particular pela visibilidade, quer da avaliação comunitária, quer do projeto implementado e dos ganhos em saúde que dele advêm junto da estrutura de Saúde Pública local, de modo a que o trabalho desenvolvido em função da visibilidade proporcionada pelo Enfermeiro Especialista seja aproveitado em prol da coordenação dos programas de saúde locais e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Desse modo, para além da divulgação dos achados no Diagnóstico de Saúde e, do Projeto: “Cuidar do Cuidador” e dos seus ganhos em saúde, conduzi apresentações dos mesmos junto da estrutura local de Saúde Pública do ACES Grande Porto VIII/Gaia, de modo a que o trabalho desenvolvido pudesse ser devidamente tido em consideração aquando da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e da consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, bem como da vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Assim, o Mestrado em Enfermagem Comunitária e em particular a UC de Estágio contribuiriam para fortalecer o reconhecimento da importância que a intervenção global e contínua do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tem no seio das comunidades (em contexto grupal/familiar, domiciliário/institucional). Ele é responsável por uma eficaz avaliação holística e integral de todo o amplo sistema comunitário, da sua integração e relacionamento com as partes constituintes. Ao mimetizar este comportamento consegui assim, uma intervenção eficaz, ajudando os prestadores de cuidados no seu contexto domiciliário a solucionar os seus problemas, a tornarem-se mais autónomos e seguros na prestação de cuidados e na tomada de decisões referentes ao seu familiar idoso dependente. Através do cuidar, na vertente do apoiar, educar, ensinar, instruir, orientar ou supervisionar promovi a interação centrada no cliente de forma intencional e com a finalidade de contribuir para o acréscimo da qualidade de vida, permitindo igualmente o crescimento e desenvolvimento profissional.

A UC Estágio possibilitou ainda que confirmasse a importância que o respeito pelos valores pessoais e comunitários desempenha no desenvolvimento da construção de competências aprofundadas de relacionamento terapêutico, tendo por base o respeito pelas crenças e cultura de uma comunidade tão particular, como é o caso dos cuidadores familiares,



pois tal como afirma Luckmann e Sorensen (1993, p.121): “os enfermeiros devem considerar a questão pessoal, profissional e os códigos e valores da sociedade para orientar as suas decisões e ações”.

A realização deste MEC permitiu também o aperfeiçoamento de competências, facilitou a aplicação de conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo da formação académica e ao longo do percurso profissional e de vida, no cuidado ao prestador informal de cuidados. Permitiu ainda elevar de forma contínua a capacidade de iniciativa, criatividade, comunicação e desempenho, em todo o ato de cuidar e na relação com os outros. Desenvolvi competências de compreensão aprofundadas na relação com a comunidade envolvente, na resolução de problemas abrangentes e complexos, numa perspetiva profissional avançada, com aplicação de evidências científicas e resultados de estudos de investigação na prática clínica, objetivando a sua melhoria progressiva, em prol do bem estar da Comunidade.

Potenciei também as minhas competências na área da Educação para a Saúde, pela realização das sessões formativas aos cuidadores, bem como foi possível desenvolver, aperfeiçoar e aplicar competências de desenvolvimento interpares, por intermédio do recurso à postura proactiva que sempre adotei no que à formação e desenvolvimento profissional das equipas de Enfermagem onde me movimentei ao logo do MEC, disse respeito.

O trabalho de efetiva parceria com os cuidadores possibilitou a promoção da saúde, com identificação dos ganhos em conhecimentos sobre estratégias adaptativas para a adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados. Assim, a promoção da mudança comportamental, capacitando os cuidadores com competências para uma decisão consciente, com autonomia e responsabilidade, foi a razão do meu empenho e integrou as várias intervenções efetuadas, repercutindo-se na qualidade dos cuidados prestados e na qualidade de vida do cuidador familiar pela diminuição do impacto negativo associado à tarefa de cuidar.

Como pilar de atuação evidencio a capacidade de auto reflexão crítica na e sobre a prática desenvolvida e a aplicação de todos os conhecimentos (científicos e técnicos) e capacidades e competências no âmbito da Enfermagem Comunitária, no cuidado ao prestador informal de cuidados na comunidade, tendo como objetivo fundamental a satisfação do cliente, a prestação de cuidados de qualidade e a educação para a saúde, com o intuito de tornar o prestador de cuidados cada vez mais autónomo.

De facto, ao longo deste percurso fez sempre parte da minha atuação uma análise crítica e reflexiva do meu desempenho, das situações complexas, com uma atitude de avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise. Considerei assim indispensável refletir sobre comportamentos e formas de agir, sendo estes momentos construtivos e constituindo-se como momentos de aprendizagem e motivação. Só assim foi possível reconhecer falhas, mudar atitudes, utilizar novas estratégias ou resultados de evidência científica e melhorar progressivamente, para fazer face às necessidades específicas e crescentes dos cuidadores familiares no seu contexto multidimensional e comunidade envolvente. Assim, tentei sempre analisar o que já se constituía como evidência, de forma a acrescentar algo novo e promover ganhos em saúde e em conhecimentos.



Logo, ser enfermeiro requer competência. Competência essa que entendi sempre de forma holística e interativa, concebendo-a como o conjunto de capacidades, conhecimentos, comportamentos, níveis de adequação, intenções, motivos e atitudes que foram sempre aplicados em todas as intervenções efetuadas.

De acordo com o atrás referido, julgo que ao longo da UC Estágio proporcionei resposta aos objetivos académicos delineados pela UCP, objetivos pessoais definidos em função da intervenção preconizada para cada módulo de Estágio, bem como ao perfil de competências requerido pela OE como necessário para o exercício enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, tal como considero ter ficado patente ao longo deste capítulo.



5. CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária enquanto profissional de saúde e de educação, deve ser dotado de formação científica e técnica adequada e atualizada, aliadas a elevados valores humanos para que possa colocar-se ao nível das expectativas de quem em si confia. Atualmente ele vê-se confrontado com uma cada vez maior exigência de qualidade nos cuidados por parte da comunidade onde atua, bem como deve incentivar a interação enfermeiro-comunidade fomentando dessa forma relações de parceria de cuidado dentro da realidade que os envolve. É assim perante uma sociedade cada vez mais exigente ao nível da qualidade dos cuidados prestados que as instituições e os prestadores de cuidados devem rever a sua oferta assistencial, não só ao ponto de melhorar continuamente a sua carteira de serviços, como adequar as respostas em saúde às carências e necessidades detetadas no esforço sempre presente de avaliação das comunidades onde se inserem.

A sociedade portuguesa atualmente caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico que conduz a família à necessidade do desempenho do papel de cuidadora. Colocando a família como parceira no processo de assistência ao idoso dependente, ao mesmo tempo que se reconhece que ela é também foco da assistência de enfermagem, é possível estimulá-la a participar como unidade básica dos cuidados de saúde, mas abordando-a também como cliente, oferecendo atenção para que ela compreenda e seja atendida de acordo com as suas necessidades. No seio desta família cuidadora do idoso dependente sobressai o prestador informal de cuidados.

Refletindo sobre a comunidade dos cuidadores familiares de Vilar de Andorinho e Mafamude, onde completei o MEC, essa realidade estava também presente e constituía-se como fator de impacto negativo, ao nível familiar e, em particular sobre o cuidador familiar, como foi possível de demonstrar no Diagnóstico de Saúde. Assim, no âmbito do MEC fui impelido a agir, desenvolvendo o projeto de intervenção comunitária: "Cuidar do Cuidador: O Enfermeiro como promotor da adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados", fomentando a qualidade de vida do cuidador familiar e com isso, promovendo o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, por intermédio da construção, aquisição ou reforço de competências, académicas e profissionais.

Dessa forma, pretendi ao longo do presente curso de Mestrado desenvolver estas competências e outras de natureza sistémica, interpessoal e comunicacional, de liderança e gestão que julgo serem imprescindíveis ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. É-lhe assim exigido uma permanente adaptação, valorização e atualização dos seus conhecimentos, de forma a manter-se sempre apto e capaz de responder às exigências com que é confrontado no seu dia a dia. O MEC promoveu esse intercâmbio de ideias e conhecimentos de forma constante, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados que presto e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Compreendi ainda a importância de formar profissionais mais competentes ao nível técnico-científico e sócio-



relacional, mas também ao nível estratégico, ou seja, profissionais capazes de saber agir em situações onde é requerida uma exigência alargada de saberes.

O MEC, revelou-se assim como um ganho fundamental no meu percurso profissional, pautado por uma multiplicidade de experiências que me acrescentaram conhecimentos e competências. Quanto à minha atuação no geral, significou uma evolução importante. No que se refere ao trabalho desenvolvido, penso ter atingido com êxito os objetivos delineados aquando da realização do projeto inicial, tendo-me empenhado ao máximo na concretização das atividades traçadas. Penso ter conseguido cuidar integralmente com empenho e competência dos cuidadores familiares, estabelecendo relações de abertura, disponibilidade, dedicação e empatia.

Creio ter explanado ao longo do presente relatório as diferentes etapas que concluí, apontando as estratégias que utilizei para atingir objetivos e metas que potenciaram o meu desenvolvimento, a minha prestação de cuidados e, em última análise, me permite dar um passo essencial tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Estou ainda convicto que, em termos gerais, a temática do prestador informal de cuidados que norteia o presente relatório é atual, pertinente e constituiu-se como um problema de saúde gerador de impacto negativo nas situações anteriormente referidas, na comunidade onde atuei. Desta forma, considero que a frequência deste mestrado contribuiu positivamente para a melhoria significativa da qualidade de vida desta franja cada vez mais significativa da nossa população.

Julgo dessa forma ter conseguido ampliar o meu leque de competências, adquirindo algumas e desenvolvido outras, de uma forma concertada e organizada, tendo em vista o desenvolvimento específico de um perfil de competências próprio para o desenvolvimento de cuidados especializados em Enfermagem Comunitária, bem como considero ter atingido os objetivos académicos que se preconizavam para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Para isso contribuíram também, como atrás referi, os importantes auxílios da Orientadora de Estágio Professora Norminda Magalhães, bem como de todas as equipas multidisciplinares e parceiros com quem comparti este percurso e sem os quais a partilha proporcionada por todos os momentos de reflexão, não seriam possíveis, tendo contribuído indelevelmente para o crescendo de qualidade profissional sentido.

Tendo em conta a complexidade do trabalho realizado, senti algumas dificuldades, que se prenderam com o ajustamento do período temporal destinado à consecução dos objetivos traçados e à realização das intervenções propostas. De salientar que esta dificuldade foi sendo esbatida com empenho, dinamismo, dedicação, motivação e com a orientação proporcionada. No entanto, estou ciente que o percurso iniciado está revestido pela insatisfação do inacabamento, algo intrínseco ao meu ser pessoal e profissional. Daí ser importante deixar um contributo para futuros trabalhos, onde posso afirmar que se hoje tivesse a oportunidade de recomeçar todo o percurso realizado, conhecendo-o à partida, melhoraria a abordagem estratégica que experimentei na procura da criação do Centro de Ajudas Técnicas, uma vez que a solicitação para a obtenção de equipamento e recursos se verificou infrutífera. Daí hoje



considerar que a otimização dos recursos e equipamentos existentes no ACES Grande Porto VIII/Gaia, onde realizei a UC Estágio, por intermédio de uma adequada distribuição dos recursos disponíveis e de uma criteriosa avaliação de necessidade e adequação de cedência dos equipamentos, bem como o investimento na recuperação daqueles que se encontravam danificados, acrescentaria à realização deste MEC o sucesso da criação do Centro de Ajudas Técnicas, mais descentralizado e com menor necessidade de alocação de financiamento.

Por outro lado, o presente relatório poderá servir de alavanca a outros trabalhos que queiram observar qual o impacto de outras variáveis do contexto habitacional para além das analisadas, uma vez que uma das maiores dificuldades sentidas, particularmente no módulo I da UC Estágio, aquando da realização do Diagnóstico de Necessidades e Recursos em Saúde, passou pela quase ausência de estudos e evidência científica que analisassem o impacto do ambiente habitacional, ou seja, a influência das condições de cuidado no desempenho e sobrecarga do cuidador. Este propósito pode ser observado pela reconstrução do instrumento de colheita de dados utilizado, acrescentando outras variáveis ou melhorando as existentes.

Pode inclusivamente ser testado o alargamento mais pronunciado da análise de uma série de fatores relacionados com a interação do prestador de cuidados com a comunidade onde habita e onde desempenha o seu papel, para que de um modo mais abrangente se percecionem a sensibilidade do cuidador a outros aspetos comunitários e quais as suas relações com a adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados. Analisar o impacto mexossistémico do desempenho do papel de prestador de cuidados ao nível familiar, para além de variáveis como a funcionalidade familiar, tal como realizado nesta UC de Estágio, pode ser particularmente interessante de efetuar, especialmente enquadrada na recente dinâmica da especialização de Enfermagem de Família

A abordagem das duas restantes necessidades em saúde sentidas e onde não foi possível intervir por limitações de tempo inerentes a este MEC, deverão merecer uma intervenção ao nível do estabelecimento de relações terapêuticas de cuidado com os próprios idosos dependentes e com a rede informal alargada de prestação de cuidados, capacitando as instituições e seus colaboradores para atuar de forma mais refletida e autónoma com os idosos dependentes e com a figura de cuidador principal. A avaliação da consolidação dos conhecimentos e competências adquiridas pelos cuidadores que participaram no projeto seria também uma tarefa que permitiria traçar conclusões quanto à necessidade de empoderamento continuado dos cuidadores familiares, bem como refletiria de um modo mais alargado os ganhos em saúde obtidos a médio e longo prazo, não só na adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados, bem como os ganhos em saúde para o idoso dependente.

Concluindo, encarei este Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária como uma experiência enriquecedora e gratificante que me acompanhará por toda a minha vida profissional, sendo portanto indispensável à minha autorrealização e sendo mais um passo rumo à proficiência. Ainda que, o sacrifício efetuado e o esforço dispendido para a conclusão bem sucedida deste Mestrado tenha sido considerável,



olho para o percurso percorrido com satisfação e a certeza que a opção pela sua frequência foi o caminho certo para a minha realização pessoal e profissional.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO E TAVARES - **“Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto atividade formativa”**. 2003; retirado de: www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf consultado a 28/04/2009 às 22h;
- ANDRADE, F.M. - **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**. 2009. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde, submetida à Universidade do Minho. Orientado por Professora Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes;
- AZEVEDO, C; GONÇALVES, A. – **Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 8ª Edição. Lisboa: Universidade Católica, 2006
- BARBIER, J. - **“Elaboração de Projetos de Ação e Planificação.”** Porto Editora, Porto, 2003;
- BOTELHO, M.O. - **Idoso que cuida de idosa**. 2007. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Orientado por: Professora Doutora Maria Arminda Costa;
- BRITO, L. A - **Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. 2002. Climepsi Editores;
- CARMO, A; et al. – **A importância do cuidador informal na rede social de apoio ao idoso**. 2001. Formasau. Coimbra;
- CARMO, H; FERREIRA, M. M. – **“Metodologia da Investigação, Guia para a Autoaprendizagem”**, Universidade Aberta, 2008;
- CARRETERO-GOMÉZ, L; et al. - **La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial**. 2006. Valencia: Tirant Lo Blanch;
- CASSIANI, S. RODRIGUES, L. – **A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégia da colheita de dados das pesquisas em enfermagem**, Ata Paulista de Enfermagem, 1996;
- DIAS, A; BARBEDO, G. – **Diagnóstico de necessidades em saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho**, Porto: Instituto de Ciências da Saúde do Porto – Universidade Católica, 2010;
- FERNANDES, M. T.– **“Metodologia de Projeto”**, Revista Servir, volume nº 47- nº 5, 2005;
- FERREIRA, M.F. - **Cuidar no domicílio: Sobrecarga da família\Cuidador principal com doente oncológico paliativo**. 2005. Candidatura para a obtenção do grau de Mestre em Oncologia pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Orientado por: Professora Doutora Dinora Cabral;
- FIGUEIREDO, M.H. – **“Enfermagem de Família: Um contexto de cuidar”**. Dissertação de candidatura entregue no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da



Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Enfermagem. Orientado pela Professora Doutora Maria Manuela Silva Martins, 2009;

- FORMIGA, N. – **Um estudo intracultural dos indicadores da relação familiar**. 2003. Psic, 5(1);
- FREITAS, J. J. C. – **“Guia Prático para elaboração e apresentação de trabalhos científicos”**, 6ª Edição, Edições Cosmos, Lisboa, 2002;
- GARRET, C; et al. **Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais**. (2003) Psicologia, Saúde & Doenças, 4 (1);
- HANSON, S. M. H. – **“Enfermagem de cuidados de saúde à família”**, 2ª Edição, Lusociência, Lisboa, 2001;
- IMPERATORI, E; GIRALDES, M. R. – **“Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais”**, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993;
- LAGE, I. - **Cuidados familiares a idosos**. 2005. Envelhecer em Portugal. Lisboa;
- LAGE, I. – **Avaliação do cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal**. 2007. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Orientador: Doutora Constança Paul;
- LUCKMANN & SORENSEN – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma abordagem psicofisiológica**. 4ª Edição. Guanabara-Koogan, 1993;
- MENDONÇA, F; et al. **Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde**. 2000. Revista de Geriatria, 13 (127);
- MOREIRA, M. - **O doente terminal em contexto familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. 2001. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **“Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais”**, Lisboa, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **“Proposta de sistema de individualização de especialidades em Enfermagem”**, Lisboa, 2007;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem**. 2007. Lisboa: Revista da Ordem dos Enfermeiros;
- ORDEM ENFERMEIROS – **“Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional”**, Lisboa, 2010;
- RICARTE, L.F. – **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande**. (2009) Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Orientado por: Professor Doutor Carlos Alberto Sequeira;
- RODRIGUES, P. – **Cuidadores informais principais**. 2003. Lidel. Lisboa;
- SANTOS, D.I. – **As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente**. 2009. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em



Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta. Orientado por: Professora Doutora Natália Ramos;

- SANTOS, P.A. **O Familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social**. 2005. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública;
- SEQUEIRA, C. – **Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções**. 1ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto. Coleção Enfermagem, 2007;
- SEQUEIRA, C. **Validação da escala da sobrecarga do cuidador**. 2010. Referência. 12 (3);
- SOUSA, L; et al. **Envelhecer em Família, os cuidados familiares na velhice**. 2004. Porto: Âmbar;
- STANHOPE & LANCASTER - **“Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos”**, 4ª Edição, Lusociência, Lisboa, 1999;
- TAVARES, A. – **“Métodos e técnicas de planeamento em saúde”**, 2ª edição. Lisboa, Ministério da Saúde, 1990;
- WATSON, J. – **Cuidar: Na perspetive de Jean Watson**. Conferência, Santarém, 1994;
- WESTPHAL, L; et al. – **Family caregivers: a descriptive study**. 2005. Gerontologic Nursing: 12(3).



ANEXOS



Anexo I

Planificação da UC Estágio (módulos I, II e III)

Actividade	Módulo	Módulo I 19 Abril a 19 Junho 2010	Módulo II Outubro a 29 Novembro 2010	6 Módulo III 2 Dezembro 2010 a 31 Janeiro 2011
Diagnóstico de Recursos e Necessidades em Saúde				
Projecto: "Cuidar do Cuidador"				
Apresentação das conclusões do Diagnóstico de Saúde				
Avaliação Diagnóstica				
Panfleto de divulgação e Jornal: "Cuidar da Vida"				
Manual do Cuidador e Manual de Ajudas Técnicas				
Blog: Enfermeiro de Família e Petição pública				
Sessões de educação para a saúde para os cuidadores				
Sessões de formação multidisciplinares				
Avaliação final de competências adquiridas pelos prestadores informais				
Projecto MDAIF-SAPE				



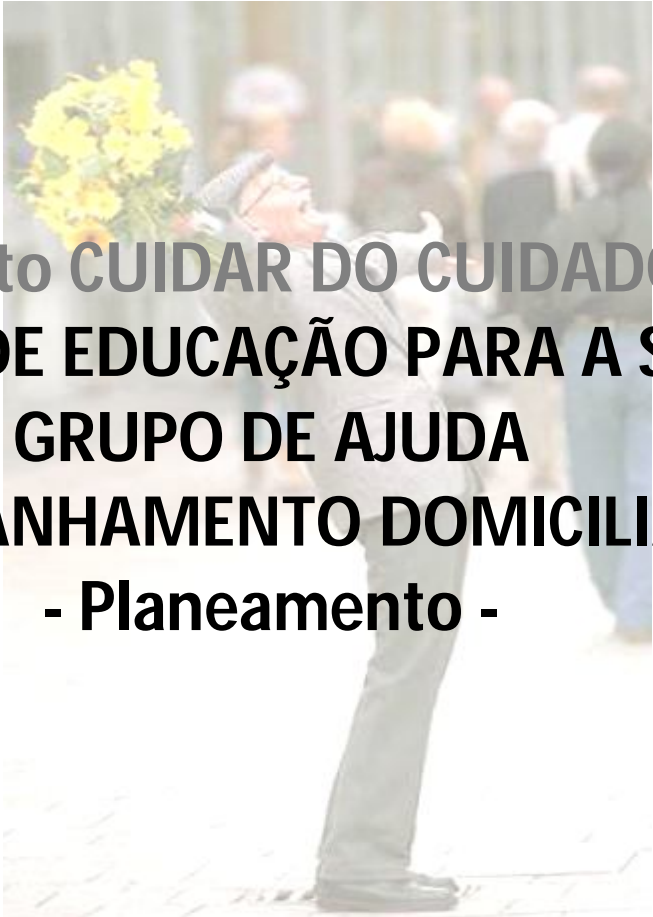
Anexo II

Planeamento do Projecto de Intervenção Comunitária: “Cuidar do Cuidador”

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde



**“Projecto CUIDAR DO CUIDADOR”
SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
GRUPO DE AJUDA
ACOMPANHAMENTO DOMICILIÁRIO
- Planeamento -**

Enfermeiro: António Dias

Orientado por: Prof. Norminda Magalhães
e
Enf. Rosa Vasconcelos

Novembro 2010

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	3
2. JUSTIFICAÇÃO	3
3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO	4
4. OBJECTIVOS	5
5. METODOLOGIA	5
6. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS	6
7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	7
8. ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES.....	8
9. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO	9
10. INDICADORES	9

ANEXOS

Anexo I – Apresentação do Diagnóstico de Recursos e Necessidades de Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho;

Anexo II – Problemas de saúde identificados e priorizados pela técnica de Grupo Nominal;

Anexo III – Instrumento de avaliação dos conhecimentos dos cuidadores (Avaliação Diagnóstica);

Anexo IV – Resultados da Avaliação Diagnóstica;

Anexo V – Planos de sessão.

1. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do II e III módulo do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica e, de entre várias actividades, surge a necessidade de levar a cabo projectos de intervenção comunitária, delineados a partir dos principais resultados obtidos com o diagnóstico realizado no estágio anterior. Assim sendo, este planeamento visa descrever sucintamente e de forma organizada três das principais actividades que serão levadas a cabo e que pela sua especificidade merecem um planeamento próprio e que se referem às Sessões de Educação para a Saúde, ao Grupo de Ajuda e ao Acompanhamento Domiciliário, destinados aos cuidadores familiares de idosos dependentes da USF Saúde no Futuro e que constituem a linha orientadora estratégica geral de intervenção junto dos cuidadores familiares.

2. JUSTIFICAÇÃO

Os enfermeiros enquanto agentes promotores de saúde, devem acompanhar as mudanças sociais e contribuir para o bem-estar físico, psicológico, social e económico da população alvo da sua atenção. Para além disso o Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) deve ter “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializada na área clínica da sua especialidade.”

Posto isto, e de acordo com as necessidades de intervenção em saúde identificadas e priorizadas, no Diagnóstico de Necessidades em Saúde, levado a cabo no módulo anterior de estágio (cuja leitura é indispensável para a compreensão deste projecto), surge a necessidade de proporcionar respostas cabais. Assim, em conjunto com os achados do referido Diagnóstico, a necessidade de sensibilização da equipa de Enfermagem da USF para as reais necessidades em saúde dos idosos dependentes e seus cuidadores familiares em contexto domiciliário, o frequente pedido de visitas domiciliárias de enfermagem de carácter curativo, em particular, a úlceras de pressão, já deixava antever a necessidade de intervir atempadamente e, numa lógica preventiva, junto dos cuidadores familiares.

Também a ausência de competências específicas para o cuidado informal, demonstrada pelos prestadores de cuidados, bem como e, decorrente desta lacuna, a ausência de continuidade de cuidados, tornam ainda mais premente a necessidade de uma intervenção direccionada e específica.

Para além dos aspectos atrás referidos, bem como das principais conclusões obtidas no Diagnóstico de Saúde, a ausência de uma intervenção verdadeiramente multidisciplinar, bem como a baixa cobertura das situações de dependência ao nível da protecção social e ajudas técnicas, constitui um problema que se traduz na necessidade de acompanhamento alargado para uma

estrutura em rede que propicie respostas a outros níveis que o Enfermeiro Especialista não pode concretizar, mas que lhe cabe orientar no sentido da sua efectiva consecução, como é o caso da intervenção social e do apoio psicológico.

Para colmatar este aspecto, o Projecto: “Cuidar do Cuidador” integra uma intervenção multidisciplinar proactiva e multiabrangente, tentando intervir ao nível das principais dificuldades detectadas no Diagnóstico de Necessidades em Saúde levado a cabo.

Assim, é neste contexto que julgo pertinente levar a cabo sessões educativas para prestadores informais de cuidados, em particular os cuidadores familiares de idosos dependentes da USF Saúde no Futuro, envolvendo o apoio de outros profissionais (psicólogo, assistente social) e, instituições da comunidade (Juntas de freguesia, Liga dos Amigos do CS Soares dos Reis), para providenciar outras formas de cuidado, como é o caso do acompanhamento psicológico.

Nos casos onde não é possível a participação dos cuidadores familiares de idosos dependentes, nas sessões do grupo de ajuda, ou nas sessões de educação para a saúde o Projecto Cuidar do Cuidador preconizará uma intervenção em contexto domiciliário, com sessões informativas e expositivas de educação para a saúde em cuidadores seleccionados, de forma a colmatar a sua ausência ou incapacidade de comparência nas sessões na USF.

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O presente projecto de intervenção comunitária enquadra-se no seguimento do Diagnóstico de Saúde levado a cabo no módulo anterior de Estágio e, de acordo com a Avaliação Diagnóstica (Anexo IV), levada a cabo no início deste projecto, foi possível avaliar as competências cognitivas dos cuidadores e assim delinear todas as temáticas a abordar de uma forma direccionada.

A avaliação diagnóstica realizada, visa a avaliação dos conhecimentos dos cuidadores participantes neste projecto, de forma a permitir uma mais clara e simples leitura das suas dificuldades para assim ir ao seu encontro de forma a providenciar respostas específicas aos problemas e dúvidas referidos.

A avaliação diagnóstica teve por base a avaliação dos conhecimentos dos cuidadores sobre diversos aspectos considerados como convenientes e que, de acordo com a literatura consulta e a experiência vivenciada em cuidados de saúde primários se conjugam como mais significativos: *Patologia crónica: Diabetes, Hipertensão Arterial, Doença Cardiovascular, Doença Osteoarticular; Alimentação; Medicação; Prevenção de quedas; Posicionamentos e mobilizações).*

4. OBJECTIVOS

O projecto Cuidar do Cuidador é destinado a cuidadores familiares de idosos dependentes que sentem dificuldades, dúvidas e receios, ou que simplesmente consideram ter deixado de ter tempo para si, por cuidar do seu familiar.

Trata-se de um projecto, liderado pelo Enf. António Dias da USF Saúde no Futuro, com a colaboração de outros profissionais que tem como objectivo geral:

Desenvolver competências no prestador informal de cuidados, para a prestação adequada de cuidados ao familiar idoso dependente.

Como objectivos específicos foram delineados os seguintes:

- *Promover o desenvolvimento de competências para o cuidado informal de idosos dependentes;*
- *Incentivar a comunicação expressiva de emoções, dúvidas ou receios;*
- *Facilitar o contacto e a socialização entre cuidadores informais de idosos dependentes;*
- *Promover a acessibilidade dos cuidadores que não se podem deslocar à USF;*
- *Oferecer apoio e suporte psicológico.*

5. METODOLOGIA

Trata-se de um projecto gratuito e de continuidade que tem como principal finalidade acompanhar os prestadores informais de cuidados, familiares de idosos dependentes, de forma a torná-los mais competentes e mais motivados para a tarefa de cuidar.

As sessões de educação para a saúde consistem de formações, sob a forma de apresentações expositivo-demonstrativas e interactivas realizadas por um profissional de saúde que visam a aquisição e desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal. Abordam diferentes temáticas úteis para quem cuida de familiares dependentes, tais como: *alimentação; higiene e conforto; prevenção de úlceras de pressão; cuidados gerais com dispositivos médicos; transferências da cama para a cadeira e vice versa, etc.*

Os cuidadores informais participantes na primeira edição do Projecto Cuidar do Cuidador, dizem respeito a um grupo pré-seleccionado de cuidadores informais da lista de famílias do Enf. António Dias, que apresentam familiares idosos dependentes com níveis semelhantes de incapacidade funcional e dependência, de forma a tornar o grupo o mais semelhante possível, no que às suas realidades pessoais diz respeito. Tentar-se-á desta forma criar um enquadramento homogéneo de necessidades de modo a promover uma aquisição/desenvolvimento gradual e equilibrado de competências, sustentado na partilha de dificuldades conjunta.

Estas sessões decorrerão em contexto de grupo na sala de reuniões da USF Saúde no Futuro, ou para os cuidadores que não se possam deslocar, em contexto domiciliário a título individual. Nesses casos será realizado em paralelo a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2009), como forma de documentação do Processo de Enfermagem.

As sessões de educação para a saúde poderão contar com a participação de cuidadores informais que não possuam relações familiares com idosos dependentes, pois uma vez que o projecto visa a melhoria das competências para o cuidado informal, apesar de basear-se nas necessidades detectadas nos cuidadores familiares, será aberto à participação dos cuidadores informais não familiares dos idosos de quem cuidam.

Para auxiliar a consecução dos objectivos previstos, bem como promover a aquisição e desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal, serão desenvolvidos dois manuais, o Manual do Cuidador que terá o objectivo de auxiliar a compreensão dos cuidadores familiares de idosos dependentes e serve de guião para o esclarecimento de dúvidas que surjam no contacto directo com o idoso dependente. O segundo manual, Manual de Ajudas Técnicas, terá o objectivo de servir de explicação para as ajudas técnicas potencialmente necessárias ao cuidado informal do idoso dependente, bem como referência aos locais e preços praticados nas comunidades de Mafamude e Vilar de Andorinho.

Paralelamente às sessões educativas será dinamizado um grupo de ajuda psicológica, por intermédio de um psicólogo que colaborará com o projecto, Dra. Raquel Oliveira da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA” e que terá, em parceria, a função de proporcionar o devido apoio e acompanhamento psicológico com acesso a consultas gratuitas de apoio psicológico, de modo a que o cuidador se sinta apoiado, atenuar as suas preocupações e promova o seu ajustamento emocional.

Para além da aprendizagem que pretendo promover nos prestadores de cuidados, desejo também que estes se sintam bem com eles próprios e que se sintam realizados e motivados para a tarefa de Cuidar, por intermédio da terapia de grupo, para que os cuidadores não se sintam sós nesta tarefa e possam partilhar ansiedades, receios e dúvidas.

6. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

Os conteúdos foram seleccionados por ordem de relevância científica encontrada, dando primazia àqueles que confirmam competências para o cuidado informal de forma progressiva, continuada e sustentada. Assim, as sessões de educação de saúde (Anexo II) serão organizadas da seguinte forma:

- ◆ Sessão de Apresentação do Diagnóstico de Necessidades de Saúde e Recursos dos Cuidadores Familiares dos Idosos Dependentes das Freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho (Outubro 2010)

- ◆ Primeira sessão para prestadores informais de cuidados (Outubro 2010): Saber Envelhecer – Conhecer a realidade para construir o futuro;
- ◆ Segunda sessão para prestadores informais de cuidados (Outubro 2010): Grupo de ajuda I (com a participação da Dra. Raquel Oliveira da FPCCS);
- ◆ Terceira sessão para prestadores informais de cuidados (Novembro 2010): Cuidar do Cuidador – Construção de competências I;
- ◆ Quarta sessão para prestadores informais de cuidados (Novembro 2010): Grupo de ajuda II (com a participação da Dra. Raquel Oliveira da FPCCS);
- ◆ Quinta sessão para prestadores informais de cuidados (Novembro 2010): Cuidar do Cuidador – Construção de competências II;
- ◆ Sexta sessão para prestadores informais de cuidados (Novembro 2010): Grupo de ajuda III (com a participação da Dra. Raquel Oliveira da FPCCS);
- ◆ Sétima sessão para prestadores informais de cuidados (Dezembro 2010): Cuidar do Cuidador – Construção de competências III;
- ◆ Oitava sessão para prestadores informais de cuidados (Dezembro 2010): Grupo de ajuda IV (com a participação da Dra. Raquel Oliveira da FPCCS);
- ◆ Nona sessão para prestadores informais de cuidados (Janeiro 2011): Cuidar do Cuidador – Construção de competências IV;
- ◆ Décima sessão para prestadores informais de cuidados (Janeiro 2011): Grupo de ajuda V (com a participação da Dra. Raquel Oliveira da FPCCS);
- ◆ Décima primeira sessão para prestadores informais de cuidados (Fevereiro 2011): Cuidar do Cuidador – Estabelecendo parcerias na comunidade (com a participação da Liga dos Amigos do CS Soares dos Reis, da Assistente Social do CS Soares dos Reis e, do enfermeiro da UCC Âncora). Entrega de certificados aos cuidadores (final da primeira edição do Projecto Cuidar do Cuidador);

Os conteúdos a abordar nas sessões do grupo de ajuda psicológica serão adequadas à participação dos cuidadores, sendo geridas em função das suas dúvidas, receios e necessidades de comunicação expressiva de emoções, no entanto, tentar-se-á que a temática problematizadora e introdutória à comunicação verse os seguintes temas: fortalecimento do self, auto-estima, emoções, preparação para a perda, instilação de esperança e estratégias de coping.

7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

- ◆ A metodologia será de cariz expositiva-demonstrativa e participativa;
- ◆ Serão realizadas apresentações multimédia em *powerpoint* para as sessões educativas;

- ◆ Mobilização de parcerias locais, desde outros profissionais de saúde como assistentes sociais a estruturas e instituições locais como a junta de freguesia, o ACES ou IPSS, tal como a Liga dos Amigos do CS Soares dos Reis;
- ◆ Sensibilização da equipa multidisciplinar;
- ◆ Elaboração de um Manual de Ajudas Técnicas
- ◆ Elaboração de um Manual do Cuidador;
- ◆ Elaboração do jornal: “Cuidar da Vida”
- ◆ Visitações domiciliárias, com aplicação do MDAIF de Figueiredo;
- ◆ Criação do Cantinho do Cuidador, espaço destinado à realização das sessões psicoeducativas que será adequado, de modo a apresentar posteres informativos sobre a problemática dos cuidadores informais, bem como todo o material resultantes das dinâmicas de grupo das sessões de apoio psicológico e que contará com a participação dos cuidadores na sua construção.

8. ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES

As sessões de educação para a saúde decorrerão com carácter quinzenal às terças-feiras, às 15h30, com a duração de 90 minutos, no “Cantinho do Cuidador” (sala de reuniões do Centro de Saúde de Soares dos Reis), da seguinte forma:

Primeira sessão: 19 Outubro

Segunda sessão: 26 Outubro

Terceira sessão: 3 Novembro

Quarta sessão: 10 Novembro

Quinta sessão: 17 Novembro

Sexta sessão: 24 Novembro

Sétima sessão: 15 Dezembro

Oitava sessão: 22 Dezembro

Nona sessão: 5 Janeiro

Décima sessão: 12 Janeiro

Décima primeira sessão: 9 Fevereiro

Todas as sessões são intervaladas com uma pausa para lanchar, com lanche oferecido aos cuidadores pelo Projecto Cuidar do Cuidador e terão nos primeiros 45 minutos a sessão de educação para a saúde e nos segundos 45 minutos tempo dedicado a demonstrações, treino ou esclarecimento de dúvidas. As sessões destinadas ao grupo de ajuda psicológica terão a duração máxima de 90 minutos.

9. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- ◆ Avaliação diagnóstica das competências para o cuidado informal, avaliadas por intermédio de questionário no início do projecto Cuidar do Cuidador (Anexo III);
- ◆ Avaliação final, mediante a realização de um questionário que valide a aquisição e desenvolvimento de competências dos cuidadores familiares para o cuidado informal;
- ◆ Avaliação observacional, tendo por base a avaliação da adesão dos cuidadores às iniciativas propostas nas sessões de educação para a saúde;

10. INDICADORES

- ◆ Que pelo menos 70% das solicitações de visita domiciliária a famílias com idosos dependentes participantes nas sessões psicoeducativas, sejam atendidas no prazo máximo de 24 horas ao longo do Estágio;
- ◆ Que pelo menos 95% dos cuidadores informais participantes nas sessões psicoeducativas tenham acesso ao Manual do Cuidador;
- ◆ Que pelo menos 95% dos cuidadores familiares participantes nas sessões psicoeducativas tenham acesso ao Manual de Ajudas Técnicas ao longo do Estágio;
- ◆ Que pelo menos 50% dos cuidadores familiares de idosos recém-dependentes (< 2 meses) participem nas sessões psicoeducativas, ao longo do Estágio;
- ◆ Que pelo menos 95% dos cuidadores familiares pré-selecionados participem nas sessões psicoeducativas, ao longo do Estágio;
- ◆ Que pelo menos 85% dos cuidadores familiares presentes no programa de desenvolvimento de competências, manifestem competências adquiridas a esse nível ao longo do Estágio;
- ◆ Que pelo menos 60% dos cuidadores familiares participantes nas sessões educativas, participem no programa de auto-ajuda ao longo do Estágio;

ANEXOS

Anexo I

Apresentação do Diagnóstico de Recursos e Necessidades de Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho

Diagnóstico de Necessidades em Saúde



**Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes
nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho**



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Realizado por:
 - Enf. António Dias
 - Enf.^a Graça Barbedo
- Unidade curricular de Estágio I do Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica





Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Orientado por:
 - Enf.^a Especialista Rosa Vasconcelos
 - USF Camélias
 - Professora Norminda Magalhães
 - ICS-UCP
- Referente às freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Do perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, definido pelo Colégio da Especialidade da Ordem dos Enfermeiros, fazem parte:
 - 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 comunidades
 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde
 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico





Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Tomou-se como referencial teórico do Planeamento em Saúde a metodologia delineada por Tavares (1991)



- **PLANEAMENTO:**
 - Definição área programática
 - Objectivos
 - Selecção das variáveis
 - População e Amostra
 - Instrumento de colheita de dados



• EXECUÇÃO



- Apresentação e análise dos resultados
 - Análise descritiva e inferencial
- Discussão dos resultados
- Identificação de necessidades em saúde
- Hierarquização dos problemas em saúde identificados
 - Grupo nominal



Contextualização da problemática



- Envelhecimento populacional
 - Baixa taxa de natalidade
 - Aumento da esperança média de vida
 - 16,35% da população portuguesa tem mais de 65 anos
 - Em 2030, a população com mais de 65 anos será de 60%
- Prevalência aumentada de doenças crónico-degenerativas
- Perda de capacidade funcional



Contextualização da problemática



- Emergência da figura do prestador de cuidados (cuidador informal)
- Emergência das redes sociais e familiares de apoio e cuidado informal
- Cuidador familiar
- Stress, coping, sobrecarga e burnout do cuidador



Definição da área programática



- Qual o impacto negativo associado ao desempenho do papel de prestador de cuidados, em cuidadores familiares de idosos dependentes, das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, ao nível de três dimensões:

- Sobrecarga do cuidador
- Funcionalidade familiar
- Dinâmica familiar



Objectivos específicos



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



Objectivos específicos:

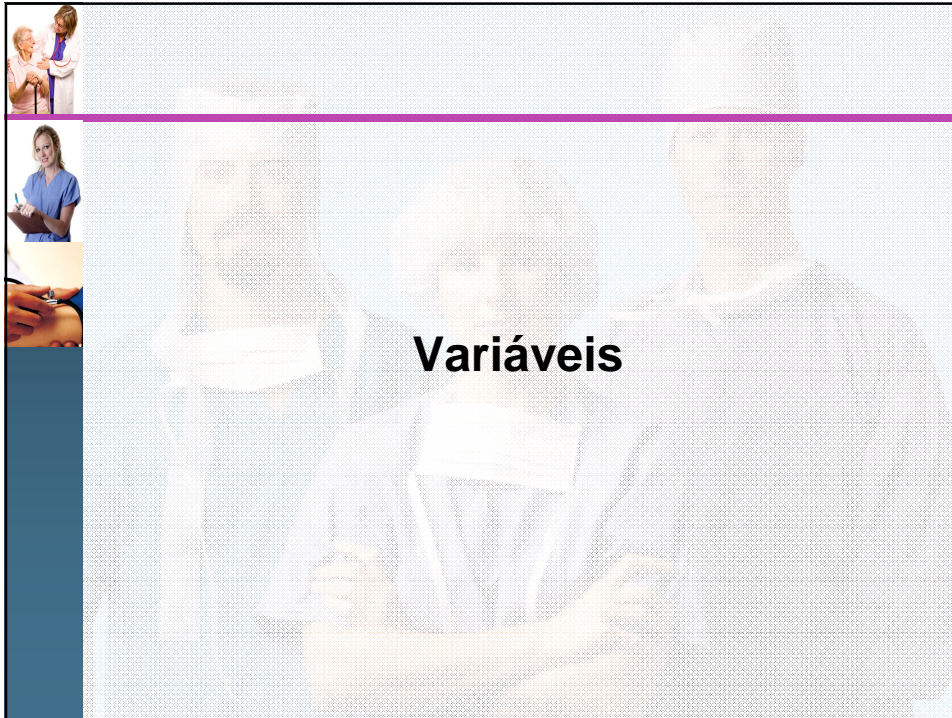
- Caracterizar os cuidadores familiares de idosos dependentes, pertencentes às freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho;
- Identificar os problemas de saúde prioritários (reais e latentes) dos cuidadores familiares de idosos dependentes, pertencentes às freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho;



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Identificar relações significativas entre as diversas variáveis em estudo e de que forma estas influenciam a prestação do cuidado e o bem-estar do cuidador familiar;
- Avaliar os recursos existentes para os cuidadores familiares de idosos dependentes nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, que visam satisfazer as necessidades de saúde identificadas.



Variáveis

Diagnóstico de Necessidades em Saúde

Sendo o Diagnóstico de saúde um estudo do tipo descritivo, podemos verificar a existência de dois tipos de variáveis: atributo e descritivas.

As variáveis atributo seleccionadas foram de 3 tipos:

- variáveis sócio-demográficas e de avaliação da dependência física e instrumental dos idosos;



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Variáveis sócio demográficas e económicas do cuidador;
- Variáveis do contexto ambiental do cuidado.



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



A informação relacionada com os cuidadores familiares, que se constituíram nas variáveis descritivas seleccionadas, é traduzida através dos itens de 3 escalas:

- Avaliação da sobrecarga (ESC);
- Avaliação da funcionalidade familiar (APGAR familiar)
- Avaliação da dinâmica interna da família (EDIF)



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



Do conjunto de variáveis que compõe o inquérito e que foram alvo de análise, importa destacar:



- Índice de Barthel
- Índice de Lawton
- Escala de avaliação da sobrecarga do cuidador
- APGAR Familiar de Smilkstein
- Escala de Indicadores da Dinâmica Familiar



População e Amostra



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



Determinação da população e amostra:

- A população alvo são os cuidadores familiares dos idosos dependentes (n=278)
- Seleccionamos os idosos dependentes cujo principal cuidador é um elemento do agregado familiar (n=194)
- O cuidador era elegível se:
 - Fosse cuidador primário;
 - Cuidasse do idoso pelo menos nos últimos 6 meses e se não fosse remunerado.



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- O idoso era ilegível se:
 - Tivesse 65 ou mais anos;
 - Estivesse sinalizado como dependente no SAPE.

A amostra seleccionada foi composta pelos cuidadores familiares de idosos dependentes das freguesias de Mafamude e vilar de Andorinho, inscritos na USF Camélias e USF Saúde no Futuro (n=128 cuidadores), o que representa 66% da população em estudo.



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- O instrumento de colheita de dados permite uma recolha de informação estruturada a diversos níveis, como:
 - Informação sócio-demográfica sobre o idoso dependente;
 - Avaliação da dependência do idoso, recorrendo a duas escalas: de avaliação de dependência na realização de AVD's e AIVD's, a escala de Barthel e de Lawton respectivamente;



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Caracterização do ambiente em que o cuidado é prestado pelo cuidador familiar do idoso dependente, nomeadamente as condições habitacionais;
- Caracterização sócio-demográfica e económica do cuidador familiar;
- Avaliação das principais dúvidas no cuidado ao idoso dependente pelo cuidador familiar;



Diagnóstico de Necessidades em Saúde



- Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar, com recurso à escala de sobrecarga do cuidador de Zarit;
- Avaliação da funcionalidade familiar, com recurso à escala do APGAR Familiar de Smilkstein;
- Avaliação da dinâmica familiar, com recurso à escala de dinâmica familiar de Formiga que é composta por 7 indicadores de dinâmica familiar.



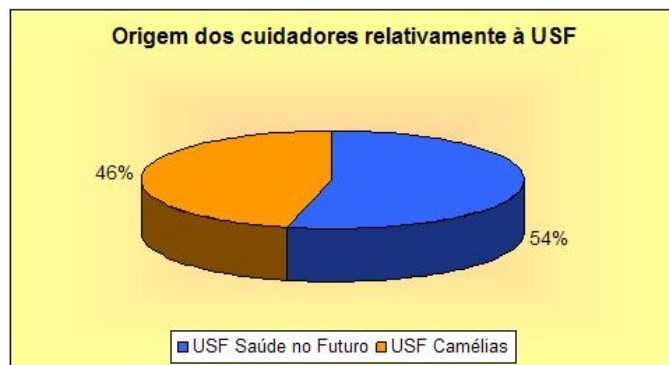
Resultados



Resultados



Gráfico 1 – Origem dos cuidadores relativamente à USF de origem



Resultados



- Perfil do idoso, com mais de 65 anos de idade e dependente, com cuidador familiar:
 - Sexo feminino
 - Idade entre os 71 e os 90 anos de idade, sendo a idade média de 81 anos.
 - Pouco instruídos
 - Maioritariamente casados
 - Elevado grau de dependência nas AVD e AIVD
 - Índice de Barthel reflecte uma dependência acentuada
 - Índice de Lawton reflecte uma dependência acentuada



Resultados



- Perfil habitacional que serve de contexto ao cuidado:
 - Quarto no mesmo piso da casa de banho, com cama adequada
 - Chão sem dificuldades ou riscos potenciais à mobilidade
 - Localiza-se em pisos elevados mas com a presença de elevadores



Resultados



- Perfil habitacional que serve de contexto ao cuidado:
 - Apartamentos dos próprios idosos, com menos de 5 divisões
 - As condições de habitabilidade são adequadas:
 - Presença de aquecedores eléctricos ou a gás
 - Não apresentam humidades e são bem ventiladas
 - Instalação eléctrica segura e acessível
 - Casa de banho no interior da casa, apresentando-se completa com banheira e classificadas pelos cuidadores familiares como sendo adequadas às necessidades de cuidado



Resultados



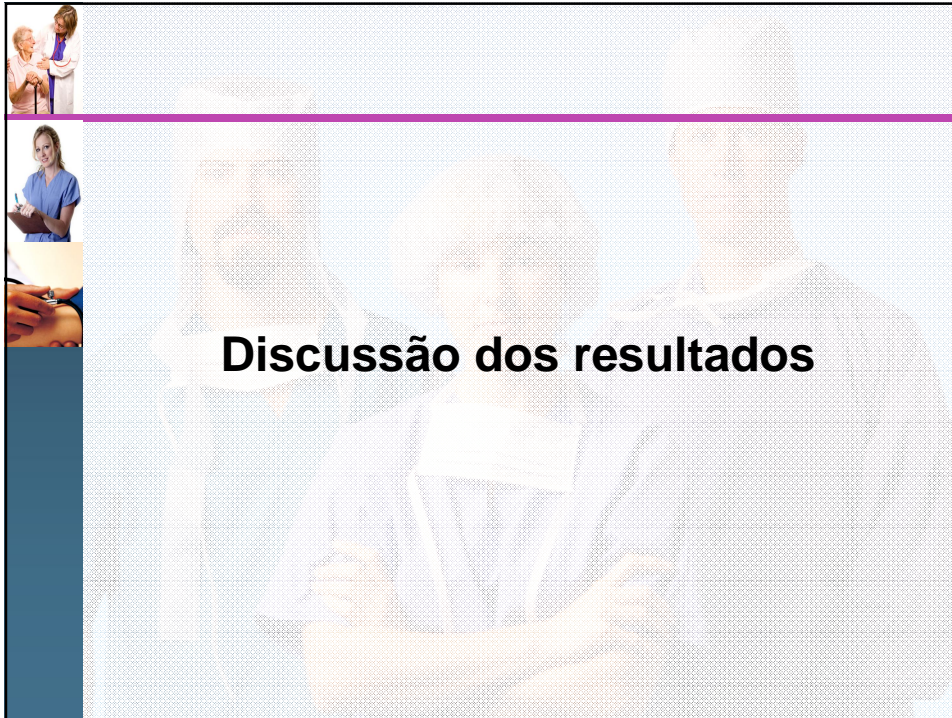
- Perfil tipo do cuidador familiar:
 - Maioria do sexo feminino
 - Idade entre os 48 e 78 anos, sendo a idade média de 63 anos
 - São maioritariamente familiares directos do idoso, sendo na maioria dos casos os filhos ou o próprio cônjuge
 - São reformados e têm a sua principal fonte de rendimento na pensão de reforma que em média, ultrapassa os 501€
 - Auto percebem a sua situação económica como razoável
 - Gastam em saúde mais de 201€
 - Referem ausência de dúvidas relacionadas com o cuidado



Resultados




- Perfil tipo do cuidador familiar:
 - Maioria apresenta sobrecarga que se estende ao longo de três níveis distintos, ligeira, moderada e severa, sendo a sobrecarga moderada a mais representativa.
 - Quanto à funcionalidade e dinâmica familiar, os cuidadores demonstram elevados graus de funcionalidade e dinâmica interna familiar.


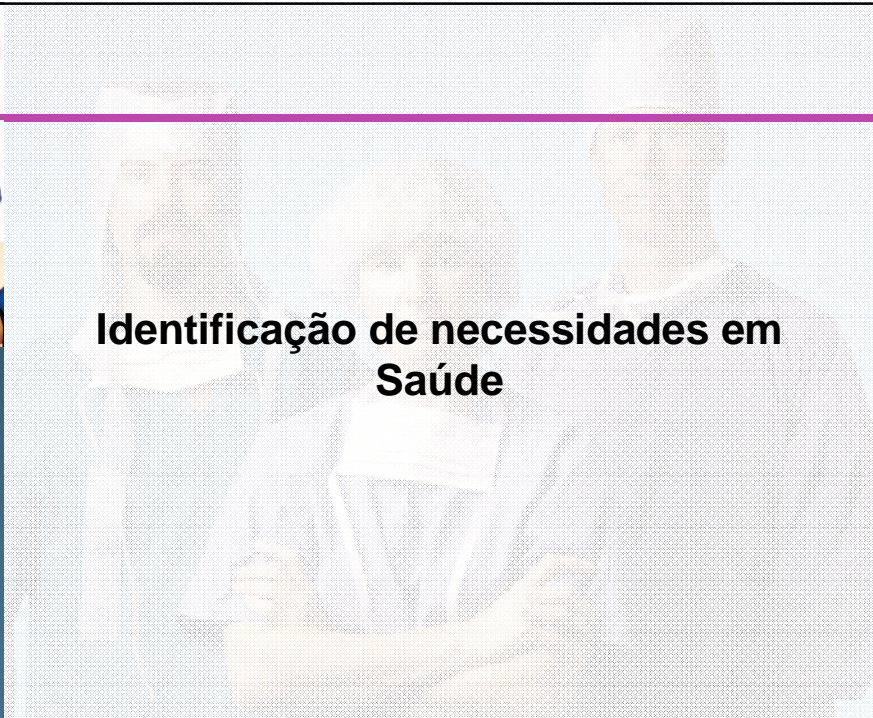


Discussão dos resultados

- Confrontando os principais achados com os diversos estudos consultados, podemos concluir:
 - Perfil característico do idoso dependente
 - Ausência de estudos que analisem o contexto habitacional dos cuidados
 - Perfil característico dos cuidadores
 - Situação económica razoável (>501€)
 - Ausência de dúvidas dos cuidadores
 - Impacto negativo no cuidador causado pela sobrecarga de cuidado
 - Boa funcionalidade e dinâmica interna familiar

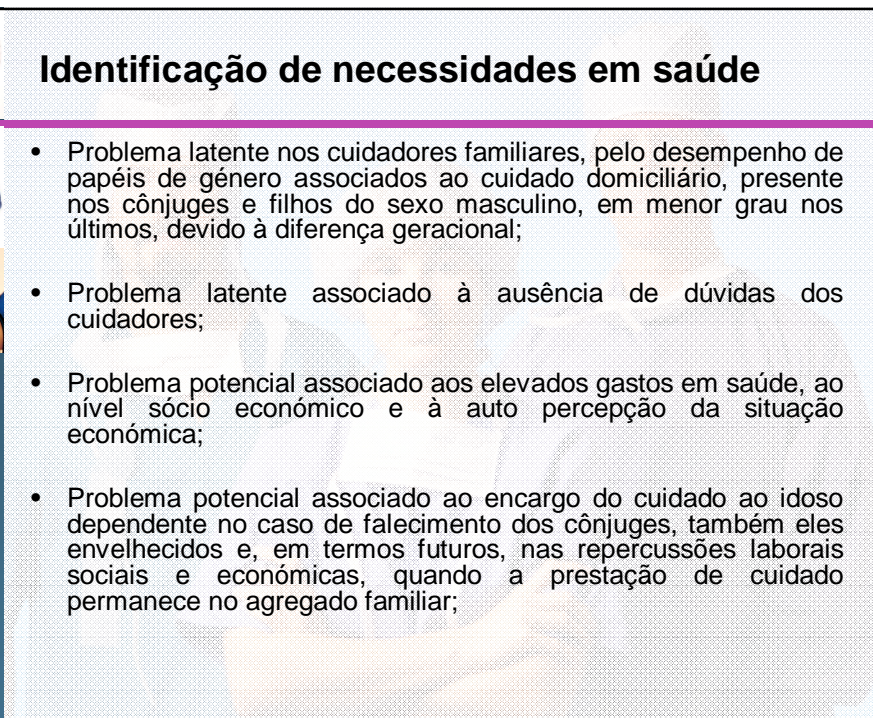


Identificação de necessidades em Saúde



Identificação de necessidades em saúde

- Problema latente nos cuidadores familiares, pelo desempenho de papéis de género associados ao cuidado domiciliário, presente nos cônjuges e filhos do sexo masculino, em menor grau nos últimos, devido à diferença geracional;
- Problema latente associado à ausência de dúvidas dos cuidadores;
- Problema potencial associado aos elevados gastos em saúde, ao nível sócio económico e à auto percepção da situação económica;
- Problema potencial associado ao encargo do cuidado ao idoso dependente no caso de falecimento dos cônjuges, também eles envelhecidos e, em termos futuros, nas repercussões laborais sociais e económicas, quando a prestação de cuidado permanece no agregado familiar;





Identificação de necessidades em saúde



- Emergência do cuidador familiar enquanto figura feminina e seu impacto ao nível do desenvolvimento humano, social e profissional, associado à necessidade do desenvolvimento do papel de cuidadoras;
- Idade elevada dos cuidadores familiares de idosos dependentes;
- Baixo nível de instrução dos idosos e seus cuidadores, cuja associação ao nível sócio económico é uma realidade de inegável sustentação;
- Problema potencial de compatibilização, da parte dos cuidadores familiares, quando no activo, entre as responsabilidades laborais e as necessidades de prestação efectiva de cuidado ao familiar idoso dependente;



Identificação de necessidades em saúde



- Insuficiente intervenção activa dos enfermeiros na definição local de políticas do idoso;
- Níveis elevados de dependência nos idosos, que remetem para a necessidade de cuidadores e para o impacto negativo que a elevada dependência dos idosos provoca, em particular ao nível da sobrecarga dos cuidadores;
- Perda de funcionalidade e dinâmica familiar quando o idoso dependente apresenta elevados níveis de dependência na realização das AIVD;



Identificação de necessidades em saúde



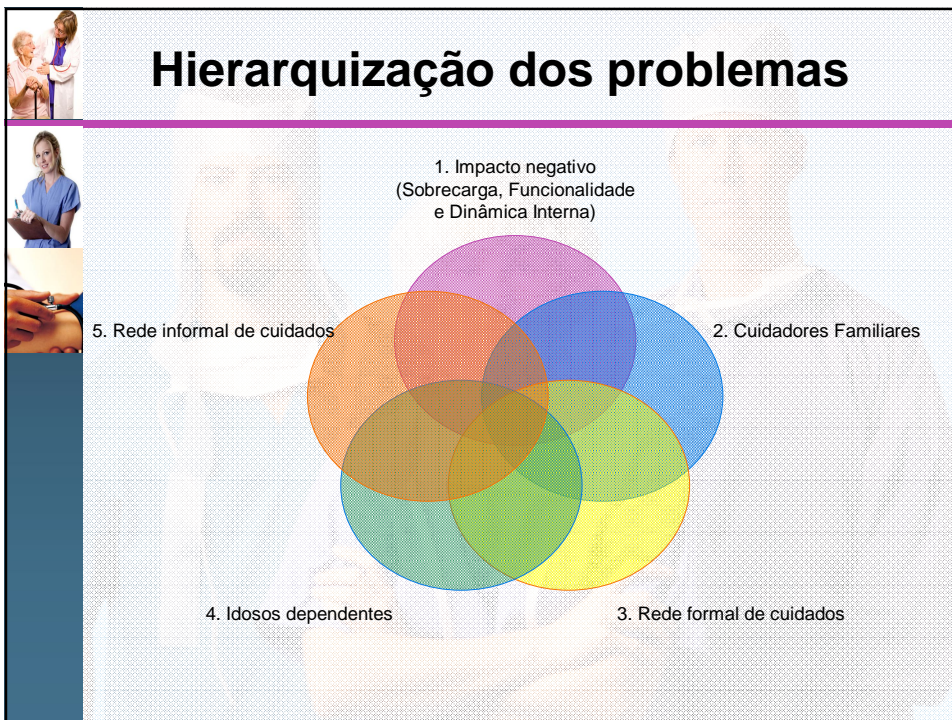
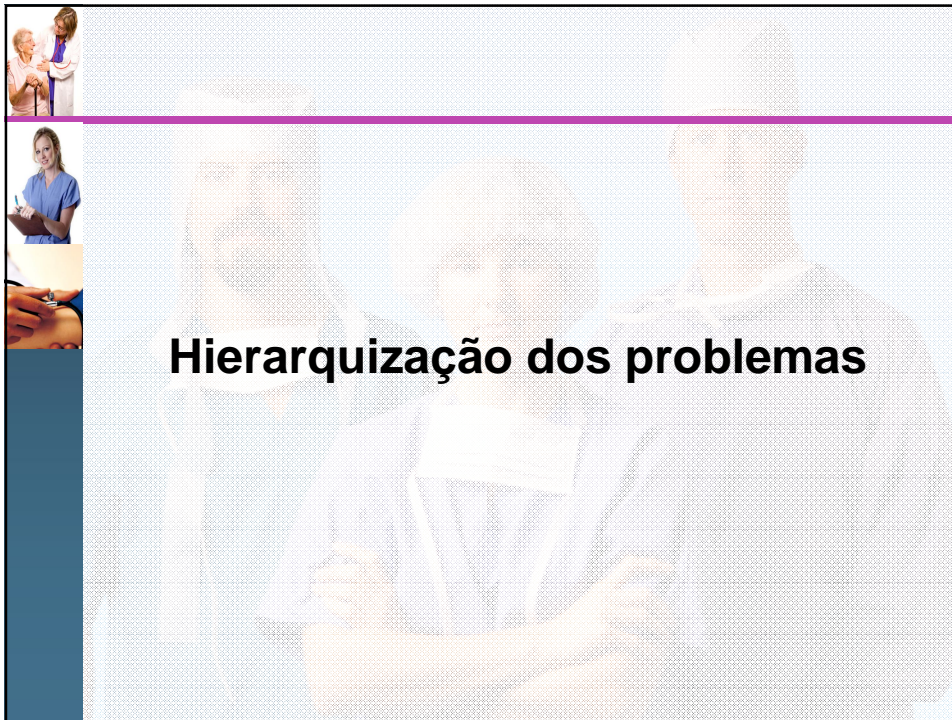
- Envelhecimento populacional generalizado, conduzindo a um número elevado de dependentes no domicílio, em particular do sexo feminino;
- Insuficiente rede informal de apoio aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares, associada quer à carência de recursos sociais ou privados disponíveis, para apoio domiciliário, falta de divulgação dos serviços prestados e, pela onerosidade que lhes está associada;



Identificação de necessidades em saúde



- Presença de impacto negativo nos cuidadores familiares, pelo desempenho do papel de prestador de cuidados, ao nível da dinâmica de relação entre as variáveis: sobrecarga e, funcionalidade familiar e dinâmica interna familiar;
- Diminuição da funcionalidade familiar associado à prestação de cuidados afastada de locais necessários à vida diária;
- Sobrecarga do cuidador familiar associado aos elevados gastos em saúde com o cuidado ao idoso dependente;
- Impacto negativo, associado ao contexto domiciliário em que os cuidadores familiares desempenham a sua intervenção junto dos idosos dependentes em particular nos casos de inadequação das casas de banho, insegurança da instalação eléctrica e ausência de aquecimento na habitação;
- Sobrecarga e diminuição da funcionalidade familiar, quando o idoso dependente é do sexo masculino;





Projectos de Intervenção Comunitária



- Cuidar de quem cuida
 - Enf.^a Graça Barbedo
 - USF Camélias
- O Enfermeiro como facilitador da aceitação e desempenho do papel de prestador de cuidados na comunidade
 - Enf. António Dias (antonio.silva.dias@sapo.pt)
 - USF Saúde no Futuro

Nem todas as mudanças resultam em melhorias mas todas as melhorias resultam de mudanças!

Obrigado pela vossa atenção!

Anexo II

Problemas de saúde identificados e priorizados pela técnica de Grupo Nominal

Tabela 1 – Áreas de intervenção prioritárias detectadas e sua ordem

Prioridade	Áreas de intervenção	Problemas de saúde detectados
1	<p><i>Impacto negativo detectado ao nível da sobrecarga do cuidador, da funcionalidade familiar e da dinâmica interna familiar</i></p>	<p>Presença de impacto negativo nos cuidadores familiares, pelo desempenho do papel de prestador de cuidados, ao nível da dinâmica de relação entre as variáveis: sobrecarga e, funcionalidade familiar e dinâmica interna familiar;</p> <p>Diminuição da funcionalidade familiar associado à prestação de cuidados afastada de locais necessários à vida diária;</p> <p>Sobrecarga do cuidador familiar associado aos elevados gastos em saúde com o cuidado ao idoso dependente;</p> <p>Impacto negativo, associado ao contexto domiciliário em que os cuidadores familiares desempenham a sua intervenção junto dos idosos dependentes em particular nos casos de inadequação das casas de banho, insegurança da instalação eléctrica e ausência de aquecimento na habitação;</p> <p>Sobrecarga e diminuição da funcionalidade familiar, quando o idoso dependente é do sexo masculino;</p>
2	<p><i>Cuidadores familiares</i></p>	<p>Problema latente nos cuidadores familiares, pelo desempenho de papéis de género associados ao cuidado domiciliário, presente nos cônjuges e filhos do sexo masculino, em menor grau nos últimos, devido à diferença geracional;</p> <p>Problema latente associado à ausência de dúvidas dos cuidadores;</p> <p>Problema potencial associado aos elevados gastos em saúde, ao nível sócio económico e à auto percepção da situação económica;</p> <p>Problema potencial associado ao encargo do cuidado ao idoso dependente no caso de falecimento dos cônjuges, também eles envelhecidos e, em termos futuros, nas repercussões laborais sociais e económicas, quando a prestação de cuidado permanece no agregado familiar;</p> <p>Emergência do cuidador familiar enquanto figura</p>

		<p>feminina e seu impacto ao nível do desenvolvimento humano, social e profissional, associado à necessidade do desenvolvimento do papel de cuidadoras;</p> <p>Idade elevada dos cuidadores familiares de idosos dependentes;</p> <p>Baixo nível de instrução dos idosos e seus cuidadores, cuja associação ao nível sócio económico é uma realidade de inegável sustentação;</p> <p>Problema potencial de compatibilização, da parte dos cuidadores familiares, quando no activo, entre as responsabilidades laborais e as necessidade de prestação efectiva de cuidado ao familiar idoso dependente;</p>
3	<i>Rede formal de cuidados</i>	Insuficiente intervenção activa dos enfermeiros na definição local de políticas do idoso;
4	<i>Idosos dependentes</i>	<p>Níveis elevados de dependência nos idosos, que remetem para a necessidade de cuidadores e para o impacto negativo que a elevada dependência dos idosos provoca, em particular ao nível da sobrecarga dos cuidadores;</p> <p>Perda de funcionalidade e dinâmica familiar quando o idoso dependente apresenta elevados níveis de dependência na realização das AIVD;</p> <p>Envelhecimento populacional generalizado, conduzindo a um número elevado de dependentes no domicílio, em particular do sexo feminino;</p>
5	<i>Rede informal de cuidados</i>	Insuficiente rede informal de apoio aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares, associada quer à carência de recursos sociais ou privados disponíveis, para apoio domiciliário, falta de divulgação dos serviços prestados e, pela onerosidade que lhes está associada;

Fonte: Resultados da aplicação da técnica de Grupo Nominal aos enfermeiros da USF Saúde no Futuro e USF Camélias

Anexo III

Instrumento de avaliação dos conhecimentos dos cuidadores (Avaliação Diagnóstica)

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DO PROJECTO: "CUIDAR DO CUIDADOR"

Coloque um V (Verdadeiro) ou F (Falso) à frente de cada afirmação

Os questionários são **individuais** e **anónimos**

1. Diabetes (Pé Diabético)

- a. É importante observar os pés diariamente para prevenir lesões.
- b. Deve colocar creme hidratante entre os dedos.
- c. As unhas devem ser cortadas em linha recta.
- d. O diabético deve colocar na cama botijas de água quente junto dos pés.
- e. Os sapatos devem ser confortáveis e adaptados aos pés.
- f. O excesso de açúcar não faz mal a quem tem problemas de diabetes.
- g. O diabético deve-se realizar exercício físico regularmente.

2. Medicação e Quedas

- a. É aconselhado tomar a medicação na dose certa.
- b. Não faz mal tomar a medicação de um amigo/familiar ou vizinho, desde que o problema seja o mesmo.
- c. Deve-se levar à farmácia toda a medicação fora de prazo.
- d. O uso de meias, no interior de casa, sem calçado é aconselhado para prevenir as quedas.

- e. Ligar a luz nas escadas ou em locais pouco iluminados previne o acontecimento de quedas.
- f. Deve existir um tapete anti-derrapante na banheira.

3. Hipertensão arterial

- a. Ficar nervoso e discutir pode elevar os valores da tensão arterial.
- b. Caminhar durante 30 minutos pode ajudar a reduzir os valores da tensão arterial.
- c. Tomar mais de dois café por dia pode aumentar a tensão arterial.
- d. O excesso de peso pode conduzir ao aumento da tensão arterial.
- e. A medicação é mais importante que a alimentação para diminuir a tensão arterial.
- f. Avaliar a tensão arterial quinzenalmente, num doente hipertenso, promove o controlo da tensão arterial.

4. Doença Cardiovascular

- a. Quem sofre de doenças cardiovasculares não deve realizar exercício físico.
- b. Não é importante o controlo do peso para quem sofre de doenças cardiovasculares.
- c. A medicação só é suficiente para tratar as doenças cardiovasculares.
- d. Deve reduzir o consumo de sal quem sofre de doenças cardiovasculares.

- e. Deve consumir mais carne que peixe quem sofre de doenças cardiovasculares.
- f. Os medicamentos só são eficazes quando à hora certa e na dose certa.

5. Doença Osteoarticular

- a. O exercício físico regular é importante para reduzir os sintomas das doenças osteoarticulares.
- b. Todos os que têm níveis baixos de cálcio devem ingerir dois copos de leite por dia.
- c. Só a medicação é suficiente para tratar as doenças osteoarticulares.
- d. Os idosos devem ter cuidados com as quedas porque têm maior risco de fracturas.
- e. Quem sofre de doenças cardiovasculares não necessita de cuidados com a alimentação.
- f. O excesso de peso não prejudica a quem tem problemas osteoarticulares.
- g. Os medicamentos só são eficazes quando à hora certa e na dose certa.

6. Alimentação saudável

- a. O pequeno-almoço é uma refeição importante.
- b. Não devem passar mais de três horas entre a ingestão de alimentos, durante o dia.
- c. É suficiente ingerir meio litro de água por dia.

- d. A carne de vaca tem menos gordura do que a carne de frango.
- e. Deve preferir fritar os alimentos ao invés de os grelhar.
- f. O consumo de açúcar deve ser reduzido.
- g. À refeição a porção de carne deve ser superior à de legumes.

7. Posicionamentos e mobilizações

- a. Mudar de posição frequentemente o doente acamado, proporciona-lhe conforto.
- b. Posicionar frequentemente o doente acamado não favorece o aparecimento de feridas
- c. Deve-se posicionar o doente acamado de seis em seis horas, durante o dia.
- d. Existe apenas uma posição adequada para o doente acamado.
- e. A realização de exercícios articulares ajuda à flexibilidade das articulações.
- f. A realização de exercícios na cama ao doente acamado não ajuda a parte respiratória.

Obrigado pela sua participação

Anexo IV

Resultados da Avaliação Diagnóstica

Avaliação Diagnóstica



Sessões de Educação para a
Saúde:
"Cuidar do Cuidador"



Enf. António Dias
Mestrado Enfermagem Comunitária
Universidade Católica

- Objectivos
- Metodologia
- Estratégias
- Avaliação
- Análise
- Metas
- Conclusão

Sumário

- Caracterizar as competências dos cuidadores familiares de idosos dependentes, que aderiram ao Projecto: "Cuidar do Cuidador", antes da realização das sessões de educação para a saúde;
- Delinear o perfil de competências em cuidado informal a desenvolver junto dos cuidadores familiares;
- Servir de guia orientador à realização das sessões educativas do Projecto: "Cuidar do Cuidador";
- Permitir demonstrar os ganhos em saúde referentes à aquisição de competências junto dos cuidadores informais.

Objectivos

- Aplicação de questionário, respondido pelos cuidadores antes da primeira sessão educativa do Projecto: "Cuidar do Cuidador";
- Foram garantidos os princípios éticos de consentimento informado, de livre e voluntária participação e, confidencialidade e anonimato dos dados;
- O questionário reportava-se à avaliação de conhecimentos e competências para o cuidado informal, relativo a diversas áreas temáticas:
 - *Patologia crónica (Diabetes, Hipertensão Arterial, Doença Cardiovascular, Doença Osteoarticular);*
 - *Alimentação;*
 - *Medicação;*
 - *Prevenção de quedas;*
 - *Posicionamentos e mobilizações;*

Metodologia

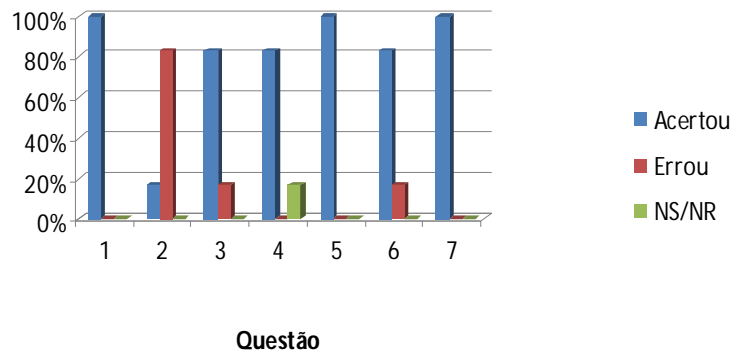
- Elaboração de um cartaz alusivo ao Projecto de Intervenção Comunitária: "Cuidar do Cuidador";
- Elaboração de um cartaz alusivo à sessão de educação para a saúde: "Saber Envelhecer – Conhecer a realidade para construir o futuro" do Projecto: "Cuidar do Cuidador";
- Elaboração de um convite para os cuidadores informais de idosos dependentes da USF Saúde no Futuro (n=15);
- Explicação aos cuidadores participantes da finalidade da avaliação diagnóstica e a garantia de respeito pelos princípios éticos de livre e voluntária participação e, confidencialidade e anonimato dos dados;
- Elaboração de um questionário de avaliação de conhecimentos e competências para o cuidado informal, composto por diversas afirmações relacionadas com um conjunto diversificado de temáticas, em que o cuidador era convidado a assinalar como Verdadeira ou Falsa;

Estratégias

- Na presente avaliação diagnóstica participaram 15 cuidadores, tendo-se obtido 15 questionários válidos
- Foram tidas como relevantes as questões que atingiram valores \geq a 25% de respostas erradas ou não respondidas;
- As respostas em branco foram consideradas como "Não Sabe";
- O tratamento estatístico dos dados foi processado em Excell 2003®;
- As respostas foram agrupadas por temáticas e serviram de base à construção das SES que constituíram o Projecto: "Cuidar do Cuidador", pela definição de focos de atenção e diagnósticos de Enfermagem, construídos a partir de linguagem CIPE.

Avaliação

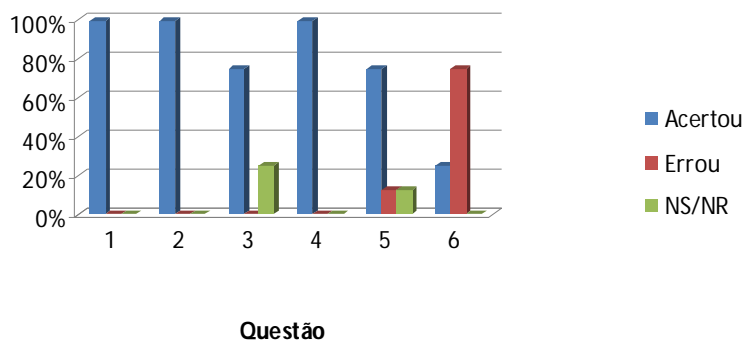
Diabetes



- 80% dos cuidadores refere ser adequado colocar creme hidratante na região interdigital dos pés dos idosos dependentes diabéticos.
- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: higiene (pés);
- Ausência de dúvidas ou dificuldades nos restantes conhecimentos e competências analisados;

Análise

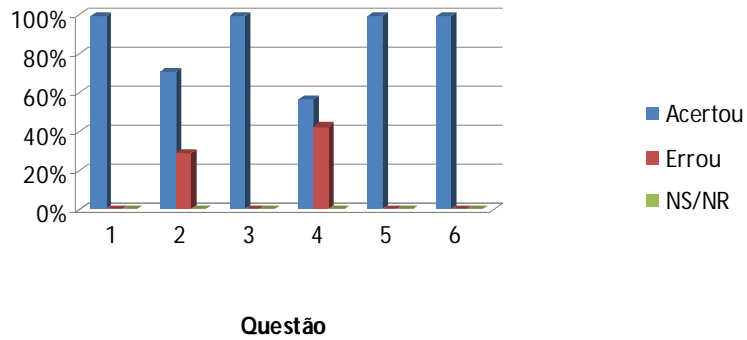
Hipertensão Arterial



- 25% dos cuidadores refere que a ingestão de mais de dois cafés por dia não interfere com a tensão arterial;
- 70% dos cuidadores refere que a vigilância quinzenal da tensão arterial não contribui para o seu controlo;
- Uso de substâncias (cafeína) presente
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados, sobre desvantagens do uso de substâncias: cafeína;
- Comportamento de procura de saúde não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autovigilância da tensão arterial
- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da HTA;
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações (redução da ingestão da cafeína)
- Ausência de dúvidas ou dificuldades nos restantes conhecimentos e competências analisados;

Análise

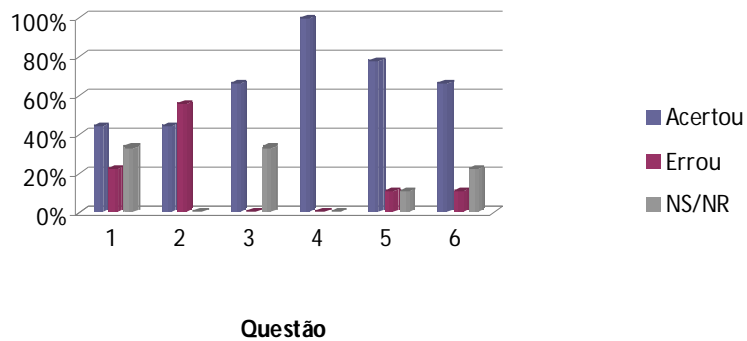
Medicação e Quedas



- 25% dos cuidadores refere ser adequado a toma de medicação de um familiar/vizinho desde que o problema seja o mesmo;
- 40% dos cuidadores refere ser adequada a deambulação com meias para prevenir quedas no domicílio;
- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
- Elevado Risco de queda
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
- Ausência de dúvidas ou dificuldades nos restantes conhecimentos e competências analisados;

Análise

Doença Cardiovascular



- 30% dos cuidadores refere não saber se a doença cardiovascular impede a realização de actividade física
- 50% dos cuidadores refere não ser importante o controle do peso
- 30% dos cuidadores refere que apenas a medicação é suficiente para o controle das doenças cardiovasculares
- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: actividade física
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado à doença cardiovascular
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações na doença cardiovascular
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença cardiovascular
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso

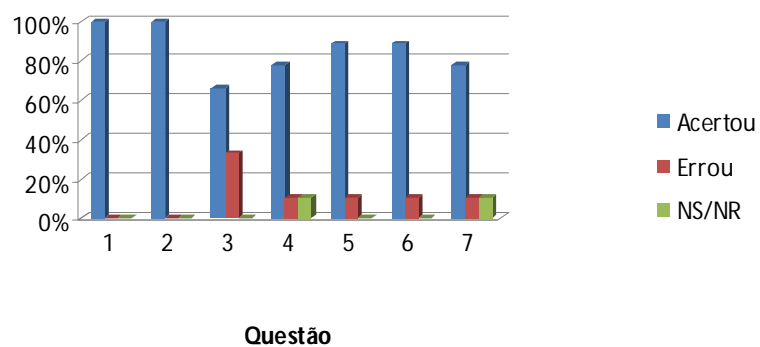
Análise

- 30% dos cuidadores refere não saber se a doença cardiovascular impede a realização de actividade física
- 50% dos cuidadores refere não ser importante o controle do peso
- 30% dos cuidadores refere que apenas a medicação é suficiente para o controlo das doenças cardiovasculares

- Comportamento de procura de saúde não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autovigilância do peso
- Ausência de dúvidas ou dificuldades nos restantes conhecimentos e competências analisados;

Análise

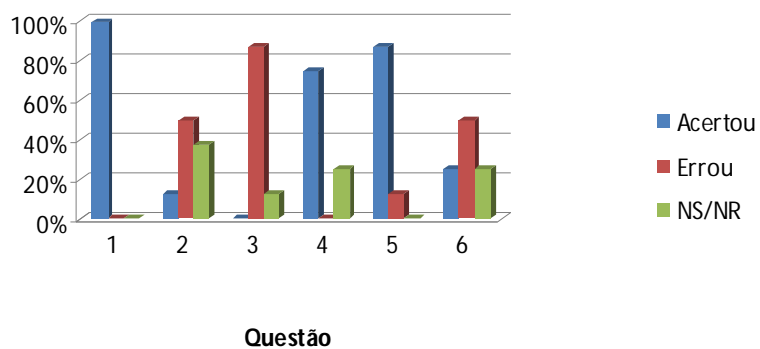
Alimentação



- 30% dos cuidadores refere que a ingestão de meio litro de água diária é suficiente para promover a hidratação da pele
- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: beber
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão adequado de ingestão de líquidos
- Ausência de dúvidas ou dificuldades nos restantes conhecimentos e competências analisados;

Análise

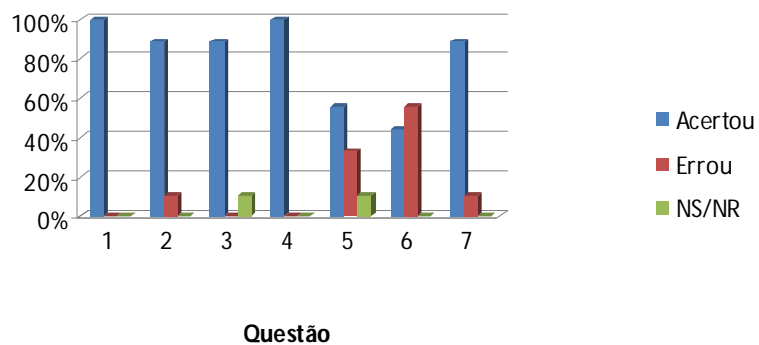
Posicionamentos e Mobilizações



- 50% dos cuidadores refere que posicionar não auxilia à prevenção do surgimento de úlceras de pressão
- 90% dos cuidadores refere que os posicionamentos devem ocorrer de 6/6 horas em doentes acamados
- 50% dos cuidadores refere que a realização de exercícios em doentes acamados não melhora a componente respiratória
- Elevado risco de Úlcera de pressão
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão
- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: actividade física (posicionamento)
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão de posicionamento adequado ao utente dependente
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre limpeza eficaz das via aéreas
- Ausência de dúvidas ou dificuldades nos restantes conhecimentos e competências analisados;

Análise

Doença Osteoarticular



- 30% dos cuidadores refere que não são necessários cuidados alimentares no doente com afecção osteoarticular
- 50% dos cuidadores refere que o excesso de peso não prejudica o doente com afecção osteoarticular
- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: comer
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado à doença osteoarticular
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença osteoarticular
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações na doença cardiovascular

Análise

- 30% dos cuidadores refere que não são necessários cuidados alimentares no doente com afecção osteoarticular
- 50% dos cuidadores refere que o excesso de peso não prejudica o doente com afecção osteoarticular
- Comportamento de procura de saúde não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autovigilância do peso na doença osteoarticular
- Ausência de dúvidas ou dificuldades nos restantes conhecimentos e competências analisados;

Análise

- Que pelo menos 50% dos cuidadores familiares de idosos recém-dependentes (< 2 meses) participem no programa de desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal, ao longo do Estágio;
- Que pelo menos 50% dos cuidadores familiares de idosos dependentes participem no programa de desenvolvimento de competências específicas para o cuidado informal ao longo do Estágio;
- Que pelo menos 85% dos cuidadores familiares presentes no programa de desenvolvimento de competências, manifestem competências adquiridas a esse nível ao longo do Estágio;

Metas

- Uso de substâncias (caféina) presente
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados, sobre desvantagens do uso de substâncias: caféina;
- Comportamento de procura de saúde não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autovigilância da tensão arterial
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autovigilância do peso
- Elevado Risco de queda
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
- Elevado risco de Úlcera de pressão
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão

Conclusões

- Papel de prestador de cuidados não adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: higiene (pés);
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença;
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: actividade física
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão de posicionamento adequado ao utente dependente
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: beber
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão adequado de ingestão de líquidos
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre limpeza eficaz das via aéreas
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre autocuidado: comer
 - Conhecimento não demonstrado do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado

Conclusões

- A presente avaliação diagnóstica detectou necessidades de intervenção nas 7 áreas focadas, com predominância para "Posicionamentos e Mobilizações" e "Doença cardiovascular"
- Foram detectados défices de conhecimentos nos prestadores de cuidados que conduzem ao desempenho não adequado do seu papel
- Revelam-se perdas para o doente cuidado e para o próprio cuidador que verá reflectido, mais cedo ou mais tarde, no desempenho do seu papel as repercussões associadas a esse défice, nomeadamente, com aumento do stress e eventualmente exaustão do cuidador.

Conclusão

- CARPENITO, Lynda Juall – *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*, 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. p. 264-275.
- CARPENITO, Lynda Juall – *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.
- HANSON, S. – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005.
- IOWA OUTEOMES PROJECT – *Nursing Outeomes Classification*. Second Edition. USA: Mosby, 2000.
- MCCLOSKEY, Joanne C. et BULECHEK, Gloria M. – *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, 3ª Ed. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2004.

Referências Bibliográficas

Anexo V

Planos de sessão

PLANO DA SESSÃO I

Formador: Enf. António Dias	Tema: Saber Envelhecer – Conhecer a realidade para construir o futuro	Tempo: 75 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: “Cantinho do Cuidador” - 19 Out. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AValiação
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	30 Minuto 15 Minutos (Intervalo)	O envelhecimento demográfico e individual; A necessidade do envelhecimento activo; Alterações fisiológicas na velhice; Dependência; Prestadores de cuidados;	Expositivo/Participativo	Observação de apreensão por parte dos elementos participantes, através de esclarecimento de dúvidas e visualizando a expressão facial e corporal;
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO II

Formador: Dra. Raquel Oliveira	Tema: Grupo de Ajuda Psicológica I	Tempo: 60 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 26 Out. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	30 Minuto 15 Minutos (Intervalo)	Realização de dinâmica de grupo: "Quem sou eu?", com recurso a uma caixa com espelho que reflecte a imagem de cada cuidador	Participativo	Observação da adesão e comunicação dos cuidadores familiares à dinâmica de grupo realizado.
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO III

Formador: Enf. António Dias	Tema: Construção de Competências I	Tempo: 90 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 3 Nov. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AValiação
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	20 Minutos 15 Minutos (Intervalo) 25 Minutos	Quem são os cuidadores familiares? Perfil de competências necessário ao cuidado informal; Funções do cuidador informal; Prevenção de quedas; Cuidados alimentares; Higienização das mãos; Sono e repouso; Controlo da ansiedade; Ondas de calor e frio;	Expositivo/Participativo	Observação de apreensão por parte dos elementos participantes, através de esclarecimento de dúvidas e visualizando a expressão facial e corporal;
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO IV

Formador: Dra. Raquel Oliveira	Tema: Grupo de Ajuda Psicológica II	Tempo: 60 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 10 Nov. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	30 Minutos 15 Minutos (Intervalo)	Realização de dinâmica de grupo: "Os primeiros passos", com recurso a um cartaz onde os cuidadores depositavam os seus sentimentos iniciais e actuais perante a tarefa de Cuidar do seu familiar idoso dependente	Participativo	Observação da adesão e comunicação dos cuidadores familiares à dinâmica de grupo realizado.
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO V

Formador: Enf. António Dias	Tema: Construção de Competências II	Tempo: 90 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 17 Nov. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	20 Minutos 15 Minutos (Intervalo) 25 Minutos	Cuidados de higiene e conforto Cuidados com a pele Avaliação de sinais vitais Obstipação	Expositivo/Participativo	Observação de apreensão por parte dos elementos participantes, através de esclarecimento de dúvidas e visualizando a expressão facial e corporal;
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO VI

Formador: Dra. Raquel Oliveira	Tema: Grupo de Ajuda Psicológica III	Tempo: 60 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 24 Nov. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	30 Minutos 15 Minutos (Intervalo)	Realização de dinâmica de grupo: "Quem é igual a mim?", com recurso a um jogo didáctico em que os cuidadores eram incentivados a apresentar uma característica sua, enquanto que os restantes cuidadores deveriam levantar-se se também se revissem nessa característica	Participativo	Observação da adesão e comunicação dos cuidadores familiares à dinâmica de grupo realizado.
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO VII

Formador: Enf. António Dias	Tema: Construção de Competências III	Tempo: 90 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 15 Dez. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	20 Minutos 15 Minutos (Intervalo) 25 Minutos	Mecânica Corporal Posicionamentos Transferências	Expositivo/Participativo	Observação de apreensão por parte dos elementos participantes, através de esclarecimento de dúvidas e visualizando a expressão facial e corporal;
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO VIII

Formador: Dra. Raquel Oliveira	Tema: Grupo de Ajuda Psicológica IV	Tempo: 60 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 22 Dez. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	30 Minutos 15 Minutos (Intervalo)	Realização de dinâmica de grupo: "Quem é igual a mim?", com recurso a um jogo didáctico em que os cuidadores eram incentivados a apresentar uma característica sua, enquanto que os restantes cuidadores deveriam levantar-se se também se revissem nessa característica	Participativo	Observação da adesão e comunicação dos cuidadores familiares à dinâmica de grupo realizado.
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO IX

Formador: Enf. António Dias	Tema: Construção de Competências IV	Tempo: 90 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" - 5 Jan. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AValiação
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	20 Minutos 15 Minutos (Intervalo) 25 Minutos	Preenchimento da avaliação final Cuidados a ter com a sonda vesical Cuidados a ter com a colostomia Alimentação por sonda nasogástrica Actuação em caso de asfixia	Expositivo/Participativo	Observação de apreensão por parte dos elementos participantes, através de esclarecimento de dúvidas e visualizando a expressão facial e corporal;
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO X

Formador: Dra. Raquel Oliveira	Tema: Grupo de Ajuda Psicológica V	Tempo: 60 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: "Cantinho do Cuidador" – 12 Jan. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	30 Minutos 15 Minutos (Intervalo)	Realização de dinâmica de grupo: "Quem é igual a mim?", com recurso a um jogo didáctico em que os cuidadores eram incentivados a apresentar uma característica sua, enquanto que os restantes cuidadores deveriam levantar-se se também se revissem nessa característica	Participativo	Observação da adesão e comunicação dos cuidadores familiares à dinâmica de grupo realizado.
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas.	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

PLANO DA SESSÃO XI

Formador: Enf. António Dias	Tema: Construção de Parcerias – Mobilizando as comunidades	Tempo: 60 min.	Grupo-alvo: Cuidadores familiares	Local: “Cantinho do Cuidador” - 9 Fev. (15h30)
FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 Minutos	Apresentação do grupo; Esclarecimento dos objectivos da sessão, e de como decorrerá a mesma	Expositivo	Observação de apreensão por parte dos elementos para a qual a sessão foi preparada, visualizando a reacção facial ao exposto.
Desenvolvimento	20 Minutos 15 Minutos (Intervalo)	Apresentação dos diversos parceiros presentes, bem como do seu papel comunitário e de que forma o seu contributo pode ser relevante para os cuidadores: Liga dos Amigos do CS Soares dos Reis, Assistente Social, UCC Âncora.	Expositivo/Participativo	Observação de apreensão por parte dos elementos participantes, através de esclarecimento de dúvidas e visualizando a expressão facial e corporal;
Conclusão	15 Minutos	Recapitulação dos principais assuntos abordados; Agradecimentos; Espaço de reflexão e colocação de dúvidas. Entrega dos certificados finais	Expositivo/Participativa	Visualização de aspectos de satisfação por parte dos elementos participantes

Anexo VI

Cartazes de divulgação



Cuidar do Cuidador

“Construção de Competências”

**DIA: 3 Novembro; 17 Novembro; 15 Dezembro;
5 Janeiro**

**LOCAL: “Cantinho do Cuidador” - Sala de
Reuniões do Centro de Saúde Soares dos Reis**

HORÁRIO: 15h30

Apresentado por: Enfermeiro António Dias

saúde no futuro

Unidade de Saúde Familiar



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

*Uma pessoa permanece jovem
na medida em que
ainda é capaz de aprender,
adquirir novos hábitos,
e tolerar contradições.*

Marie von Ebner-Eschenbach



goodnews@br.inter.net

Saber Envel hecer

“Conhecer a Real idade para Construir o Futuro”

DIA: 19 de Outubro

**LOCAL: “Cantinho do Cuidador”—Sala de
Reuniões do Centro de Saúde Soares dos Reis**

HORÁRIO: 15h30

Apresentado por: Enfermeiro António Dias



Cuidar do Cuidador

“Construir Parcerias – Mobilizar parcerias Locais”

DIA: 9 Fevereiro

**LOCAL: “Cantinho do Cuidador” - Sala de
Reuniões do Centro de Saúde Soares dos Reis**

HORÁRIO: 15h30

Apresentado por: Enfermeiro António Dias

10 Mandamentos dos Cuidadores

- 1 - Planeie antecipadamente**
- 2 - Conheça os recursos disponíveis**
- 3 - Viva um dia de cada vez**
- 4 - Prepare-se para tudo**
- 5 - Aceite ajuda**
- 6 - Faça da SUA saúde uma prioridade**
- 7 - Descanse e alimente-se adequadamente**
- 8 - Arranje tempo para se divertir**
- 9 - Seja bom consigo próprio**
- 10 - Partilhe os seus sentimentos com os outros**





**Fique tranquilo.
Cuida de si um grande profissional,
cuida de si um Enfermeiro.**

saúde no futuro

Unidade de Saúde Familiar



Unidade de Saúde Familiar
Saúde no Futuro



Anexo III

Panfleto de divulgação e Jornal: "Cuidar da Vida"

Responda a cada uma destas 4 questões:

1. Sente dificuldade em cuidar do seu familiar?
2. Sente-se cansado, esgotado ou com falta de paciência quando cuida do seu familiar?
3. Sente-se triste por já não ter tempo para si, por ter de cuidar do seu familiar?
4. Anda ansioso ou com stress por se sentir incapaz de cuidar adequadamente do seu familiar?



Alguma vez se sentiu como a pessoa da imagem?

Se respondeu SIM a qualquer uma das questões, este panfleto é para SI!

Venha conhecer o projecto Cuidar do Cuidador

Terças-feiras
Quinzenalmente
17h
Sala de reuniões
Centro de Saúde Soares dos Reis.

Parceiros:



PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS PARA CUIDADORES
FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES

USF Saúde no Futuro
Rua Bartolomeu Dias, 316
4430
Maifamude

Tel: 92 549 86 99
Correio electrónico:
cuidardocuidador@gmail.com



saúde no futuro
Unidade de Saúde Familiar

CUIDAR DO CUIDADOR

Para cuidadores de familiares dependentes

Projecto de Desenvolvimento de Competências para Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes



2010/2011

O que é o Projecto Cuidar do Cuidador?

Este projecto é para si que cuida do seu familiar idoso dependente e que sente dificuldades, dúvidas e receios, ou que simplesmente considera que deixou de ter tempo para si.



Pretendemos ajudá-lo a cuidar do seu familiar dependente

Objectivos:

- Promover o desenvolvimento de competências para o cuidado informal de idosos dependentes;
- Incentivar a comunicação expressiva de emoções, dúvidas ou receios;
- Facilitar o contacto e a socialização entre cuidadores informais de idosos dependentes;
- Oferecer apoio e suporte psicológico.

Do Projecto Cuidar do Cuidador fazem parte:

- ☑ *Sessões de educação para a saúde em grupo*
- ☑ *Combate ao isolamento social, por intermédio da dinamização do convívio social*
- ☑ *Acompanhamento psicológico*
- ☑ *Grupo de suporte e auto-ajuda*



Teremos sessões de formação que corresponderão às suas necessidades!

Trata-se de um projecto **gratuito** e de **continuidade**, liderado pelo Enf. António Dias da USF Saúde no Futuro, com a colaboração de outros profissionais que tem como principal finalidade acompanhar os prestadores de cuidados informais, familiares de idosos dependentes, de forma a torná-los mais competentes e mais motivados para a tarefa de...

CUIDAR!



Venha falar ou ouvir, verá que se sentirá melhor



Projecto:
"Cuidar do Cuidador"
Edição:
USF Saúde no Futuro
Coordenador do projecto:
Enf. António Dias

Pontos de interesse especiais:

- Projecto Cuidar do Cuidador arranca a 9 de Novembro de 2010
- A actividade física é fundamental à sua saúde e bem estar, saiba como a praticar de forma simples, barata e saudável
- Sabia que existe o Dia Internacional do Cuidador

Nesta edição:

- Actividade física, um passo rumo ao bem estar **2**
- Dia Internacional do Cuidador **2**
- Liga dos Amigos do CS Soares dos Reis **2**
- Projecto Cuidar do Cuidador **3**
- Para reflectir um pouco... **4**
- As tiradas da Avó Alice **4**

Jornal: "Cuidar da Vida"

Volume 1, Edição 1

Mensal - GRATUITO - Novembro, 2010

Editorial

Esta é a primeira edição deste jornal que pretende ser um veículo criador e aprofundador de laços entre cuidadores formais de cuidados (enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais) e, os cuidadores que nos seus domicílios desempenham a tarefa mais nobre, digna e humana, que o Ser Humano pode realizar, a tarefa de CUIDAR.

O Homem ao longo da sua vida diferencia-se dos animais por depender em larga medida, de quem cuida de si. Isso acontece na infância mas cada vez mais acontece na velhice.

Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio é uma tarefa que, antes de mais, comporta a maior dádiva que pode existir, a do AMOR que está presente em cada gesto do cuidado praticado.

Por vezes o amor oferecido

(porque é para isso que ele existe), não chega, o gesto deve ser guiado, orientado de modo a que faça melhor. Às vezes o amor oferecido é de tal forma grande que o Cuidador parece ficar esgotado. E fica mesmo, porque cuidar de um familiar dependente é muito extenuante.

Por isso existe na USF Saúde no Futuro o Projecto: "Cuidar do Cuidador", para cuidar de SI que é cuidador. Por intermédio de uma intervenção abrangente e diversificada de que as sessões de educação para a saúde e o grupo de auto ajuda são o expoente máximo, tentaremos ajudar.

Ajudamos a orientar o gesto de quem cuida, ensinando um pouco sobre como cuidar melhor do seu familiar e proporcionando apoio psicológico e de suporte mútuo para melhor lidar com a árdua tarefa de Cuidar.



Este jornal é feito a pensar em SI que cuida de alguém...

Este jornal serve de veículo à divulgação deste projecto, mas também para dar a conhecer a SUA história de vida, por isso também é convidado a, todos os meses, fazer o seu artigo e contar o seu caso.

Este primeiro número deste SEU NOSSO jornal é dedicado a SI que cuida do seu familiar. A todos os cuidadores familiares, o vosso BEM HAJAM por existirem.

António Dias, Enf.

Vacina na gripe nos idosos

A gripe é uma infecção respiratória causada pelo vírus *Influenza*. Ocorre com maior frequência no final do Outono, Inverno e início da Primavera. É uma doença altamente contagiosa, ou seja, de fácil transmissão de uma pessoa para a outra. As manifestações da gripe podem ser, febre, que pode ser alta, calafrios, dor de cabeça e dor no corpo, sensação de mal-estar geral, tosse, congestão nasal, irritação na

garganta e fraqueza. A gripe diminui a resistência do organismo a outras infecções, facilitando a instalação de bactérias que causam pneumonias, otites, sinusites, amigdalites e outras doenças. A forma mais eficiente de prevenção da gripe é através da vacinação. O vírus *Influenza*, causador da gripe, é mutante, o que torna necessária a actualização da vacina todos os anos.

Até 2012 os idosos mais

carenciados vão receber gratuitamente a vacina da gripe sazonal. Esta medida faz parte da campanha de vacinação contra a gripe que arrancou a 1 de Outubro de 2010. As vacinas deverão ser distribuídas através dos centros de saúde. Os beneficiários serão os idosos com mais de 65 anos que recebem complemento solidário, e os idosos que estejam a viver em lares.



Mantenha-se activo!

Actividade Física, um passo importante rumo ao bem estar

No nosso dia a dia temos dificuldade de encaixar um momento em que possamos praticar algum tipo de actividade física, para além de nos proporcionar um pouco de relaxamento, no entanto, por vezes a falta de tempo nem é uma desculpa válida, pois o melhor tipo de actividade física que podemos praticar a partir dos 65 anos chama-se: "ANDAR A PÉ" e não precisa de mensalidades de ginásio, nem de dispensar muitas horas para o praticar. Precisa apenas um calçado confortável, como umas

sapatilhas por exemplo, um trajecto em linha recta e, de 30 minutos, três vezes por semana. Em vez de usar o carro para ir para todo lado, deixe as filas de trânsito, os engarrafamentos, os sinais vermelhos e proibidos e as multas de trânsito para os outros e durante e vezes por semana, durante trinta minutos ande a pé. Não se trata de correr nem de andar de forma pausada, como se a ver montras se tratasse, mas sim a caminhar a um ritmo uniforme, mantido e ligeiramente acelerado, como se cami-

nhasse com pressa de não chegar atrasado ou com medo de que chova.

As melhorias para a sua saúde a partir deste remédio milagroso são notórias e consideráveis, pois para além de prevenir um conjunto de doenças como o colesterol, a hipertensão arterial ou a diabetes, a actividade física ajuda a controlar o peso e a melhorar a resistência física, para além de comprovadamente contribuir para nos sentirmos melhor, pois envolve uma actividade ao ar livre que sabe sempre bem.



www.lacssr.net

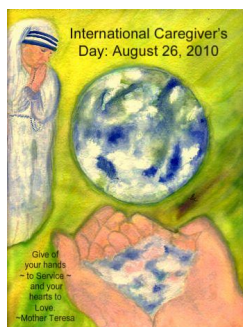
22 370 63 00

Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Soares dos Reis

Esta IPSS foi constituída em 1998 e tem em funcionamento duas valências: Apoio Domiciliário e Apoio de Voluntariado, que visam dar resposta social na prestação de cuidados no domicílio, quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e as actividades da vida diária. Com esta valência pretende-se con-

tribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; retardar ou evitar a institucionalização; assegurar a satisfação das necessidades básicas; prestar cuidados de ordem física e apoio psico-social aos indivíduos e famílias e prestar cuidados de saúde. O Apoio Domiciliário é uma actividade da Liga que conta já com 11 anos de experiência no terreno, e para a qual tem celebrados acordos de

cooperação com a Segurança Social - actualmente para 92 clientes. Este apoio presta os seguintes serviços: Cuidados de higiene e conforto; Arrumação e pequenas limpezas no domicílio; Confecção, transporte e distribuição de refeições; Tratamento de roupas; Prestação de cuidados médicos e de enfermagem.



26 de Agosto—Dia Internacional do Cuidador

Dia Internacional do Cuidador

Para além do Dia Internacional do Idoso comemorado a 1 de Outubro e do dia Mundial dos Avós que se propõe a homenagear os pais dos pais e o seu cada vez mais importante papel na sociedade actual, existe um movimento religioso nos Estados Unidos da América que pretendem

implementar o Dia Internacional do Cuidador. Propõem como data o dia 26 de Agosto, por ser o dia de nascimento da Madre Teresa de Calcutá, a freira fundadora das Irmãs Beneméritas da Boa Vontade e que dedicou uma larga parte da sua vida ao cuidado dos mais pobres, dos

mais doentes e dos mais oprimidos na Índia, em particular na cidade de Calcutá.

Pretende-se com isso celebrar o cuidado e a entrega ao outro por intermédio do acto e tarefa de Cuidar de alguém que necessita da nossa ajuda.

Projecto "Cuidar do Cuidador"

O projecto Cuidar do Cuidador arranca em Novembro de 2010, com a primeira sessão de educação para a saúde, onde para além de apresentar este projecto, iremos ensinar ou relembrar aos cuidadores participantes os cuidados a ter na prevenção de feridas relacionadas com a imobilidade. Estas feridas são chamadas de úlceras de pressão e são um desafio aos enfermeiros e médicos de família dos idosos dependen-

tes, pois surgem muito rapidamente (às vezes algumas horas são suficientes) e são de muito difícil e demorado tratamento.

Esta primeira sessão terá lugar na sala de reuniões do Centro de Saúde Soares dos Reis, no dia 15 de Dezembro às 17 horas e será realizada pelo Enfermeiro António (basta quando chegar perguntar ao Segurança na portaria onde fica localizada).

Este projecto contará com

a participação de alguns parceiros, como a Dra. Susana Monteiro da Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Soares dos Reis e da Dra. Cristina Lima, Assistente Social do Centro de Saúde que abordarão a temática das ajudas complementares ao cuidador, desde os apoios sociais até ao apoio prestado pela Liga dos Amigos. No final de todas as sessões teremos à nossa espera um agradável lanche.



Participe neste projecto criado para o ajudar, a SI que cuida do seu familiar dependente

Para reflectir um pouco...

Este jornal também pretende trazer um pouco de alegria e bom humor ao dia a dia, pois é importante que nos mantenhamos positivos em relação ao futuro e ao que nos rodeia. A isso chama-se esperança.

A "tirada da Avó Alice..." que apresentamos em baixo é exemplificativa de como a nossa sociedade trata os idosos. O fascínio pela inovação tecnológica, pela rapidez e, pela produtividade, conduziu-nos a esquecer o

básico, que são as PESSOAS. E de entre estas há que ter especial atenção aos idosos, que são uma parte tão essencial quanto frágil da nossa comunidade. A sociedade tem hoje dificuldade em encontrar-lhes tempo e lugar. Não esqueçamos que eles são a lembrança presente de que um dia também queremos chegar à sua idade.

O conjunto de serviços que hoje temos ao dispor no nosso dia a dia, desde o

supermercado à farmácia, do banco ao café, não foram pensados nos idosos ou de quem os cuida, pelo que era importante que todos pensássemos nisso para não deixar arrefecer aquele caloroso sentimento que nos aquece por dentro e que se chama Esperança. Esperança de que a sociedade se reveja no modo como trata dos seus idosos, pois só olhando o passado poderemos projectar o Futuro.

"O futuro de uma sociedade vê-se no modo como ela trata os seus idosos"

Ghandi
(Pacifista Indiano)

As tiradas da Avó Alice...

A Avó Alice, que é uma velhinha senhora transmontana, foi com a sua Cuidadora, a Dona Fernandinha às compras à cidade do Porto e, como era época de saldos, decidiram pagar as suas compras por multibanco, mas como nunca o tinham utilizado, vejam só o que aconteceu...



Porque o riso (ainda) é o melhor remédio...

Jornal de divulgação gratuita entre os prestadores de cuidados da população idosa dependente da USF Saúde no Futuro

USF Saúde no Futuro
Rua Bartolomeu Dias, 316
4430
Mafamude

Tel: 92 549 86 99
Correio electrónico:
cuidardocuidador@gmail.com

**Estamos na Web:
enfermeirodefamilia.
blogspot.com**

Para cuidadores de familiares dependentes

A NÃO ESQUECER:

Cuidar do Cuidador

Quarta-feira

15 de Dezembro

15 horas

Sala de reuniões Centro de Saúde de Soares dos Reis



Colaboração da FPCCS no acompanhamento psicológico

A Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a Sida" é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos, que pretende prestar, neste Projecto, apoio Psicológico.

Tendo em consideração que os cuidadores de idosos dependentes se sentem, em alguns momentos, sozinhos e desesperançados, esta vertente do Projecto tem como objectivos aumentar as



**FUNDAÇÃO PORTUGUESA
A COMUNIDADE CONTRA A SIDA**

**A FPCCS colaborará neste
projecto, providenciando
apoio psicológico**

competências relacionadas com a gestão das emoções e estratégias para lidar com as situações vivenciadas pelos Cuidadores, procurando que nos Grupos Psicoe-

ducativos, a partilha de experiências e a expressão das emoções seja uma constante ao longo das sessões. Estes Grupos decorrerão às quintas-feiras, das 16 às 17 horas, nas Instalações da Fundação. Será um espaço só Vosso e para Vós, Cuidadores!

A todos os que cuidam, pela nobre missão que levam a cabo diariamente, saudações da Fundação.

Como nasceu este projecto?

O Projecto Cuidar do Cuidador, nasceu como resultado da Especialização em Enfermagem Comunitária que os Enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, da USF Saúde no Futuro e USF Camélias, respectivamente, se encontram a completar na Universidade Católica e, nesse âmbito conduziram um estudo sobre os prestadores de cuidados de idosos dependentes, em particular os cuidadores familiares. Desse estudo resultaram uma série de conclusões sendo que algumas das mais importantes diziam respeito a algumas dificuldades que os cuida-



O cuidador familiar do idoso dependente desempenha hoje um papel fundamental a nível de suporte social

dores apresentavam relacionadas com a falta de informação sobre a melhor forma de cuidar do seu familiar idoso dependente, bem como ao impacto negativo relacionado com a ausência de apoio e suporte psicológico.

Assim, foram levadas a cabo uma série de inter-

venções que visavam colmatar estas dificuldades encontradas nos cuidadores.

Este projecto: "Cuidar do Cuidador" é a face mais visível dessa intervenção e tem por objectivo: promover o desenvolvimento de competências para o cuidado informal de idosos dependentes; incentivar a comunicação expressiva de emoções, dúvidas ou receios; facilitar o contacto e a socialização entre cuidadores informais de idosos dependentes e, oferecer apoio e suporte psicológico.



Projecto:
"Cuidar do Cuidador"
Edição:
USF Saúde no Futuro
Coordenador do projecto:
Enf. António Dias

Pontos de interesse especiais:

Nesta edição:

2

2

2

3

4

4

Jornal: "Cuidar da Vida"

Volume 1, Edição 11

Mensal - GRATUITO - Janeiro, 2011

Editorial

Já tiveram início as sessões educativas, bem como o grupo de ajuda psicológica dinamizado no seio do projecto Cuidar do Cuidador, levado a cabo na USF Saúde no Futuro e que visa proporcionar respostas adequadas e multiabrangeentes aos cuidadores de idosos dependentes em Mafamude e Vilar de Andorinho.

Posso desde já afirmar que o Projecto tem sido um sucesso, com boa adesão da parte dos cuidadores, bem como elevadíssimos níveis de motivação para aprender. Posso afirmar que registei com agradável surpresa esta adesão em força ao Projecto Cuidar

do Cuidador.

Tem sido verdadeiramente uma lição de vida verificar que sessão após sessão, apesar dos agravos da vida, da sobrecarga sentida por cuidar de alguém, da idade, em muitos casos, avançada, há uma vontade constante em aprender, em fazer melhor ao outro, fazendo bem a si mesmo.

Aprender de facto não tem idade, nem tem agravo suficiente que a reprima ao ponto de desaparecer completamente. Tenho feito por ensinar algo e promover a verdadeira aquisição ou desenvolvimento de competências para o cuidado informal, porém não posso deixar de



Este jornal é feito a pensar em SI que cuida de alguém...

referir neste editorial, que tenho sido eu o aprendiz de lições de vida que semana após semana tenho constatado e bebido dessa experiência tão rica de saber.

A todos os cuidadores, o vosso BEM HAJAM por existirem.

António Dias, Enf.

Chegou o Inverno. Proteja-se do frio!

Reduções da temperatura podem afectar a saúde. Os grupos de maior risco são as crianças, idosos, doentes crónicos (do foro respiratório ou cardíaco) e os sem abrigo. Durante a época de frio tenha cuidados especiais com as intoxicações por monóxido de carbono. Tenha especial cuidado com aquecimentos a lenha (lareiras, braseiras e salamandras), para evitar a acumulação deste gás venenoso, que pode ser mortal,

abra uma janela para renovação do ar. Os incêndios no Inverno podem ter origem na má utilização de aquecedores eléctricos ou sobrecarga da rede eléctrica devido ao funcionamento simultâneo de vários aparelhos. Também por vezes surgem queimaduras quer pelo frio quer pela exposição em demasia a fontes de calor. Quando sair evite manter-se ao frio durante muito tempo e lembre-se que as diferenças de temperatura desidra-

tam a pele, o que pode causar lesões nos lábios, rosto e mãos. Para evitar quedas tente não caminhar sobre gelo ou neve. Vista várias camadas de roupa. Proteja a boca e o nariz para impedir a entrada de ar frio nos pulmões e, se necessário, use luvas, chapéu e cachecol. Mantenha-se seco. O corpo arrefece mais rapidamente se estiver molhado ou exposto ao vento. Não exerça actividades físicas violentas.

Projecto Cuidar do Cuidador



Tem sido um sucesso este projecto!

Ao longo dos dois últimos meses tem sido interessante verificar a adesão e presença dos cuidadores nas sessões do Projecto Cuidar do Cuidador. Têm sido vários os presentes e ao longo das diversas sessões levadas a cabo (encontramo-nos perto de encerrar o primeiro curso de formação em cuidado informal para cuidadores familiares), abordamos diversas temáticas, desde a importância de reconhecer os aspectos associados ao envelhecimento, formas adequadas de respeitar a postura e a

mecânica corporal, pois o nosso corpo, já de si cansado, muito agradece, passando por aspectos de natureza mais técnica, como o posicionamento no leito ou o incentivo à deambulação com recurso a equipamentos adaptativos. Muitas foram na realidade as temáticas analisadas e muitas mais ficaram ainda por analisar, por isso esta formação não fica por aqui. Ela terá novas sessões em breve e procurará dar novas respostas a dúvidas antigas ou mais recentes. Ao longo do projecto, no

final das árduas sessões de trabalho, era promovido um ambiente propício ao convívio e diálogo agradável sustentando com a oferta de um lanche. Pudemos ainda contar com o apoio e participação da equipa de psicólogos da FPCCS que nos ajudaram a dinamizar as sessões de ajuda psicológica que promoveram o conforto e higiene psicológica tão necessários a quem dá tanto de si ao outro. Muitos parabéns a todos os que nos acompanharam neste percurso.



www.lacssr.net
22 370 63 00

Como avaliar a tensão arterial

Para uma adequada avaliação da tensão arterial deve estar em repouso e num ambiente calmo e tranquilo.

Não deve falar aquando da avaliação e as costas devem estar direitas e as pernas descruzadas, bem como o braço onde se encontra a braçadeira deve estar devidamente apoiado à altura do peito. A braçadeira deve ser colocada acima da região

do cotovelo cerca de dois dedos.

Depois é só deixar que o tensiómetro faça o seu trabalho.

É igualmente importante o registo dos valores obtidos para quando regressar à consulta com o seu enfermeiro de família apresentar essa importante informação.

	PA MIN	PA MAX
	< 80 mmHg	< 120 mmHg
	80 - 89 mmHg*	120 - 139 mmHg*
	> 90 mmHg*	> 140 mmHg*
	90 - 99 mmHg*	140 - 159 mmHg*
	> 100 mmHg*	> 160 mmHg*

PA Normal
 Hipertensão
 Hipertensão
 Hipertensão
 Hipertensão

Leitura na terceira idade



A leitura na terceira idade é uma forma importante de se manter activo

O exercício da leitura e da escrita são poderosos instrumentos revigorantes para o cérebro. A actividade intelectual na terceira idade é fundamental para manter os mais idosos activos e para evitar ou retardar o surgimento ou a progressão de doenças neurológicas degenerativas, que levam a memória e trazem as demências. A investiga-

ção tem demonstrado que o treino do raciocínio indutivo, da memória e de outras funções mentais é importante na manutenção da saúde mental. "Mente sã em corpo sã." Para o corpo sã, exercício físico e boa alimentação. Para a mente sã, exercício intelectual e bom alimento para ela. Não nos podemos esquecer de manter o cor-

po sã: um não vive bem sem o outro estar em forma.

O sabor que as palavras têm dão cor à vida e dão vida à vida e qualidade a essa vida. As palavras lêem-se, revilêem-se. As palavras escrevem-se, escrevivem-se. Leia, pois verá que esse pequeno gesto é importante para a sua saúde.

Petição pública: “Cuidar do Cuidador”

Está a decorrer a recolha de assinaturas para a petição pública lançada pelo Enf. António Dias da USF Saúde no Futuro, referente à instituição do Dia Nacional do Cuidador a 26 de Agosto.

Todos devemos participar e promover esta iniciativa que se destina à Assembleia da República e aos representantes do povo nessa câmara, de modo a que

seja devidamente reconhecido e valorizado o real e tão importante papel do prestador informal de cuidados, tantas vezes negligenciado.

Será apenas mais uma forma de chamar a atenção para esta população que muitas vezes carece apenas reconhecimento e apoio.

A assinatura poderá ser feita presencialmente na USF Saúde no Futuro,

bastando para isso que saiba o seu número de identificação pessoal (Bilhete de identidade ou Cartão do Cidadão), ou então online no site: <http://peticaopublica.com/PeticaoVer.aspx?pi=DNC2608>.



Participe nesta petição

Somos notícia!

No jornal: “Notícias de Gaia”, do passado mês de Dezembro, o projecto Cuidar do Cuidador foi notícia, pelo que esteve na sua génese. O trabalho académico levado a cabo pelo Enf. António Dias da USF Saúde no Futuro e pela Enf. Graça Barbedo da USF Camélias, no âmbito do seu Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade Católica, sob orientação e tutoria da Prof. Norminda

Magalhães e Enf. Rosa Vasconcelos, respectivamente.

Gaia tem prestadores de cuidados ao idoso sobrecarregados

Estudo levado a cabo pelos enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, na investigação de Mestrado e Vila do Andorinho, reflecte uma emergência social e de saúde pública, onde se torna clara a necessidade de se debater rapidamente e com seriedade as políticas do idoso.

Nas USF Saúde no Futuro e Camélias do Centro de Saúde Soares dos Reis foi levado a cabo, durante o ano de 2009, um estudo sobre o impacto do cuidado prestado a idosos dependentes pelos seus familiares. Este trabalho foi desenvolvido pelo enfermeiro António Dias e Graça Barbedo, no âmbito da realização da especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade Católica. Neste estudo os enfermeiros



investigadores debateram-se sobre a pertinência dos idosos dependentes residentes nos fogos de habitação a Vila do Andorinho, em particular sobre o papel do prestador de cuidados aos, como foi possível concluir, real sobre familiares directos, como cônjuges, filhos ou os filhos.

O trabalho contou permitiu, aliado de forma muito clara, que os idosos dependentes são essencialmente do sexo feminino e têm idades entre os 71 e 99 anos, são maioritariamente casados e pouco instruídos, apresentando níveis de dependência acentuados.

Por outro lado, os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 65 e 78 anos, informados, gastando em média mais de 200 euros em saúde com o familiar idoso dependente de quem cuidam.

Entre os resultados analisados, destacam-se também para as características habitacionais, onde os prestadores de cuidados desampararam as suas actividades de apoio informal ao idoso, tendo concluído que, de um modo geral, as condições de habitabilidade são adequadas.

Para terminar, resta dizer que a investigação teve como objectivo classificar o grau de sobrecarga do cuidador familiar, bem como a funcionalidade e dinâmica familiar. Assim sendo, foi possível clarificar que 64% dos cuidadores apresentam sobrecarga pelo cuidado prestado ao familiar idoso dependente. Quanto à funcionalidade e dinâmica familiar, chegou-se à conclusão de que as famílias com familiares prestadores de cuidados a idosos dependentes apresentam elevado grau de funcionalidade e dinâmica familiar.

Políticas do idoso carecem de debate

Para António Dias e Graça Barbedo, este estudo “reflute uma caracterização muito precisa da realidade encontrada na prática profissional quotidiana e que se configura”, segundo os próprios, como

“Qual seria a sua idade se não soubesse quantos anos tem?”

Confúcio (Filósofo Chinês)

Para cuidadores de familiares dependentes

A NÃO ESQUECER:

Cuidar do Cuidador

Quarta-feira

10 e 24 de Fevereiro

15h30

Sala de reuniões Centro de Saúde de Soares dos Reis

Jornal de divulgação gratuita
entre os prestadores de
cuidados da população idosa
dependente da USF Saúde no
Futuro

USF Saúde no Futuro
Rua Bartolomeu Dias, 316
4430
Mafamude

Tel: 92 549 86 99
Correio electrónico:
cuidardocuidador@gmail.com

**Estamos na Web:
enfermeirodefamilia.
blogspot.com**

Colaboração da FPCCS no acompanhamento psicológico

A Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a Sida" é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos, que pretende prestar, neste Projecto, apoio Psicológico.

Tendo em consideração que os cuidadores de idosos dependentes se sentem, em alguns momentos, sozinhos e desesperançados, esta vertente do Projecto tem como objectivos aumentar as



FUNDAÇÃO PORTUGUESA
A COMUNIDADE CONTRA A SIDA

A FPCCS colaborará neste
projecto, providenciando
apoio psicológico

competências relacionadas com a gestão das emoções e estratégias para lidar com as situações vivenciadas pelos Cuidadores, procurando que nos Grupos Psicoe-

ducativos, a partilha de experiências e a expressão das emoções seja uma constante ao longo das sessões. Estes Grupos decorrerão às quintas-feiras, das 16 às 17 horas, nas Instalações da Fundação. Será um espaço só Vosso e para Vós, Cuidadores!

A todos os que cuidam, pela nobre missão que levam a cabo diariamente, saudações da Fundação.

Como nasceu este projecto?

O Projecto Cuidar do Cuidador, nasceu como resultado da Especialização em Enfermagem Comunitária que os Enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, da USF Saúde no Futuro e USF Camélias, respectivamente, se encontram a completar na Universidade Católica e, nesse âmbito conduziram um estudo sobre os prestadores de cuidados de idosos dependentes, em particular os cuidadores familiares. Desse estudo resultaram uma série de conclusões sendo que algumas das mais importantes diziam respeito a algumas dificuldades que os cuida-



O cuidador familiar do idoso dependente desempenha hoje um papel fundamental a nível de suporte social

dores apresentavam relacionadas com a falta de informação sobre a melhor forma de cuidar do seu familiar idoso dependente, bem como ao impacto negativo relacionado com a ausência de apoio e suporte psicológico.

Assim, foram levadas a cabo uma série de inter-

venções que visavam colmatar estas dificuldades encontradas nos cuidadores.

Este projecto: "Cuidar do Cuidador" é a face mais visível dessa intervenção e tem por objectivo: promover o desenvolvimento de competências para o cuidado informal de idosos dependentes; incentivar a comunicação expressiva de emoções, dúvidas ou receios; facilitar o contacto e a socialização entre cuidadores informais de idosos dependentes e, oferecer apoio e suporte psicológico.



Anexo IV

Manual do Cuidador

Ondas de Calor e de Frio

- Precauções -



ONDAS (VAGAS) DE CALOR

A exposição a períodos de calor intenso, durante vários dias consecutivos (ondas de calor) constitui uma agressão para o organismo, podendo conduzir a desidratação, ao agravamento de doenças crónicas, a um esgotamento, ou a um golpe de calor, situação muito grave e que pode provocar danos irreversíveis à saúde, ou até a morte.

👉 São mais vulneráveis ao calor:

- As crianças nos primeiros anos de vida;
- As pessoas idosas;
- Os portadores de doenças crónicas (nomeadamente doenças cardiovasculares, respiratórias, renais, diabetes, alcoolismo);
- As pessoas obesas;
- As pessoas acamadas;
- As pessoas com problemas de saúde mental;
- As pessoas a tomar alguns medicamentos, como anti-hipertensores, anti-arrítmicos, diuréticos, anti-depressivos, neurolépticos, entre outros;
- Os trabalhadores manuais expostos ao calor;
- As pessoas que vivem em más condições de habitação.

👉 Para a prevenção dos efeitos do calor recomendam-se as seguintes medidas:

- Aumentar a ingestão de água, ou sumos de fruta natural sem adição de açúcar, mesmo sem ter sede.
- As pessoas que sofram de doença crónica, ou que estejam a fazer uma dieta com pouco sal ou com restrição de líquidos, devem aconselhar-se com o seu médico.
- Evite actividades que exijam esforço físico.
- Não hesite em pedir ajuda a um familiar ou a um vizinho no caso de se sentir mal com o calor.
- Nunca deixe crianças, doentes ou pessoas idosas dentro de veículos expostos ao sol.
- Sempre que andem ao ar livre, crianças e pessoas de pele clara, devem usar chapéu, de preferência de abas largas e óculos escuros.
- No período de maior calor tome um duche de água tépida ou fria. Evite, no entanto, mudanças bruscas de temperatura (um duche

gelado, imediatamente depois de se ter apanhado muito calor, pode causar hipotermia, principalmente em pessoas idosas ou em crianças).
- Evite a exposição directa ao sol, em especial entre as 11 e as 16 horas. Sempre que se expuser ao sol, ou andar ao ar livre, use um protector solar com um índice de protecção elevado (superior a 30).

ONDAS (VAGAS) DE FRIO

Reduções significativas da temperatura, por vezes repentinas, podem afectar a saúde de qualquer pessoa, quer esta se encontre dentro ou fora de casa. Os grupos de maior risco são as crianças, idosos, doentes crónicos (do foro respiratório ou cardíaco) e os sem abrigo. O frio extremo pode estar associado a queda de neve, ventos fortes e formação de gelo. Ao proteger-se tenha isso em atenção.

👉 **Antes da época de frio:**

Se vive em zonas afectadas por frio intenso e prolongado ou que possam ficar isoladas pela neve, faça reserva de:

- Água potável; alimentos ricos em calorias (chocolate, frutos secos, etc.)
- Comida enlatada ou embalada (que não necessite de confecção ou refrigeração).
- Combustível de uso doméstico (ex: botija de gás ou lenha).
- Prepare um estojo de emergência com rádio e lanterna a pilhas, pilhas de reserva, material de primeiros socorros e medicamentos essenciais.

👉 **Durante a época de frio:**

📌 Perigos em casa

- Intoxicação por monóxido de carbono – tenha especial cuidado com aquecimentos a lenha (lareiras, braseiras e salamandras). Para evitar a acumulação deste gás venenoso, que pode ser mortal, abra uma janela para renovação do ar.
- Incêndios – podem ter origem na má utilização de aquecedores eléctricos ou sobrecarga da rede eléctrica devido ao funcionamento simultâneo de vários aparelhos.
- Queimaduras – previna-as e redobre a atenção com as crianças e idosos.

📌 Quando sair

- Evite manter-se ao frio durante muito tempo e lembre-se que as diferenças de temperatura entre a rua e os interiores muito aquecidos desidratam a pele, o que pode causar lesões dolorosas nos lábios, rosto e mãos.
- Para evitar quedas tente não caminhar sobre gelo ou neve.
- Vista várias camadas de roupa, em vez de uma única peça muito quente. Evite as que fazem transpirar e as muito justas.
- Proteja a boca e o nariz para impedir a entrada de ar muito frio nos pulmões e, se necessário, use luvas, chapéu e cachecol.
- Opte por calçado apropriado.
- Mantenha-se seco. O corpo arrefece mais rapidamente se estiver molhado ou exposto ao vento.
- Não exerça actividades físicas violentas. O organismo já está em esforço para manter a temperatura corporal.

Efeitos do frio no organismo

Com a exposição a temperaturas muito baixas, os tecidos podem sofrer queimaduras pelo frio. As áreas mais afectadas são as mãos, pés, nariz e orelhas. Proteja a pele da acção directa do ar frio. A hipotermia é um estado em que a temperatura corporal está abaixo do seu normal (34,5°C). Manifesta-se por pele pálida ou arroxeadada, até à perda gradual das capacidades motoras (tremor, dificuldade em andar e falar) e mentais (sonolência, confusão e perda de consciência.). Pode levar à morte se a vítima não for socorrida.

Em caso de queimadura pelo frio ou hipotermia:

- Ligue 112 e siga as recomendações dadas.
- Proceda ao aquecimento gradual do corpo.
- Não tente aquecer-se rapidamente: vá para um local quente e seco.
- Retire a roupa molhada.
- Vista roupas secas e quentes e envolva-se em cobertores.

O que não fazer:

- Não ingira bebidas alcoólicas: a sensação de calor é enganadora pois, de seguida, sente-se ainda mais frio.
- Não beba líquidos com cafeína (ex: café e chá) porque aumentam o esforço cardíaco.

Cuidados com a pele no utente dependente

- Nas pessoas idosas, sobretudo nas acamadas, há um grande risco de aparecerem úlceras de pressão, que são feridas resultantes da imobilidade e de tratamento difícil;
- As saliências (sobretudo ósseas) como os calcanhares, os ombros ou as costas são as zonas onde as úlceras de pressão aparecem com maior frequência;
- Deve ter sempre a roupa da cama bem esticada, sem rugas ou outros objectos (incluindo migalhas de comida);
- Se aparecer alguma ferida, deve contactar imediatamente o seu enfermeiro de família;
- A pele dos idosos deve ser mantida sempre bem seca e hidratada com creme hidratante



Cuidados de higiene ao utente dependente no domicílio



O banho pode ser um momento agradável e relaxante...

- Respeite os hábitos de higiene que o seu familiar já tinha;
- O banho diário não é necessário, alterne o banho completo num dia, com o banho parcial (face, boca, axilas, regiões genitais e pés) noutra dia;
- Evite fazer tudo ao mesmo tempo, lave o cabelo e o resto do corpo separadamente;
- Nunca se esqueça de lavar a boca de manhã e á noite;
- Pode melhorar a auto-estima do seu familiar ao cortar as unhas, pentear ou cortar o cabelo, fazer a barba, usar perfume, pintar as unhas, maquilhar, ...

Banho geral na cama

- A higiene oral é fundamental e deve ser feita diariamente. Se o seu familiar não colaborar use uma espátula envolta com uma compressa;
- Se for possível coloque o seu familiar sentado para evitar engasgar-se;
- A lavagem do cabelo deve ser feita uma vez por semana. Não se esqueça de proteger a roupa da cama. No final seque bem o cabelo do seu familiar.



1. Antes de iniciar o banho reúna todo o material necessário;
2. Lave primeiro os olhos (de dentro para fora) e depois a face e pescoço;
3. Lave as mãos, braços e axilas;
4. Lave o peito, barriga e costas;
5. Lave as pernas e os pés;
6. Lave as regiões genitais e substitua a água em seguida;
7. No final massage o corpo com creme hidratante e proporcione o bem-estar do seu familiar.

➤ **Material necessário**

- Bacia com água morna;
- Manámulas ou esponjas;
- Sabonete;
- Toalhas;
- Resguardo para a cama;
- Creme hidratante;
- Champô;
- Secador de cabelo;
- Pente;
- Copo com água morna;
- Pasta de dentes;
- Escova de dentes ou espátula;
- Pijama;
- Roupa interior;
- Lençóis;
- Fralda se necessário.

➤ **Cuidados com a pele no utente dependente**

- Nas pessoas idosas, sobretudo nas acamadas, há um grande risco de aparecerem úlceras de pressão, que são feridas resultantes da imobilidade na cama e de tratamento difícil;
- As saliências (sobretudo ósseas) como os calcanhares, os ombros ou as costas são as zonas onde as úlceras de pressão aparecem com maior frequência;

- As saliências (sobretudo ósseas) como os calcanhares, os ombros ou as costas são as zonas onde as úlceras de pressão aparecem com maior frequência;
- Deve ter sempre a roupa da cama bem esticada, sem rugas ou outros objectos (incluindo migalhas de comida);
- Se aparecer alguma ferida, deve contactar imediatamente um enfermeiro de uma instituição de saúde;
- Se for necessário um penso, este será feito pelo enfermeiro, ou, sob sua supervisão;
- A pele dos idosos deve ser mantida sempre bem seca e hidratada com creme hidratante.

➤ **Importante!**

- Verifique a temperatura ambiente e a temperatura da água;
- Use um sabonete neutro ou de glicerina e uma esponja macia;
- Use uma escova de dentes macia. Se o seu familiar já não tem dentes deve bochechar com água e desinfectante oral;
- Se o seu familiar usar dentadura, esta também deve ser lavada;
- Use um champô pouco agressivo;
- Se o seu familiar tiver dificuldades em se movimentar, o banho de chuveiro é preferido ao banho na banheira;
- Se o seu familiar tiver dificuldade em se manter de pé adapte um banco ou cadeira ao chuveiro ou banheira;
- Se o seu familiar depende de cadeira de rodas há cadeiras próprias para banho;
- Para maior segurança do seu familiar use tapete antiderrapante no chão da banheira, barras de apoio para as mãos e assento para banheira ou chuveiro.

Como avaliar a Tensão Arterial



Como avaliar a Tensão Arterial no braço?

Posicionar o Braço

1. Deve sentar-se numa cadeira com apoio para a coluna e repousar durante 5 min. sem falar.



Posicionar o Braço

2. O braço deve estar apoiado numa mesa à altura do peito.



Posicionar o Braço

3. O braço não se deve movimentar.



Colocar a Braçadeira

4. A braçadeira deve ser colocada em torno do braço a 2/3 cm acima da dobra do braço.



Colocar a Braçadeira

5.
A braçadeira deve ser ajustada de forma a que passem 2 dedos entre o braço e a braçadeira.



Colocar a Braçadeira

6.
Posicionar o tubo de ar a meio do braço.



Insuflar a Braçadeira

7.
Pressionar o botão Start/Stop.



Insuflar a Braçadeira

Notas Importantes:

- Respirar fundo antes da medição
- Descontrair antes da medição.
- Não movimentar
- Não falar
- Não tencionar o braço
- Respirar com calma



Valores da Tensão Arterial

	PA MIN	PA MAX
	< 80 mmHg	< 120 mmHg
	80 - 89 mmHg*	120 - 139 mmHg*
	> 90 mmHg*	> 140 mmHg*
	90 - 99 mmHg*	140 - 159 mmHg*
	> 100 mmHg*	> 160 mmHg*

				
PA Normal	Hipertensão	Hipertensão	Hipertensão	Hipertensão

Prevenção de Quedas



- Se o piso for escorregadio deve existir passadeiras/tapetes com base antiderrapante;
- O mobiliário deve estar junto á parede;
- Remover mobiliário baixo (ex: bancos);
- Incentivar o uso de bengala/andarlho para equilibrar o modo de andar;
- Trancar as rodas da cadeira e da cama durante as transferências dos pacientes;
- Colocar itens pessoais ao alcance do paciente;
- Colocar avisos para lembrar o paciente de chamar ajuda ao sair da cama, quando adequado.
- Providenciar um assento sanitário mais alto para facilitar a transferência;
- Providenciar grades laterais para a cama;
- Marcar os limites da porta e dos degraus;
- Evitar aglomerado de objectos no chão;
- Providenciar iluminação adequada;
- Providenciar corrimãos e barras de apoio no chuveiro/banheira;
- Providenciar superfícies antiderrapantes no chuveiro/banheira;
- Providenciar bancos para facilitar subidas e descidas que sejam firmes e antiderrapantes;
- Providenciar mobiliário pesado que não balance ou incline se usado como apoio;
- Certificar-se de que o paciente calce sapatos que sirvam adequadamente, que estejam bem presos aos pés e que tenham sola antiderrapante;
- Orientar o paciente para usar óculos prescritos pelo oftalmologista, quando adequado, ao sair da cama.

Utilização da casa de banho



➤ O Idoso obstipado

A obstipação é uma patologia que se manifesta pela alteração dos hábitos intestinais, ocorrendo uma diminuição da frequência da defecação caracterizada pela passagem de fezes secas e duras.

As principais causas são:

1. Maus hábitos alimentares (ingestão reduzida de legumes, frutas, fluidos e fibras e/ou ingestão excessiva de alimentos que endurecem as fezes como o queijo e o chocolate, por exemplo);
2. Inactividade física;

3. Abuso de laxantes;
4. Depressão, ansiedade e stress.

O tratamento deve iniciar-se com medidas não farmacológicas, como por exemplo, aumentar a ingestão de fibras (farelo, frutas, vegetais verdes, cereais, etc.) e de líquidos; praticar exercício físico. Um das medidas mais importantes a adoptar é a criação de um hábito de defecação, ou seja, adoptar horários diários para a evacuação, preferencialmente após uma refeição.

Caso não surta efeito deverá recorrer ao seu médico ou enfermeiro para um tratamento farmacológico.

➤ O Idoso Algaliado

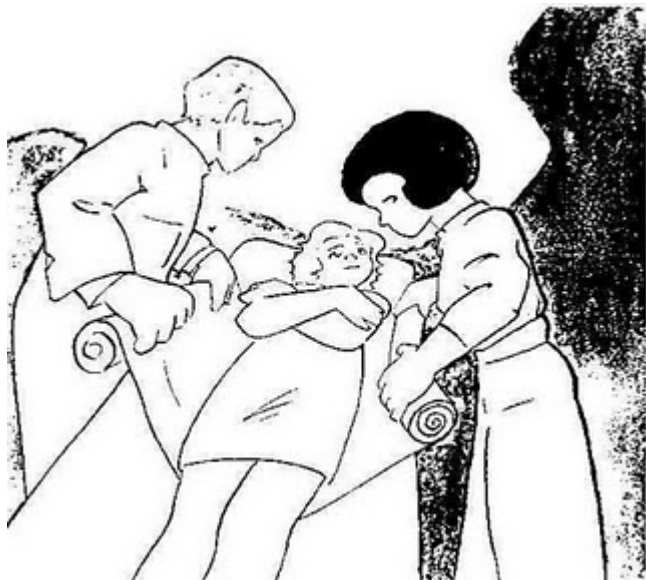
A Algália pode ser utilizada em doentes que perderam a capacidade de urinar por si, sempre através de receita médica. Neste método o tubo é mantido dentro da bexiga e a urina sai continuamente. A sonda liga-se a uma saco colector, que pode ser fixada na lateral da cama, da cadeira de rodas ou na perna do paciente (caso ele ande).

Cuidados a ter com a Algália e o doente Algaliado:

- Lave as mãos antes de mexer na algália;
- Limpe a pele em torno da algália com água e sabão pelo menos duas vezes ao dia para evitar o acumulo de secreção;

- Mantenha o saco colector sempre abaixo do nível da cama, (abaixo do nível da bexiga) e não deixe que ele fique muito cheio, para evitar que a urina retorne para dentro da bexiga;
 - Não deixe que a algália se dobre;
 - Antes de esvaziar o saco da urina é necessário fechar a sonda para evitar perdas de urina;
 - A algália não precisa de nenhum tipo de fixação externa, porque tem um balão (bexiga) interno que a impede de sair do lugar; tenha cuidado para não puxar a algália, porque poderá ferir a uretra, fazendo ocorrer o aparecimento de sangue;
 - Deve dar a beber cerca de 1,5 litros de água por dia para a urina ficar límpida e ajudar ao funcionamento dos rins (salvo restrição médica);
 - Se a urina ficar escura ou com sedimentos estando a beber a quantidade certa de água, ou ainda com sangue ou cheiro muito intenso, comunique ao médico ou enfermeiro;
 - Deverá estar ainda atento se a quantidade diária de urina diminuir significativamente;
 - Quando a sonda entope e não sai urina deve contactar o médico ou enfermeiro;
- E muito importante: **NUNCA** troque a algália, este é um procedimento de enfermagem e deve ser realizado com técnica específica do profissional.

Posicionar o Utente acamado



O cuidado a ter com os idosos acamados:

- O acamado deve mudar de posição de 2/2 ou 4/4 horas, conforme a gravidade da doença.
- Para facilitar a mudança, coloca-se um lençol atravessado na cama, e ao puxá-lo, o corpo do doente move-se com facilidade.
- Se necessário pode-se recorrer a uso de camas articuladas.
- Para o manter na posição, colocam-se almofadas nas costas, e ao longo do corpo

Decúbito Lateral

O cuidador deve-se:

- Posicionar-se do lado para o qual se quer virar o idoso;
- Aproximar o idoso para o lado apostado da cama;
- Vira-lo para o seu lado, com movimentos firmes e suaves;
- Apoiar as costas do idoso com uma almofada;
- Colocar a almofada sob a cabeça ou o pescoço;
- Posicionar a almofada entre as pernas e dobrar o membro inferior que esta por cima;
- Manter flectido o membro superior que esta em contacto com o colchão;

Decúbito Dorsal:

O cuidador deve-se:

- Colocar a almofada sob a cabeça ou o pescoço;
- Posicionar uma almofada debaixo dos joelhos e das pernas deixando os calcanhares livres;
- Assegurar que os membros inferiores estão alinhados;
- Apoiar os braços sobre almofada com os cotovelos levemente flectidos;

A cadeira de rodas deve estar:

1. Travada;
2. Os pedais devem ser retirados ou rodados lateralmente;
3. O mais perto possível da cama;
4. O braço mais próximo da cama deve ser retirado.

O paciente deve estar:

1. Sentado à beira da cadeira de rodas, com os pés apoiados no chão e rodados para o lado contrário da cama.
2. O lado melhor deve estar ao lado da cama.

Como transferir:

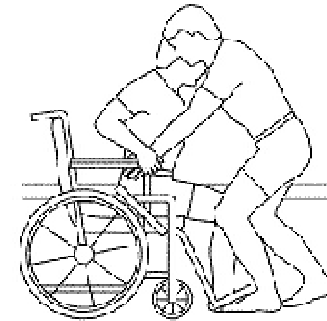
1. O paciente inclina o seu tronco para a frente;
2. Agarre-o pela cintura, pelas axilas ou pelos cotovelos e nunca pelo ombro do lado lesado. Caso seja ele muito pesado e tenha necessidade de o transferir sozinho, também pode usar um cinto de transferência.
3. O cuidador encosta os pés e joelhos aos seus pés e joelhos, até o paciente se endireitar e ficar de pé;
4. O cuidador ajuda o paciente a rodar, posicionando-se para se sentar na cama.

Todos estes passos podem ser invertidos para se transferir o doente da cama para a cadeira de rodas.

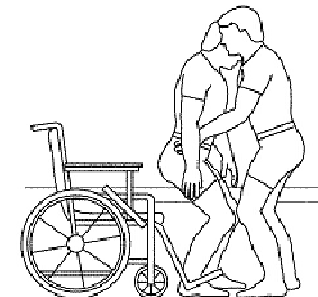
O cuidador deve sempre posicionar o doente de maneira confortável e segura depois da transferência.

Sequência da transferência

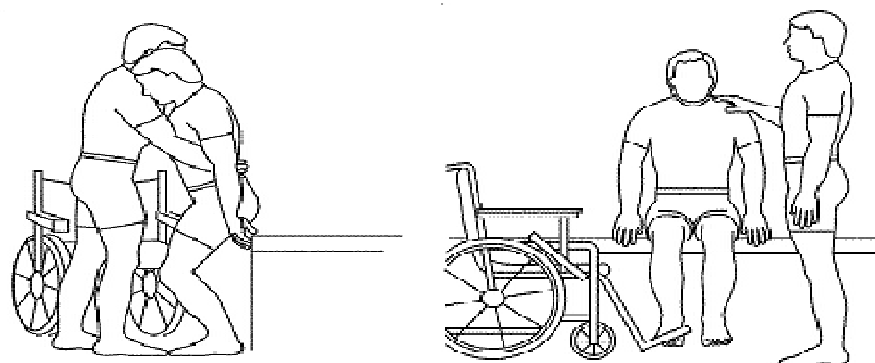
1. Pôr a cadeira de rodas ao lado da cama, bem travada e com os pedais levantados ou rodados para fora. Calçar o doente com sapatos de borracha ou com calçado anti-derrapante



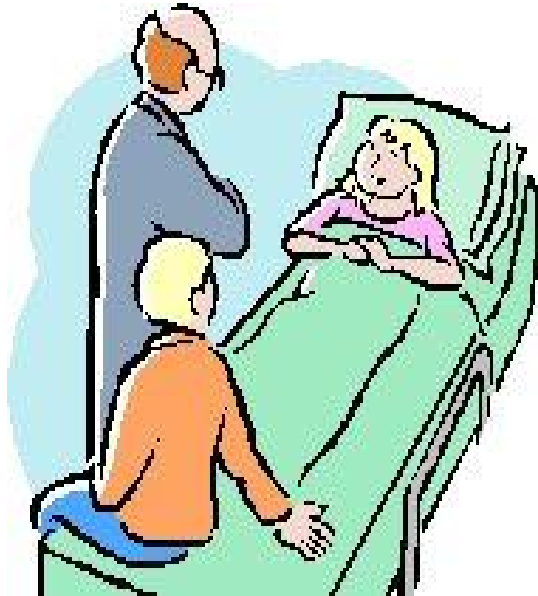
2. Sentar o doente à beirinha da cama (ou cadeira de rodas).



3. Travar os pés e os joelhos do doente com os pés e joelhos do cuidador, até que o doente fique de pé.



Exercícios articulares do utente acamado

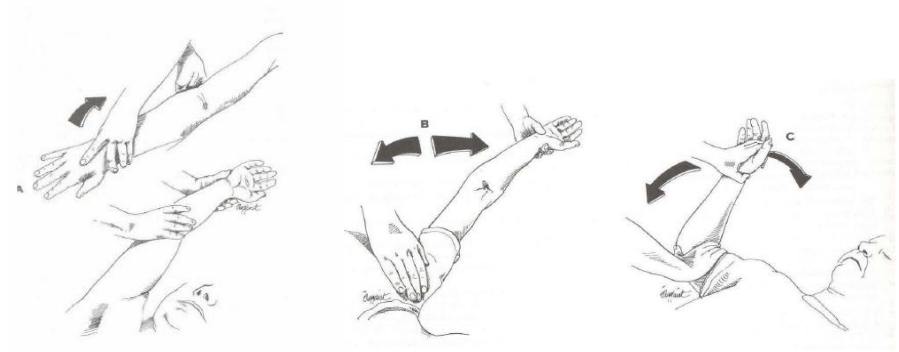


Os utentes acamados e gravemente dependentes tendem a desenvolver posturas inadequadas e rigidez nas articulações, designadas de anquiloses decorrentes da imobilidade prolongada.

Para evitar esta situação é adequado que o cuidador realize exercícios que previnam esta situação, proporcionem bem estar ao utente dependente e melhore a sua circulação sanguínea e o funcionamento articular.

EXEMPLOS DE EXERCÍCIOS DE MOBILIZAÇÃO ACTIVA

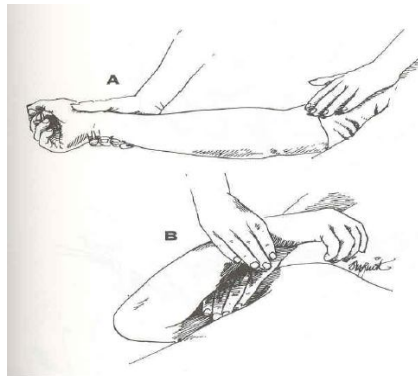
Ombros



Flexão / Extensão

- Levante o braço acima da cabeça. Se for necessário, ajude com a outra mão, pegando no pulso do braço mais afectado.
- Segure o braço mais afectado, colocando a outra mão no cotovelo, e levante os braços até ao nível dos ombros (posição de embalar), movimentando-os então de um lado para o outro.
- Coloque as duas mãos atrás do pescoço e movimente então os cotovelos aproximando-os até se tocarem; a seguir, volte a afastá-los o mais que puder.

Cotovelos



Flexão / Extensão

- Dobre o braço (flexão do cotovelo), de modo a tocar com a mão no ombro.
- Vire a palma da mão para cima e depois para baixo, com o antebraço (cotovelo flectido a 90°) a nível da cintura.

Pulsos

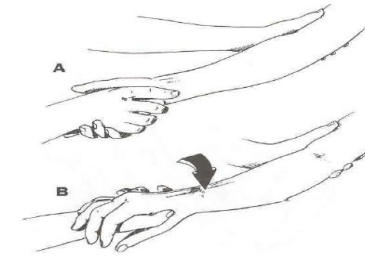


Extensão

Adução / Abdução

Flexão

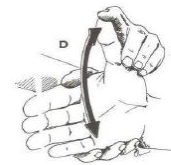
- Apoie o pulso sobre o joelho e dobre-o para cima (extensão) e para baixo (flexão) o mais que puder.



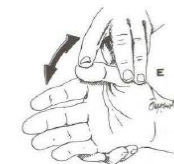
Pronação / Supinação

Dedos

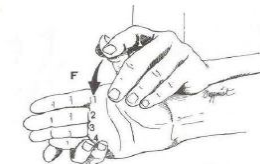
- Coloque a mão aberta sobre uma mesa, com a palma virada para cima; então, feche e abra a mão o mais que puder.
- Dobre várias vezes o polegar até ao dedo mínimo, com a mão na mesma posição.
- Aproxime e afaste várias vezes o polegar e o indicador.



Flexão / Extensão



Adução / Abdução



Oponência

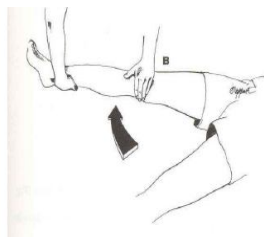
Anca

- Deitado de costas, levante o joelho até ao peito, dobrando a anca o mais possível. Se necessário, peça ajuda para lhe ampararem (por baixo) o joelho e o calcanhar.
- Na mesma posição (joelho em extensão), estique a perna e levante-a o mais que puder;

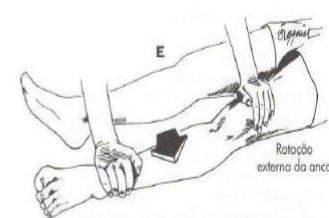
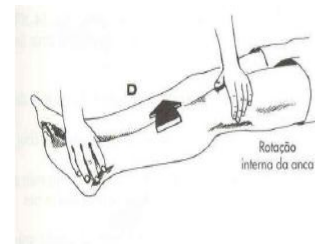
- conte até cinco e depois baixe-a lentamente. Se for necessário, peça ajuda.
- Dobre a coxa (anca) e o joelho cerca de 90°, de modo a ficar em ângulo recto, com o pé sempre assente na cama; rode então a perna (joelho) para fora, afastando-a da linha média do corpo, e depois em sentido contrário (para dentro). Um ajudante pode auxiliá-lo, amparando-lhe o joelho e o calcanhar.
- Na mesma posição, deitado de costas na cama, e com os dedos dos pés apontados para o tecto, rode a perna para dentro e depois para fora (dedos apontados para o ajudante).
- Mantendo as pernas com os dedos dos pés para cima, como anteriormente, afaste uma das pernas, sempre na horizontal, para fora e, depois, volte a aproximá-la da outra perna.
- Com os joelhos dobrados e os pés bem assentes na cama, procure levantar as ancas (coxas) o mais que puder.

Joelhos

- Deitado de costas na cama, levante a coxa e puxe o pé para trás, fazendo-o deslizar ao longo da cama, até o calcanhar tocar na nádega, provocando a flexão do joelho; depois, volte a esticar a perna. O ajudante pode auxiliar, amparando a coxa e o tornozelo.
- Na mesma posição, dobre a coxa (anca) a 90°; depois, dobre o joelho o mais possível e volte a esticar a perna. Repita este exercício 5 vezes.



Pés



- Deitado de costas na cama e com as pernas esticadas, vire (rode) o pé para dentro e para fora.
- Na mesma posição, dobre os dedos dos pés para baixo (flexão plantar) e depois para cima (flexão dorsal).

Faça estes exercícios, uma ou duas vezes por dia, repetindo-os várias vezes sem provocar dores excessivas e sem se fatigar demasiado.

Manual do Cuidador



ELABORADO POR:

Enf. António Dias

Mestrando em Enfermagem Comunitária – Universidade Católica



V.N. Gaia,

Novembro 2010

Nota Introdutória

Este Manual do Cuidador surge no âmbito do Mestrado de Especialização de Enfermagem Comunitária do Enfermeiro António Dias, na Universidade Católica.

Ele pretende ser um útil auxiliar aos prestadores de cuidados de utentes dependentes, que necessitem de orientação e aconselhamento na prestação de cuidados ao seu familiar idoso dependente, visando proporcionar uma maior qualidade de vida a cuidador e cuidado.

Ele pretende ser um guia orientador de actividades de cuidado informal, que sirvam de orientação ao prestador de cuidados, de forma a garantir um cuidado informal com mais qualidade e menos crítico para o cuidador.

António Dias, Enf.
USF Saúde no Futuro

BIBLIOGRAFIA

- Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica; Phipps, Long, Woods e Cassmeyer: Lusodidacta, 1995;
- Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação; Hanson: Lusociência, 2005;
- Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos Famílias e Indivíduos; Stanhope, Lancaster: Lusociência, 1999;
- Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem; Schäffer, Menche: Lusociência, 2004.



Anexo V

Manual de Ajudas Técnicas

Manual Ajudas Técnicas



ELABORADO POR:

Enf. António Dias

Mestrando em Enfermagem Comunitária – Universidade Católica



V.N. Gaia,
Novembro 2010

Nota Introdutória

Este Manual de Ajudas Técnicas, surge no âmbito do Mestrado de Especialização de Enfermagem Comunitária do Enfermeiro António Dias, na Universidade Católica.

Ele pretende ser um útil auxiliar aos prestadores de cuidados de utentes dependentes, que necessitem de orientação e aconselhamento na escolha, selecção e utilização de um conjunto diversificado de equipamentos de ajuda técnica que visam proporcionar uma maior qualidade de vida a cuidador e cuidado.

Durante a realização deste Manual de Ajudas Técnicas foram contactadas diversas instituições revendedoras deste tipo de equipamento, desde farmácias, hipermercados e lojas de material ortopédico, de modo a que facilitassem informação referente aos equipamentos e recursos disponíveis, bem como os preços praticados.

A lista de entidades contactadas bem como as moradas respectivas encontram-se no presente manual.

O autor deste manual não se responsabiliza por qualquer alteração nos preços ou disponibilidades dos equipamentos nele referidos.

António Dias, Enf.
USF Saúde no Futuro

Farmácia da Liga

Rua Marquês Sá da Bandeira, 344 4400-217 V.N. de Gaia
223 771 010 farmacia@ligagaia.pt

Farmácia Portela

R. Marquês Sá da Bandeira 234 4400 Vila Nova de Gaia
223 750 719 www.farmaciaportela.com
geral@farmaciaportela.com

PharmaGaia

Avenida dos Descobrimentos, 419 Loja 35/36
Gaiashopping
223740171 pharmagaia@gmail.com,

Miminho dos Avós

Largo Soares Reis, 50 4400-309 Vila Nova de Gaia
223 745 180 gaia@miminhoaosavos.pt

INFORMAÇÃO SOBRE AJUDAS TÉCNICAS

O que são ajudas técnicas ?

São meios indispensáveis à autonomia e integração das pessoas com dependência. Destinam-se a compensar a dependência ou a atenuar-lhe as consequências e a permitir o exercício das actividades quotidianas e a participação na vida escolar, profissional e social.

A quem se destinam as Ajudas Técnicas ?

As ajudas técnicas devem constar da lista homologada pelo secretário nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (anexo I) e destinam-se a pessoas portadoras de deficiência com um grau de incapacidade igual ou superior a 60%.

Quem é considerado 'Pessoa portadora de dependência/deficiência' ?

Considera-se pessoa com dependência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

Qual o enquadramento legal do Sistema Supletivo de atribuição e financiamento de Ajudas Técnicas?

A verba para atribuição e financiamento de ajudas técnicas é disponibilizada anualmente pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Desta forma, e com o objectivo de proporcionar o acesso às Ajudas

Técnicas a todos os cidadãos portadores de dependência, é publicado anualmente um Despacho Conjunto que determina os montantes globais para o financiamento dessas ajudas técnicas. O Despacho em vigor é o Despacho Conjunto n.º 479/2005, publicado no Diário da República, II Série, nº133, de 13 de Julho de 2005. Anualmente é também publicado pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Dependência, um Despacho no qual se designam: as normas regulamentadoras da prescrição, atribuição e financiamento de ajudas técnicas, as entidades prescritoras e financiadoras, a forma como o montante global do financiamento é distribuído por cada tipo de entidade, e, por último, os mecanismos de acompanhamento e avaliação da execução dos montantes atribuídos. O Despacho em vigor é o Despacho nº19921/2005, publicado no Diário da República, II Série, nº179, de 16 de Setembro de 2005.

Quem financia as Ajudas Técnicas ?

O financiamento é feito através:

- Centros Distritais de Segurança Social;
- Hospitais, designados pela Direcção-Geral de Saúde, cuja lista consta do anexo ao Despacho 479/2005;
- Centros Especializados e Centros de Reabilitação Profissional cuja lista consta do anexo ao Despacho 479/2005;
- Centros de Emprego.

Qual é a percentagem de financiamento das Ajudas Técnicas ?

O financiamento é de 100% quando a ajuda técnica faz parte da lista homologada pelo Secretário Nacional de Reabilitação. O financiamento só é de

100%, quando a ajuda técnica não é comparticipada pelo sistema, subsistema ou companhia seguradora de que é beneficiária a pessoa com dependência. Quando a ajuda técnica consta da listagem do sistema ou do subsistema de saúde do beneficiário, ou ainda quando coberta pela companhia seguradora, o financiamento é do montante correspondente à diferença entre o custo e o valor da comparticipação. O financiamento termina, esgotada a verba atribuída a cada organismo certificado.

Quais os documentos necessários para constituir um processo para financiamento das Ajudas Técnicas?

No caso da prescrição ser efectuada num Centro de Saúde ou em Centro Especializado, apresentar no Centro Distrital de Segurança Social (CDSS) da área da residência:

- Prescrição médica preenchida pelos serviços prescritores de acordo com o nível de prescrição estabelecidos contendo:
 - Código I.S.O,
 - Identificação do serviço prescriptor (carimbo ou vinheta),
 - Identificação do médico (carimbo ou vinheta),
 - Data da prescrição,
 - Número do cartão do sistema ou sub-sistema de saúde e identificação do sistema.
 - Três orçamentos, actualizados e datados ou justificação da impossibilidade da sua apresentação feita pelo serviço remetente.

- Identificação (de acordo com o Bilhete de Identidade) e endereço completo da pessoa a quem deve ser paga a ajuda técnica e, ainda, a explicitação da sua relação com o beneficiário.

- Se a prescrição é feita num dos Hospitais homologados, o processo de aquisição decorre pelo estabelecimento hospitalar e a ajuda técnica é atribuída ao utente em consulta externa.

Quais são as Ajudas Técnicas abrangidas pelo financiamento supletivo?

As ajudas técnicas abrangidas pelo financiamento supletivo, aprovado pelo despacho conjunto n.º 479/2005, dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, publicado no Diário da República, II.ª Série, n.º133, de 13 de Julho de 2005, são prescritas por acto médico, em consulta externa, para serem utilizadas fora do internamento hospitalar e devem constar da Lista homologada pelo Secretário Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Dependência, publicada no Diário da República, II Série, nº 213, de 13 de Setembro, sob o nº 19 210/2001 (anexo IX).

Quais são as Ajudas Técnicas não abrangidas pelo financiamento supletivo?

Não são abrangidas pelo financiamento supletivo as ajudas técnicas cuja colocação no doente obrigue a intervenção cirúrgica

Quem são os organismos que podem prescrever Ajudas Técnicas?

Anualmente é publicado pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Dependência, um Despacho no qual se

designam: as normas regulamentadoras da prescrição, atribuição e financiamento de ajudas técnicas, as entidades prescritoras e financiadoras, a forma como o montante global do financiamento é distribuído por cada tipo de entidade, e, por último, os mecanismos de acompanhamento e avaliação da execução dos montantes atribuídos.

Qual os níveis de prescrição de Ajudas Técnicas?

Os organismos certificados pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Dependência estão divididos em níveis de prescrição que lhes dará maior ou menor margem na gama de Ajudas Técnicas que podem prescrever.

Nível 1

- Centros de Saúde;

Nível 2

- Hospitais Distritais,
- Hospitais de Nível 1

Nível 3

- Hospitais Distritais,
- Hospitais de Nível 1,
- Hospitais Centrais,
-Centros Especializados com equipa de reabilitação constituída por médico e pessoal técnico especializado de acordo com a tipologia da dependência;
-Centros de Emprego do IEFP com serviços de medicina do trabalho.

Em qualquer dos níveis, o médico que efectuar a prescrição terá de proceder ao controlo do material fornecido.

A prescrição médica para o financiamento das Ajudas Técnicas é obrigatória?

As ajudas técnicas que são abrangidas por este financiamento supletivo, são obrigatoriamente prescritas por acto médico, em consulta externa dos Hospitais ou dos Centros Especializados, para utilizar fora do internamento hospitalar e devem constar da lista homologada pelo Secretário Nacional. Não são abrangidas por este orçamento as ajudas técnicas cuja colocação no doente obrigue a intervenção cirúrgica.

Organismos prescritores de Ajudas Técnicas

◆ Centro Especializado

Os Centros Especializados são as entidades públicas e privadas sem fins lucrativos credenciadas por despacho do Secretariado Nacional para a reabilitação e Integração das Pessoas com Dependência (SNRIPD).

Centro de Inovação para Deficientes - CIDEF

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

Fundação Irene Rolo

Hospital da Prelada - Porto

Liga Portuguesa de Deficientes Motores

Unidade de Avaliação do Desenvolvimento e Integração Precoce - UADIP

Centro Distrital da Segurança Social

Organismos responsáveis pelo financiamento de ajudas técnicas prescritas pelos Centros de Saúde e pelos Centros Especializados da área da residência das pessoas a quem se destinam.

◆ **Entidades Privadas e/ou Centros de Reabilitação Profissional**

Centros especializados com equipa de reabilitação constituída por médico e pessoal técnico especializado de acordo com a tipologia da dependência

Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal – ACAPO

Centro de Inovação para Deficientes – CIDEF

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

Fundação Irene Rolo

Liga Portuguesa de Deficientes Motores LPDM

◆ **Hospital**

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia

Hospital de Pedro Hispano, E.P.E.

Hospital de São João

Hospital Geral de Santo António, E.P.E.

IPO – Centro Regional do Porto, E.P.E.

Hospital de S. Sebastião – Santa Maria da Feira

ANEXO 1 – Lista homologada de Ajudas Técnicas

ISO	Designação	Níveis de prescrição
03 03	Auxiliares de terapêutica respiratória	3
03 06	Auxiliares de terapêutica circulatória	3
03 06 06	Meias anti-edema	1-2-3
03 12 03	Cintas para hérnias	2-3
03 12 06	Cintas e fundas para hérnias	2-3
03 15 06	Ajudas de diálise peritoneal	3
03 18	Ajudas para doseamento de medicamentos	2-3
03 21 18	Materiais de injeção	2-3
03 27 09	Estimuladores	3
03 33	Ajudas para prevenção de escaras de decúbito	1-2-3
03 42	Auxiliares de comunicação	3
03 43	Ajudas para treino de comunicação aumentativa e alternativa	3
03 48 21	Planos inclinados	3
03 54	Ajudas para actividade sexual	3
06 03	Conjunto de ortóteses para a coluna	2-3
06 06	Conjunto de ortóteses para o membro superior	2-3
06 12	Conjunto de ortóteses para o membro inferior	2-3
06 18	Conjunto de próteses para o membro superior	2-3
06 21	Próteses cosméticas e não funcionais para o membro superior	2-3
06 24	Conjunto de próteses para o membro inferior	2-3
06 27	Próteses cosméticas e não funcionais para o membro inferior	2-3
06 30	Outras próteses (não dos membros)	1-2-3
06 33 06	Calçado ortopédico fabricado por medida	2-3
06 33 09	Calçado ortopédico <i>standard</i>	2-3
09 06	Ajudas protectoras usadas no corpo	2-3
09 09	Ajudas para vestir e despir	2-3
09 12	Ajudas para higiene pessoal	1-2-3
09 15	Ajudas para traqueostomia	2-3
09 18	Ajudas de ostomia	1-2-3
09 24	Sistemas colectores de urina	1-2-3
09 27	Colectores de urina	1-2-3
09 30	Fraldas e pensos	1-2-3
09 33	Ajudas para independência no banho e no chuveiro	1-2-3
09 33 03	Cadeiras de banho/chuveiro (com ou sem rodas), bancos, encostos e assentos	1-2-3
09 33 27	Ajudas para diminuir o comprimento e profundidade da banheira	1-2-3
09 33 36	Ajudas para secagem do próprio	1-2-3
09 36	Ajudas para a manicura e pedicura	(*) 3
09 51	Relógios	3
12 03	Auxiliares de marcha manejados por um braço	1-2-3
12 06	Auxiliares de marcha manejados pelos dois braços	1-2-3
12 09	Carros especiais	(*) 3
12 12	Adaptações para carros	(*) 3
12 15 06	Triciclos motorizados	(*) 3

12 18 09	Triciclos com propulsão manual	(*) 3
12 21 03	Cadeiras de rodas de controlo manual	1-2-3
12 21 06	Cadeiras de rodas de controlo bimanual com rodas grandes atrás	1-2-3
12 21 09	Cadeiras de rodas de controlo bimanual com rodas grandes à frente	1-2-3
12 21 12	Cadeiras de rodas controladas por alavanca bimanual	1-2-3
12 21 15	Cadeiras de rodas com controlo unilateral	(*) 2-3
	Cadeiras controladas com uma mão e com uma mão e um pé	
12 21 18	Cadeiras de rodas com propulsão pelos pés	1-2-3
12 21 21	Cadeiras de rodas motorizadas	1-2-3
12 21 24	Cadeiras de rodas com motor eléctrico e direcção manual	1-2-3
12 21 27	Cadeiras de rodas com motor eléctrico e direcção motorizada	1-2-3
12 21 33	Sistemas de cadeiras de rodas	(*) 2-3
12 24	Acessórios de cadeiras de rodas	1-2-3
12 27 03	Cadeiras de empurrar	1-2-3
12 27 15	Gatinhadores e pranchas rolantes	2-3
12 30	Auxiliares de transferência	1-2-3
12 36	Auxiliares de elevação	2-3
12 39	Auxiliares de orientação	3
12 39 03	Bengalas brancas	1-2-3
15 03	Ajudas para preparação de comidas e bebidas	(*) 3
15 09	Ajudas para comer e beber	(*) 3
18 09	Mobiliário para sentar	(*) 3
18 12	Camas	1-2-3
18 18	Dispositivos de apoio	1-2-3
18 30	Transportadores verticais	3
18 30	Rampas portáteis	1-2-3
18 30	Rampas fixas	1-2-3
18 33	Equipamento de segurança para habitação e outros locais	3
21 03	Ajudas ópticas	3
21 06	Ajudas electro-ópticas	3
21 09	Unidades de entrada e saída para acessórios para o computador, máquinas de escrever, calculadoras e <i>scanners</i>	(*) 3
21 12	Computadores	(*) 3
21 15	Máquinas de escrever e processadores de texto	(*) 3
21 21	Suportes lógicos (<i>software</i>) de uso múltiplo	(*) 3
21 24	Ajudas para desenhar e escrita manual	(*) 3
21 33 06	Gravadores de vídeo	(**)*3
21 33 09	Descodificadores de texto de vídeo (texto TV)	(**)*3
21 36	Telefones e ajudas telefónicas	(**)*3
21 42	Ajudas para a comunicação face a face	3
21 45	Ajudas para audição	3
21 48	Ajudas para a sinalização	3
21 51	Sistemas de alarme	3
21 54	Livros e materiais de leitura	3
24 03	Ajudas para a marcação e indicação	3
24 06	Dispositivo de accionamento de recipientes	3
24 09	Comandos e dispositivos de accionamento	(*)3

2410	Unidades de entrada para computadores equipamentos electrónicos	3
24 18	Ajudas para assistir e ou substituir a função da mão e ou dos dedos	3
24 21	Ajudas para alcançar à distância	3
24 24	Ajudas para o posicionamento	3
24 27	Ajudas para a fixação	3
30 03	Brinquedos	3
30 06	Jogos	3
3018	Instrumentos de artifice, materiais e equipamento	3

(*) Estes níveis pressupõem uma consulta especializada, nomeadamente, dos hospitais da rede hospitalar existente ou dos centros especializados através do médico e de uma equipa de reabilitação ou equipas diferenciadas de nível 2 e 3, conforme a situação.

(**) Incluem-se as tecnologias que proporcionam o acesso aos equipamentos e aos serviços das comunicações móveis de 3.ª geração e de televisão digital vocacionados para pessoas com deficiência.

Legenda:

Nível 1 Centros de Saúde e Hospitais do Nível 1;

Nível 2 Hospitais de Nível 1 plataforma B;

Nível 3 Hospitais Distritais plataforma A, Hospitais Centrais, Centros Especializados com equipa de reabilitação constituída por médico e pessoal técnico especializado de acordo com a tipologia da deficiência e Centros de Emprego do IEFP com serviços de medicina do trabalho.



Saco Colector de Urina

São indicados para os utentes que apresentam algum tipo de incontinência urinária, ou seja, não controlam a vontade de urinar, quer seja pela presença de uma algália ou de uma cistostomia. Assim, por intermédio da algália ou ostomia (orifício corporal artificial por onde é drenada a urina) a urina é recolhida para um saco colector que permite o seu armazenamento sem fugas e, o seu esvaziamento, em alguns casos por intermédio de uma torneira. Estes sacos colectores podem ter diversas dimensões, e ser colocados inclusivamente na parte interior do vestuário ao longo da perna, de forma a não serem observados. Nos utentes dependentes estes sacos devem ser colocados em suporte apropriado e NUNCA no chão ou sobre a cama. Os sacos colectores devem ser esvaziados, diariamente e sempre que necessário. Os sacos colectores de urina devem ser trocados a cada 5 dias.

Este tipo de ajuda técnica pode ser obtido junto da sua USF, mediante algumas condicionantes. Informe-se junto do seu Enfermeiro de Família

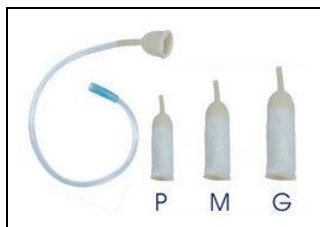
Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço				



Suporte para saco de urina

Os suportes para sacos de urina podem ter várias apresentações, no entanto, a sua principal funcionalidade é comum e simples. Servirem de suporte aos sacos colectores de urina, de forma a prevenirem o seu arrastamento pelo chão ou pela cama. Podem ser de vários materiais, como metal ou plástico e possuem dois pinos que têm a função de serem encaixados nos orifícios de suporte dos sacos colectores. Estes dispositivos de ajudas técnicas devem ser desinfectados com álcool a 70°, duas vezes por semana.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	1-13€	12€	--



Dispositivo urinário externo

Os dispositivos urinários externos têm a função de recolher as perdas urinárias de utentes incontinentes crónicos ou por períodos, nomeadamente a prevenção de perdas urinárias nocturnas. Deve ser colocado após a lavagem e secagem da região genital masculina com água morna e sabão, desenrolando o dispositivo urinário externo ao longo do pénis e esticando a pele deste de forma a não criar pregas. Uma vez desenrolado deve ser fixado á pele junto á região púbica com o adesivo que normalmente o acompanha. Se não for suficiente para uma boa adaptação deve ser usado mais adesivo. É importante na compra do dispositivo urinário externo, ter em atenção o tamanho, pois é muito importante que não existam folgas entre o dispositivo e a pele do pénis, que potenciem a perda de urina. Na dúvida deve sempre comprar o tamanho inferior. Existem tamanhos semelhantes aos do vestuário: S, M, L, XL; Após a colocação do dispositivo e da sua fixação com adesivo este deve ser adaptado o saco colector. O saco colector pode ficar excepcionalmente no leito do utente com o cuidado de a tubuladura não ficar dobrada sob o doente ou mais elevada do que o pénis.

Este tipo de ajuda técnica pode ser obtido junto da sua USF, mediante algumas condicionantes. Informe-se junto do seu Enfermeiro de Família

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço				



Urinol

O urinol destina-se aos homens que controlam a vontade de urinar mas têm dificuldades de deslocação até à casa de banho e portanto, têm a necessidade de urinar a partir da cama ou do cadeirão.

Os urinóis devem ser despejados após cada utilização, lavados com água corrente e sabão e, desinfectados uma vez por dia com solução alcoólica de 70°.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	5€	5€	2€-5€	3€



Arrastadeira/Aparadeira/Bacio alto

A arrastadeira pode ser utilizada por homens e mulheres com elevado grau de dependência mas com controlo da vontade de urinar ou de evacuar. Deve ser sempre devidamente colocada de forma a não causar dor ou desconforto ao utente. Pode ser utilizada no leito ou no cadeirão. O bacio alto pode ser utilizado por homens e mulheres que têm a possibilidade de fazerem levante para o bacio mas que apresentam dificuldades de deambulação até à casa de banho. As arrastadeiras e bacios altos devem ser despejados após cada utilização, lavados com água corrente e sabão e, desinfectados uma vez por dia com solução alcoólica de 70°.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	5€	5€	5€	5€



Sondas vesicais

As sondas vesicais são úteis para os utentes do sexo feminino que fazem retenção urinária e que ao longo do dia têm a necessidade de proceder ao esvaziamento da bexiga. Servem igualmente para os utentes que não controlando a vontade de urinar têm um elevado grau de treino da bexiga. A sonda vesical deve ser introduzida ao longo da uretra e deve ser utilizada apenas uma vez, ou seja, cada nova utilização deve ser utilizada uma nova sonda vesical. A região genital deve ser lavada com água morna e sabão antes de cada utilização de uma sonda vesical.

Este tipo de ajuda técnica pode ser obtido junto da sua USF, mediante algumas condicionantes. Informe-se junto do seu Enfermeiro de Família

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço				



Tripé/Bengala

Os tripés e as bengalas são auxiliares da marcha para utentes com dificuldades de deambulação. Diferenciam-se pelo facto do tripé possuir três pontos de apoio sobre o solo, uma vez que são mais adaptados a utentes com maiores défices de locomoção. Devem ser utilizados sempre do lado contrário ao da redução de força e/ou mobilidade.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	12-18€	7-16€	8-20€	8-19€



Muleta/Muleta axilar/Canadiana

A muleta, ou muleta axilar são também auxiliares de marcha que, no entanto, são destinados a utentes com maiores dificuldades de marcha pois preconizam maior estabilidade. Devem ser utilizados sempre do lado contrário ao da redução de força e/ou mobilidade. As muletas axilares devem ser devidamente utilizadas, uma vez que a força de apoio à marcha deve ser sempre aplicada ao nível da mão e pulso. Podem ser aplicados protectores ao nível dos punhos e na região axilar das muletas de forma a minimizar o desconforto associado à deambulação. As muletas axilares idealmente devem ser utilizadas ao par, uma vez que remetem para a total impossibilidade de apoio de um dos pés.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	6-12€	14€	9-25€	12-16€



Andarilho

O andarilho destina-se a utentes com grandes dificuldades na deambulação e por isso necessitam de um elevado grau de apoio quer à marcha, quer à estabilidade quando em pé. Os andarilhos têm uma forma específica de ser utilizados, informe-se junto do seu Enfermeiro de Família, para que este o possa ajudar, no entanto lembre-se sempre que o utente deve adiantar o andarilho e só quando os seus quatro pontos de apoio estão devidamente colocados é que deve ser iniciada a marcha. Os andarilhos são também um excelente auxílio ao levantar do cadeirão pois providenciam uma forte base de apoio.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	34-40€	36-73€	70-120€	42€



Cadeira de rodas

As cadeiras de rodas são um auxiliar de marcha, na medida em que providenciam a capacidade de movimentação do utente. São úteis para os doentes que consigam movimentarem-se no exterior de casa. Podem ser eléctricas ou manuais.

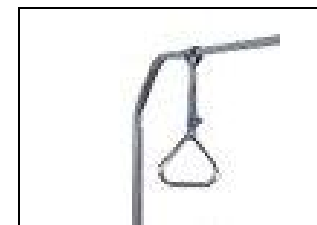
Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	177€	210-255€	190-420€	184€



Cama articulada

As camas articuladas são úteis para os utentes que apresentam um elevado grau de dependência e que permanecem largos períodos no leito, tornando mais fácil o seu posicionamento ou até a alimentação. Os utentes acamados devem manter-se com o leito elevado para facilitar a respiração e prevenir problemas respiratórios, bem como devem ser alimentados com a cabeceira bem elevada, levando o utente a apresentar-se sentado. Os pés da cama articulada, ou seja, a região posterior, devem também manter-se ligeiramente elevados, não só para evitar o deslizamento do utente, bem como para evitar o edema (inchaço) das pernas e pés. Podem ser manuais ou eléctricas. As manuais possuem manivelas ou pedais que servem de alavancas para elevar as porções da cama

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	325€	1205€	430-1800€	330-495€



Barra superior e suporte

A barra superior com suporte é extremamente útil para utentes acamados mas com a capacidade de mobilidade a partir dos braços e mãos, pois são um óptimo auxiliador ao levantar e ao posicionamento no leito, realizado pelo próprio utente. Mesmo nas situações de menor capacidade de força, este equipamento de ajuda técnica revela-se eficaz. É muito útil para evitar a sobrecarga física do cuidador aquando do posicionamento, para além de conferir alguma realização ao utente dependente por participar no cuidado.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	100€	85-90€	54€



Grades laterais

As grades laterais são um auxílio importante para a segurança do utente dependente, pois previnem as quedas, de um modo geral e evitam danos maiores em utentes confusos ou desorientados. São úteis particularmente à noite em que a vigilância do utente é menos rigorosa. São por vezes também bons auxiliares para o posicionamento dos utentes quando estes mantêm ainda algum grau de mobilidade no leito.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	--	71€	149€



Colchão de prevenção de úlceras de pressão

As úlceras de pressão são feridas características de utentes dependentes, em particular, daqueles que permanecem longos períodos de tempo sem se mobilizarem ou serem mobilizados. Por este aspecto, esta ajuda técnica assume quase um carácter obrigatório para utentes acamados. Podem ser colchões de pressão alterna, ou seja possuem um motor que introduz ar para o colchão de forma a que insuffle umas bolhas de ar evitando a rigidez de contacto entre a pele do utente e o colchão ou, podem ser tensoactivos, possuindo um material que evita também essa rigidez. Os colchões devem ser colocado por cima do colchão de cama e por serem um pouco mais volumosos potenciam o enrugamento dos lençóis pelo que deve ser um aspecto a ter em atenção.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	86-98€	80€	63€	75-249€



Calcanheiras

As calcanheiras são protecções que, tal como o nome indica, devem ser utilizadas como forma de protecção para os calcanhares, que comumente se constituem como locais de pressão para utentes dependentes, em particular os acamados. Não dispensam a utilização de almofadas sob as pernas e pés de forma a evitar o peso do corpo sobre as regiões de proeminências ósseas, como é o caso dos calcanhares. Podem ser de diversos tipos, mas acima de tudo se servirem o propósito de aliviar a pressão sobre os calcanhares, são indicadas.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	10-46€	31-47€	13-41€	27-48€



Coxim

Os coxins têm a mesma funcionalidade das calcanheiras, porém pretendem aliviar a pressão presente ao nível das proeminências ósseas que se configuram na posição de sentado, ou seja a região sagrada, na região terminal da coluna e ao redor da região anal. São particularmente indicados para utentes com défices elevados de mobilidade mas que realizam levantes para os cadeirões ou para a cadeira de rodas, devendo ser colocado sobre o assento, para que almofade as regiões de pressão evitando o aparecimento de feridas. Podem ser de diversos tipos, mas à semelhança das calcanheiras, desde que evitem a pressão excessiva sobre as proeminências ósseas, são indicados.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	17€	18-150€	16-90€	18-40€



Copo com bucal

Os copos com bucal são adequados para os utentes que possuem pouca ou nenhuma capacidade de preensão e de movimentarem os membros superiores, de forma a levar o copo à boca, bem como naqueles utentes cuja situação clínica não facilite a sucção por intermédio de palhinha, por exemplo. Assim, nesses casos com a ajuda do prestador de cuidados, estes copos possuem um bucal que se adapta à boca do utente e, ficando totalmente no seu interior, evita o desperdício do líquido a ingerir, bem como evita manchas na roupa do doente ou da cama, por derrame.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	8€	12-13€	3-4€



Talheres de cabo largo

Os talheres de cabo largo e anti-derrapante são indicados para os utentes que mantendo a sua capacidade preênsil e tátil, isto é, apesar de diminuídos ao nível das competências dos membros superiores e mãos, possuem ainda alguma habilidade, pelo que o material a utilizar deve ser devidamente adaptado, com cabos mais largos, para facilitar a pega e evitar o deslizamento da mão.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	--	6-12€	--



Mesa de apoio

As mesas de apoio são particularmente úteis nos utentes que, encontrando-se acamados ou confinados a cadeira de rodas ou cadeirão, possuem competências nos membros superiores, tornando mais fácil a refeição, ou inclusivamente a leitura ou a escuta de rádio, por exemplo. Elas permitem que o utente estando acamado ou sentado, possua um local próximo de si onde possa colocar os seus pertences e seja facilmente adaptável às restantes condicionantes da sua dependência, como por exemplo a cama articulada. Elas podem ser de vários tipos, apresentando por exemplo apenas dois pés para permitir o seu apoio na cama ou cadeira de rodas, bem como poderão ter rodas e ter o tampo móvel e regulável, de modo a ser facilmente colocada junto da cama.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	75€	63€	44-105€



Barras de apoio

As barras de apoio são um equipamento de ajuda técnica, bastante útil, uma vez que permitem ao utente colocar-se ou posicionar-se da forma pretendida com recurso a elas. São frequentemente vistas nas casas de banho, para facilitar a utilização do sanitário ou da banheira, porém devem ser utilizadas em todos os locais em que o utente requeira apoio, essencialmente para levantar-se e sentar-se. Por vezes podem ter maior comprimento para servirem de apoio à deambulação do utente ao longo de um determinado percurso.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	--	10-86€	28-88€



Cadeiras de banho/Cadeira Sanitária

As cadeiras de banho são um auxiliar muito útil nos utentes que consigam ainda de forma independente ou com recurso a alguma ajuda fazer o levante da cama e permitem que o utente, facilmente se desloque até á região da banheira ou polivan e tome banho confortavelmente sentado e sem riscos associados a quedas, por exemplo. A cadeira no final seca-se e arruma-se facilmente. Muitas destas cadeiras têm uma dupla função, pois a sua configuração permite também que sejam utilizadas como cadeiras sanitárias e que permitam para além do banho, conduzir o utente á casa de banho para que este utilize o sanitário de uma forma segura e eficaz. São um óptimo auxiliador para os utentes que possuem ainda uma capacidade de realizar levante nem que seja por breves momentos.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	74€	88€	49-440€	63-139€



Assento de banheira/Tábua de banheira

Os assentos de banheira têm uma função idêntica às cadeiras de banho, ou seja, facilitarem a prestação dos cuidados de higiene a utentes com dificuldades na deambulação, ou que não consigam permanecer por curtos períodos em pé. Este tipo de ajuda técnica permite acima de tudo que em segurança, o banho seja dado em parceria ou com ajuda total por parte do prestador com o utente sentado num assento de banheira. É essencialmente adequado para utentes que consigam deslocar-se até à casa de banho, mas que pelo tempo que demora o banho, tenham dificuldade de permanecer em pé durante todo o tempo. São uma boa alternativa à cadeira sanitária para os utentes que ainda se consigam movimentar por si.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	--	39€-110€	34€-115€	34-126€



Bola de reabilitação

É um tipo de ajuda técnica cuja presença não é tida como muito necessária, mas que porém assume um cariz muito importante na prevenção das anquiloses, ou seja, a adopção de posturas corporais típicas de utentes gravemente dependentes e acamados em que as articulações se tornam rígidas, menos flexíveis e móveis e tendem a apresentar-se flectidas. Assim, as bolas de reabilitação devem ser colocadas na palma das mãos de utentes que apresentem já algum grau de anquilose, para prevenir o seu agravamento, ou inclusivamente o aparecimento de feridas associadas à pressão dos dedos e particularmente das unhas na palma da mão. Podem ser substituídas por rolos de tecido ou outros objectos que desempenhem a mesma função sem forçar as articulações dos dedos e mão.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	6€	5€	3€	



Aspirador de secreções

Os aspiradores de secreções são úteis para os utentes que apresentam dificuldades na expulsão das secreções respiratórias que se acumulam na garganta, por ineficácia do reflexo da tosse. Assim este equipamento de ajuda técnica é particularmente útil nas situações atrás descritas, nos utentes que apresentem patologias respiratórias ou que se encontrem acamados e com dificuldade de mobilização das secreções respiratórias, de forma a expulsá-las por intermédio do reflexo de tosse. A aspiração de secreções nunca deve ser realizada após as refeições e torna-se mais útil após a realização de um aerossol ou nebulização. A utilização deste equipamento carece de ensino por parte do enfermeiro de família, uma vez que se reúne de particularidades que importam ser aprendidas pelo prestador de cuidados. As sondas de aspiração que permitem a aspiração das secreções devem ser inutilizadas após cada utilização e o receptáculo das secreções deve ser cuidadosamente esvaziado ou lavado conforme o tipo de aspirador, após cada utilização.

Informe-se junto do seu enfermeiro de família relativamente à cedência de consumíveis para o aspirador de secreções.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço				



Nebulizador

Os nebulizadores servem para criar uma atmosfera respiratória húmida de modo a promover a fluidificação das secreções respiratórias, ou seja, concorrem para que as secreções respiratórias se tornem mais húmidas e por conseguinte mais fluidas, de modo a que sejam mais facilmente expelidas pela tosse do utente ou pela aspiração de secreções quando este reflexo não está presente. Servem também para a administração de medicamentos por via inalatória, porém nestes casos apenas com indicação médica. As nebulizações ou aerossóis, podem ser realizadas apenas com soro fisiológico, o que não requer indicação médica e pode ser efectuado várias vezes ao longo do dia, mas nunca após as refeições ou se o utente não possuir o reflexo de tosse ou ainda, se não for aspirado de seguida.

Informe-se junto do seu enfermeiro de família sobre a cedência de consumíveis para as nebulizações.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	115€	115-186€	90-120€	76-189€



Tensiómetro digital/Termómetro

Este tipo de equipamento é muito útil e deve fazer parte de todas as habitações em que existam utentes com necessidade de um prestador de cuidados. O tensiómetro deve ser de braço e deve permitir avaliar a tensão arterial e a frequência cardíaca. A tensão arterial deve ser avaliada diariamente nos casos em que os utentes apresentam problemas relacionados com a tensão arterial, como a hipertensão, ou quando se apresentam em pior condição física. Se tal não for o caso bastarão duas avaliações semanais. Os valores normais são variáveis em função do sexo, idade e condição física do utente, no entanto os valores médios devem situar-se nos seguintes intervalos: 90/50mmHg e 150/90mmHg. A frequência cardíaca pode variar em função dos mesmos factores do seguinte modo: 50bpm a 110bpm. O termómetro que visa avaliar a temperatura corporal, deve ser digital e ser colocado sob a axila. Os valores de temperatura corporal variam entre os 35°C e os 37°C. A avaliação da temperatura corporal deve ser realizada sempre que a condição física do utente se apresente mais fragilizada. A avaliação da temperatura corporal é importante pois a sua elevação pode ser significado de infecção. Os valores resultantes da avaliação da tensão arterial e temperatura devem ser registados num bloco especialmente definido para esse propósito

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Tensiómetro	66-115€	85€	91-103€	74€
Termómetro	52€	45€	49€	--



Fraldas e Resguardos descartáveis

As fraldas e resguardos descartáveis são equipamentos que permitem a adequação dos cuidados de higiene e conforto com mais qualidade e segurança quer para cuidador, quer para o utente dependente. Os resguardos servem essencialmente para evitar sujar ou manchar a roupa da cama, uma vez que devem ser colocados sob a fralda de forma a evitar extravasamentos desta pela urina ou fezes.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço	13-24€	18-23€	17-20€	14€



Sacos de ostomia

Para os utentes que apresentem um estoma intestinal (fezes) ou vesical (urina) e por conseguinte o funcionamento do intestino ou bexiga ocorre para um saco de ostomia, os prestadores de cuidados, devem ter noção dos principais cuidados a desenvolver para manter uma ostomia funcionante. Para isso deve recorrer ao seu enfermeiro de família para aconselhamento. No entanto, o equipamento de ostomia, nomeadamente os sacos de ostomia (urostomia, colostomia ou ileostomia) e restante material necessário, como compressas ou pastas protectoras, podem ser adquiridos de forma directa ou indirecta na sua unidade de saúde.

Este tipo de ajuda técnica pode ser obtido junto da sua USF, mediante algumas condicionantes. Informe-se junto do seu Enfermeiro de Família

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço				



Aplicadores de calor e/ou frio

Os aplicadores de calor e frio, podem existir no mesmo equipamento, dependendo de ser colocado no congelador para arrefecer e depois ser aplicado, ou colocado em banho-maria para aquecer e depois ser aplicado. O calor e frio são das mais antigas formas de proporcionar conforto e alívio de alguns sintomas como a dor localizada. A sua aplicação obedece a critérios específicos, no entanto, de um modo geral, o frio serve como forma de redução da dor localizada, especialmente nas situações de dor aguda devido a traumatismo, enquanto que o calor húmido serve essencialmente com forma de relaxamento também em situações de dor, mas nestes casos crónica e em que ocorra uma dor tipo "moideira". A aplicação de calor e frio deve evitar exposições prolongadas ou excessivas de forma a danificar a pele.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço				



Cestas de transferência

As cestas de transferência são um tipo de ajuda técnica bastante oneroso mas que nos casos em que é possível a sua aquisição, revelam-se de grande utilidade e evitam cargas físicas excessivas sobre os cuidadores. Servem essencialmente para providenciar o levantamento do utente dependente para o cadeirão ou cadeira sanitária, nos casos em que o cuidador o não possa realizar, ou em que os utentes apresentem um elevado grau de dependência que não permita qualquer tipo de colaboração da parte deste. São regra geral eléctricas e necessitam de um local amplo para serem utilizados e armazenados.

Locais	Farmácia da Liga	Farmácia Portela	PharmaGaia	Miminho dos Avós
Preço				

BIBLIOGRAFIA

- Despacho conjunto 479/2005 – DR II Série, 133 de 13 de Julho;
- Despacho 12370/2007 – DR II Série, 117 de 20 de Junho;
- Despacho 2600/2009 – DR II Série de 20 de Janeiro;
- Despacho 947/2007 – DR II Série, 13 de 18 de Janeiro;
- www.inr.pt;
- www.ajudastecnicas.gov.pt
- www.ajudas.com
- Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica;
Phipps, Long, Woods e Cassmeyer: Lusodidacta, 1995;
- Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e
Investigação; Hanson: Lusociência, 2005;
- Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos
Famílias e Indivíduos; Stanhope, Lancaster: Lusociência, 1999;
- Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem; Schäffer, Menche:
Lusociência, 2004.



Anexo VI

Sessões de educação para a saúde para cuidadores

Sessão I

Saber Envelhecer
*Conhecer a Realidade para
Construir o Futuro*



Objectivo

Assegurar os direitos sociais, saúde e qualidade de vida à população idosa visando a promover sua autonomia, integração e participação na sociedade.



Justificação

- Atendendo:
 - Necessidades formativas da USF Saúde no Futuro
 - A procura de formação pelos cuidadores de idosos



- No sentido:
 - Aumentar a qualidade de vida;
 - Elevar a qualidade do cuidado informal;

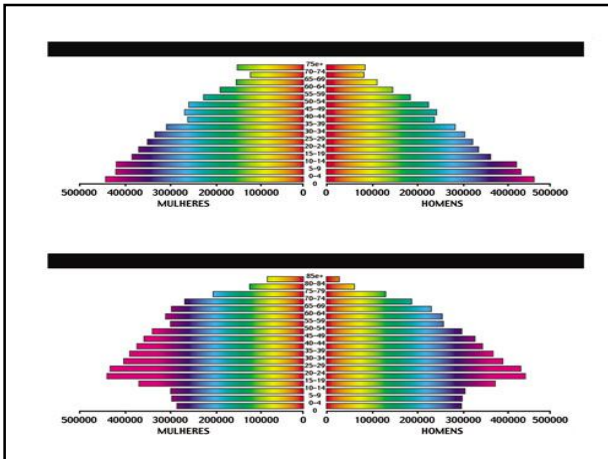
Conceitos

- Envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas
- Conceito mais abrangente que envelhecimento saudável
- Envelhecimento activo é um processo de transformação do envelhecer numa experiência positiva



Envelhecimento

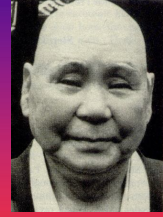
- Num percurso de vida o Homem, cresce amadurece e envelhece;
- Não é em si uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado pela doença. Trata-se de um processo dinâmico, lento e progressivo, mas individual e variável.



Quem é idoso ?



62 anos



91 anos

Envelhecemos todos iguais ?

Que envelhecimento teremos?

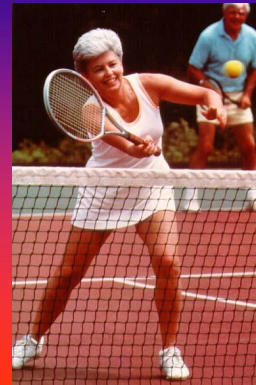
COMPROMETIDO

ACIDENTAL

PLANEADO

"BEM SUCEDIDO"

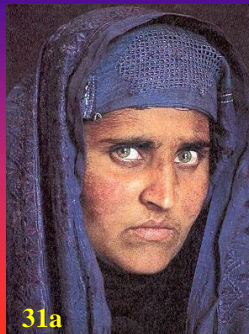
Podemos ser idosos joviais ...



Ou jovens envelhecidos ...



17a



31a

Objectivos do Envelhecimento Activo

- Manutenção da Saúde em idades avançadas
- Manutenção da funcionalidade
- Prevenção de doenças
- Detecção e tratamento precoce
- **Máximo grau de independência**
- Cuidado e apoio durante doenças terminais
- Tratamentos seguros

Direitos dos Idosos

INDEPENDÊNCIA

PARTICIPAÇÃO

ASSISTÊNCIA

AUTO-REALIZAÇÃO

DIGNIDADE

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Pele:**
 - Torna-se seca e escamosa, fina e translúcida;
 - Surgem áreas de pigmentação castanhas: face, mãos;
 - Diminuição do tecido subcutâneo: rugas;
 - Maior tempo de cicatrização.
- **Cabelo:**
 - Torna-se fino e cai com mais frequência;
 - Embranquece;
 - Pelos faciais nas senhoras

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Unhas:**
 - Finas e quebradiças nas mãos;
 - Mais rijas e espessas nos pés;
- **Glândulas da pele:**
 - Atrofiam e diminuem a capacidade de libertar gordura e suor contribuindo para o aspecto ressequido da pele.

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Alterações neurológicas:**
 - Perda regular de neurónios mas não da função cerebral;
 - Perda de capacidades sensitivas;
 - Diminuição dos sentidos e das capacidades de regulação da temperatura corporal e da sensação de dor;
 - Reflexos mais lentos;
 - Perda de equilíbrio e vertigens;
 - Movimentos lentos;
 - Tremores nas mãos e cabeça que desaparecem durante o sono;
 - Não confundir a depressão com demência.

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Alterações cardiovasculares:**
 - Aumento da tensão arterial;
 - Pulso irregular;
- **Alterações osteomusculares:**
 - Diminuição da altura;
 - Postura curvada;
 - Enfraquecimento ósseo;
 - Flexão ligeira dos joelhos;
 - Aumento da cartilagem do nariz e orelhas;
 - Músculos finos e flácidos;
 - Substituição do músculo por gordura;
 - Osteoporoso e osteoartrose.

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Alterações respiratórias:**
 - Aumento do esforço respiratório
 - Presença frequente de secreções;
 - Menor capacidade de tosse
- **Alterações gastrointestinais:**
 - Mudanças na boca e dentes;
 - Boca seca;
 - Perda do paladar;
 - Obstipação.

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Alterações sensoriais:**
 - Diminuição da visão periférica e nocturna;
 - Diminuição da capacidade auditiva;
 - Presença frequente de zumbidos ou de cerúmen seco.
- **Alterações urinárias:**
 - Diminuição de urina;
 - Esvaziamento incompleto da bexiga;
 - Perdas involuntárias;
 - Menor capacidade de excreção urinária de fármacos;
 - Diminuição da função renal.

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Alterações no ritmo biológico e sono:**
 - Sono leve e com despertares frequentes de noite;
- **Alterações sobre o intelecto:**
 - Fadiga intelectual, falta de interesse, atenção e concentração;

Alterações fisiológicas na Velhice

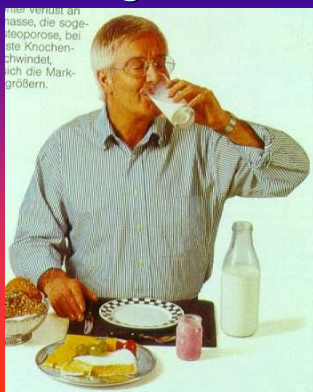
- **Alterações na memória:**
 - Diminui a memória de curto prazo e mantém-se a memória de longo prazo;
 - Diminui a capacidade de organizar informação e de encontrar a informação actualizada;
- **Sistema imunitário:**
 - Febre pode estar ausente;
 - Menor resistência às infecções.

Alterações fisiológicas na Velhice

- **Emoções:**
 - Existem factores que a tornam a vida do idoso mais difícil: Reforma, Sentimento de inutilidade, Perdas físicas, Perdas pessoais...

Todas as alterações referidas são individuais e não são sinónimo de patologia, no entanto a acumulação destas alterações pode, ao longo do tempo, conduzir à limitação na realização de actividades de vida diária, surgindo assim a dependência.

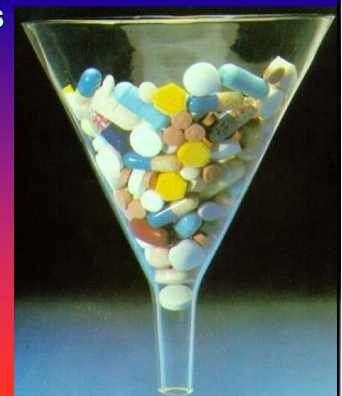
Corrigir os hábitos inadequados



- ALIMENTAÇÃO
- ACTIVIDADE FÍSICA
- TABAGISMO
- OBESIDADE

USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS

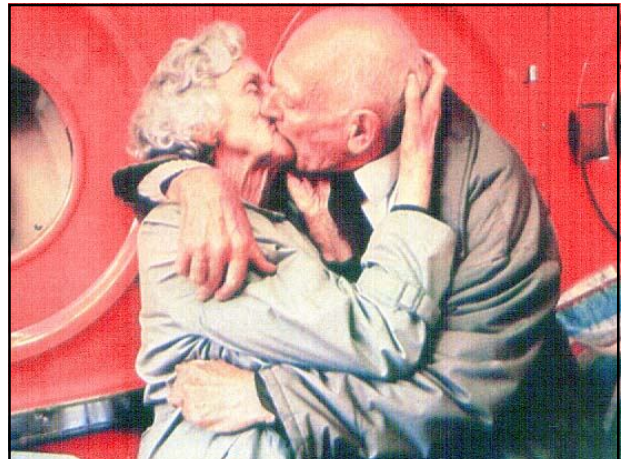
- Respeitar o início e término
- Respeitar a prescrição
- Uso x abuso
- Auto-medicação
- Efeitos “mágicos”



EXPECTATIVAS



Rejeitar a fantasia do “rejuvenescimento ou da eterna juventude”



Causas da dependência

- Idade/Envelhecimento
- Doença
- Caracteriza-se pela diminuição ou ausência de capacidade:
 - Funcional/Física (executar tarefas)
 - ou
 - Cognitiva/Mental (pensamento)

Dependência

- Incapacidade física ou mental de realizar uma tarefa por si só;
- O indivíduo não é capaz de realizar sozinho determinadas tarefas, necessitando de um prestador de cuidados.

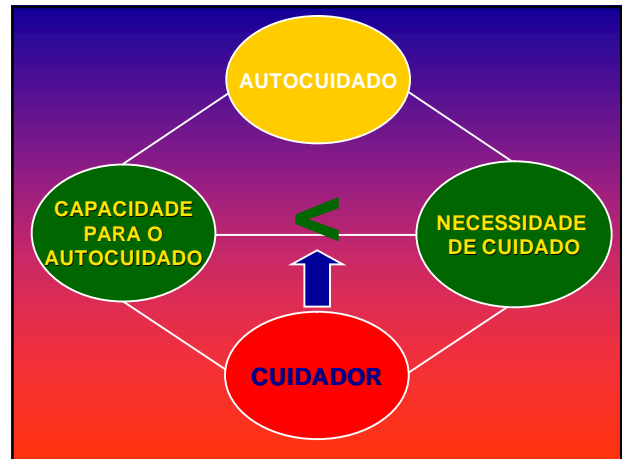
Prestadores de cuidados

- **Informais:**
 - Familiares (Cônjuge, descendentes, parentes, vizinhos)
 - Serviços de apoio domiciliário (Voluntários, Profissionais)
 - Instituições (Centros de dia, Lares)
- **Formais:**
 - Equipe de Saúde (Enfermeiro, Médico, Assistente Social)

É assim essencial a aprendizagem para o cuidar!

Sessão III

Cuidar do Cuidador
Construção de Competências I



CUIDADOR

É a pessoa que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo acções que promovam a melhoria da sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. As suas acções centram-se principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e pelo equilíbrio emocional.

Competências do Cuidador

- Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima.
- Estimular e auxiliar na alimentação, se acamado, sempre com decúbito elevado.
- Auxiliar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.
- Ajudar na locomoção e actividades físicas apoiadas (andar, movimentar as articulações)
- Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.
- Servir de elo entre o doente/família e a equipa de saúde.
- Administrar medicação conforme prescrição.
- Comunicar à equipa de saúde as intercorrências.

Escolhendo um cuidador

- A escolha do Cuidador é feita pela própria família, que determinará uma ou duas pessoas que serão referências da equipa multidisciplinar e do utente
- A possibilidade de existirem 2 cuidadores faz com que não exista uma sobrecarga de trabalho, pois ambos poderão dividir as actividades sem que existam grandes alterações nas suas rotinas diárias.



FUNÇÃO DO CUIDADOR

AUXÍLIO NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA



ACTIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

- Banho
- Vestir-se
- Higiene pessoal
- Utilização do sanitário
- Deambular
- Alimentação
- Levantamento/Posicionamento/Transferência

ORIENTAÇÃO AO CUIDADOR



Prevenção de quedas

- Retirar objectos que possam atrapalhar ou que coloquem em risco a movimentação do utente.
- O calçado do utente deverá ser seguro e confortável.
- Evitar utilizar determinados produtos de limpeza (cera, removedor de pó)
- Providenciar corrimão em corredores e escadas
- Supervisionar o banho.
- Retirar passadeiras e tapetes das salas e casa de banho.
- Deixar fora do alcance material inflamável: fogão, fósforos, isqueiros, etc



Prevenção de quedas

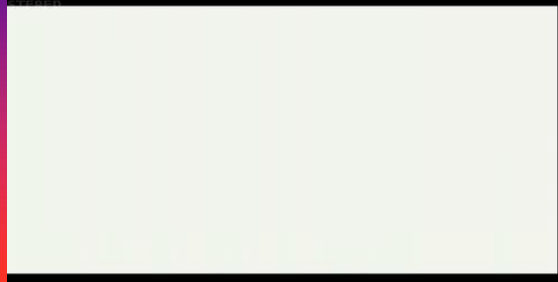
- O mobiliário deve estar junto à parede e remover mobiliário baixo (ex: bancos);
- Incentivar o uso de bengala/andarilho para equilibrar o modo de andar;
- Trancar as rodas da cadeira e da cama durante as transferências dos pacientes;
- Colocar itens pessoais ao alcance do paciente;
- Providenciar grades laterais para a cama;
- Marcar os limites da porta e dos degraus;
- Providenciar iluminação adequada;



Prevenção quedas



Prevenção quedas



Alimentação

- Cuidado com a temperatura dos alimentos servidos, não servir nada muito quente, nem gelado.
- Servir os alimentos cortados em pequenos pedaços, para que o utente não se engasgue.
- Os alimentos líquidos deverão ser mais consistentes.
- Não interromper a alimentação do paciente com outras actividades.



Lavagem das mãos

- O Cuidador deverá lavar as mãos com água e sabão, antes e depois de manusear medicamentos, providenciar a alimentação e realizar tratamentos.
- O utente deverá ser orientado frequentemente à prática de higiene pessoal, incluindo a higiene bucal.



Sono e Repouso



Não permitir que o utente tenha longos períodos de sono durante o dia.

Quando houver agitação do sono nocturno, o Cuidador deverá solicitar à equipe multidisciplinar orientações específicas.

Sono e Repouso



Ansiedade

Manter um ambiente tranquilo, alegre e agradável.

Evitar discussões, ou crises familiares na frente do utente.

Perceber que actividades trazem satisfação ao utente, regularizar e mantê-las.

Manter uma comunicação com o utente, através de uma conversa interessante (verbal ou não verbal).



Ondas de Calor e Frio

Para a prevenção dos efeitos do calor recomendam-se as seguintes medidas:

- Aumentar a ingestão de água, ou sumos de fruta sem adição de açúcar, mesmo sem ter sede.
- Evite actividades que exijam esforço físico.
- Nunca deixe pessoas idosas dentro de veículos expostos ao sol.
- Ao ar livre, usar chapéu, de preferência de abas largas e óculos escuros.
- No período de maior calor tome um duche de água tédida. Evite mudanças bruscas de temperatura
- Evite a exposição directa ao sol, em especial entre as 11 e as 16 horas. Sempre que se expuser ao sol, use um protector solar com um índice de protecção elevado (superior a 30).



Ondas de Calor e Frio

Para a prevenção dos efeitos do frio recomendam-se as seguintes medidas:

Perigos em casa

- Intoxicação por monóxido de carbono (aquecimento a lenha: lareiras, braseiras e salamandras). Abra uma janela para renovação do ar.
- Incêndios – podem ter origem na má utilização de aquecedores eléctricos ou sobrecarga da rede eléctrica devido ao funcionamento simultâneo de vários aparelhos.
- Queimaduras – previna-as e redobre a atenção com as crianças e idosos.

Em caso de queimadura pelo frio ou hipotermia:

- Proceda ao aquecimento gradual do corpo.
- Não tente aquecer-se rapidamente: vá para um local quente e seco.
- Retire a roupa molhada.
- Vista roupas secas e quentes e envolva-se em cobertores.
- Não ingira bebidas alcoólicas: a sensação de calor é enganadora pois, de seguida, sente-se ainda mais frio.
- Não beba líquidos com cafeína (ex: café e chá) porque aumentam o esforço cardíaco.



Ondas de Calor e Frio

Quando sair

- Evite manter-se ao frio durante muito tempo e lembre-se que as diferenças de temperatura desidratam a pele, o que pode causar lesões dolorosas nos lábios, rosto e mãos.
- Para evitar quedas tente não caminhar sobre gelo ou neve.
- Vista várias camadas de roupa.
- Proteja a boca e o nariz para impedir a entrada de ar muito frio nos pulmões e, se necessário, use luvas, chapéu e cachecol.
- Opte por calçado apropriado.
- Mantenha-se seco. O corpo arrefece mais rapidamente se estiver molhado ou exposto ao vento.
- Não exerça actividades físicas violentas.

Qual é o maior medo dos idosos e dos seus cuidadores?

Doença

Deixar de poder ajudar os outros

Dor

Tornar-se um peso para outros

Morte

Perda da independência

Pergunta-chave

O seu familiar idoso dependente impede-o(a) de realizar actividades importantes para si, na sua vida?



O envelhecer pode ser uma linda experiência, para a qual nos preparamos durante toda a vida



Obrigada, pela vossa atenção!



O amor...

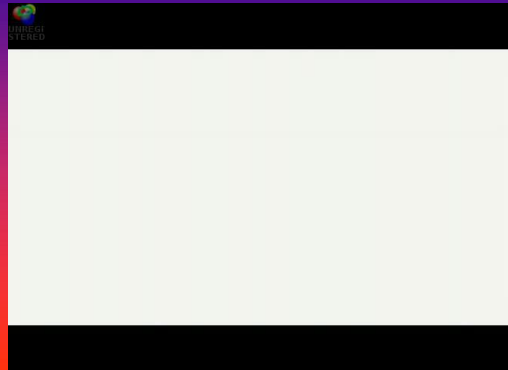
*tudo sofre, tudo crê,
tudo espera,
tudo suporta.*

1 Coríntios 13:7

Sessão V

Cuidar do Cuidador
Construção de Competências II

Cuidados de Higiene e Conforto



Cuidados de Higiene e Conforto



Cuidados de Higiene e Conforto



Cuidados com a pele

Realizar mudança de posição, virando frequentemente o utente de lado.

Sentar o utente sempre que possível.

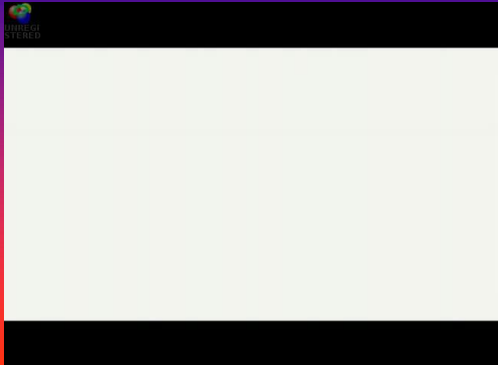
Verificar as áreas do corpo do utente que estão a sofrer pressão, procurando amenizar através de massagens, bolsa de água, hidratação da pele.



Cuidados com a pele

- Nas pessoas idosas, sobretudo nas acamadas, há um grande risco de aparecerem úlceras de pressão, que são feridas resultantes da imobilidade e de tratamento difícil;
- As saliências (sobretudo ósseas) como os calcanhares, os ombros ou as costas são as zonas onde as úlceras de pressão aparecem com maior frequência;
- Deve ter sempre a roupa da cama bem esticada, sem rugas ou outros objectos (incluindo migalhas de comida);
- Se aparecer alguma ferida, deve contactar imediatamente o seu enfermeiro de família;
- A pele dos idosos deve ser mantida sempre bem seca e hidratada com creme hidratante

Cuidados com a pele



Avaliação de Sinais Vitais

• Tensão Arterial



Avaliação de Sinais Vitais

• Tensão Arterial



	PA MIN	PA MAX
■	< 80 mmHg	< 120 mmHg
■	80 - 89 mmHg*	120 - 139 mmHg*
■	> 90 mmHg*	> 140 mmHg*
■	90 - 99 mmHg*	140 - 159 mmHg*
■	> 100 mmHg*	> 160 mmHg*

■ PA Normal
 ■ Hipertensão
 ■ Hipertensão
 ■ Hipertensão
 ■ Hipertensão

Obstipação

- Aumentar a ingestão de fibras (farelo, frutas, vegetais verdes, cereais, etc.).
- Reforçar a hidratação oral.
- Praticar actividade físico.
- Treino intestinal com a criação de um hábito de evacuação, adoptando horários diários para a evacuar, preferencialmente após uma refeição.
- Caso não surta efeito deverá recorrer ao seu médico ou enfermeiro para um tratamento farmacológico.





o amor...

*tudo sofre, tudo crê,
tudo espera,
tudo suporta.*

1 Coríntios 13:7

Sessão VII

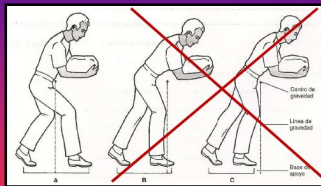
Cuidar do Cuidador
Construção de Competências III

MECÂNICA CORPORAL

É o uso eficiente do corpo, para o uso óptimo da energia do movimento.

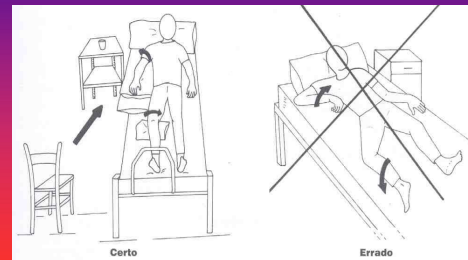


Posição correcta para levantar um objecto.



O equilíbrio mantém-se quando a linha de gravidade passa próxima da base de apoio.

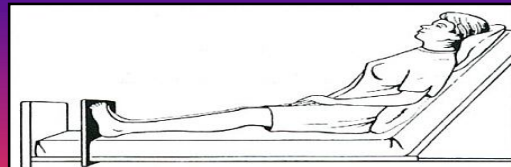
POSICIONAMENTO



CABECEIRA LEVANTADA

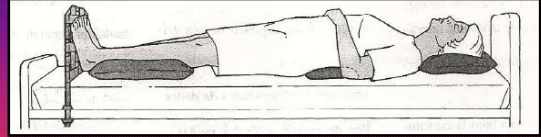
A cabeceira da cama é elevada entre 45° a 60°. Esta posição ajuda a promover a respiração eficaz.

- ✓ Apoiar cotovelos e parte superior do corpo que estiver imobilizada;
- ✓ Elevar ligeiramente a cama sob os Joelhos (ou utilizar uma almofada), evitando a pressão na região poplíteica;
- ✓ Afastar os calcanhares do colchão utilizando uma almofada.



DECÚBITO DORSAL

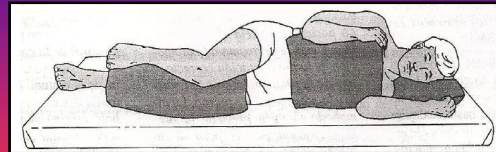
- ✓ Colocar almofada por baixo da cabeça, pescoço e ombros, prevenindo uma flexão excessiva da coluna cervical;
- ✓ Apoiar a parte inferior das pernas numa almofada de modo a minimizar a pressão nos calcanhares. Os pés podem ser apoiados sobre uma superfície firme que os mantenha num ângulo de 90° em relação à perna, podendo utilizar-se uma tábua nos pés da cama.



Fonte: "Fundamentos de Enfermagem, conceitos, processos e prática"

DECÚBITO LATERAL

- ✓ O idoso é posicionado para o lado direito ou esquerdo;
- ✓ Apoiar a cabeça numa almofada para manter o pescoço recto;
- ✓ Apoiar as costas com almofadas (se o doente tem propensão para se virar);
- ✓ Colocar os joelhos flectidos e membro inferior livre apoiado em almofadas;
- ✓ Colocar membro superior que fica junto ao colchão: flectido com a mão na altura do rosto.



Posicionamentos



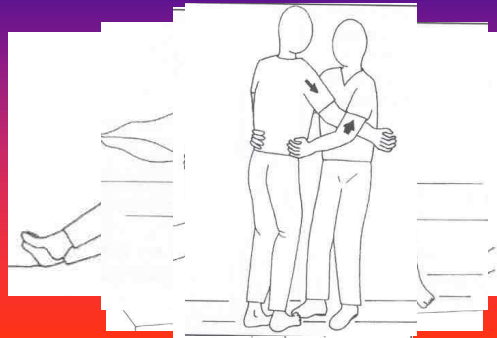
Posicionamentos



Posicionamentos



Transferências



Transferências



Transferências



Transferências



O envelhecer pode ser uma linda experiência, para a qual nos preparamos durante toda a vida

Obrigada, pela vossa atenção!



O amor...



tudo sofre, tudo crê,
tudo espera,
tudo suporta.

1 Coríntios 13:7

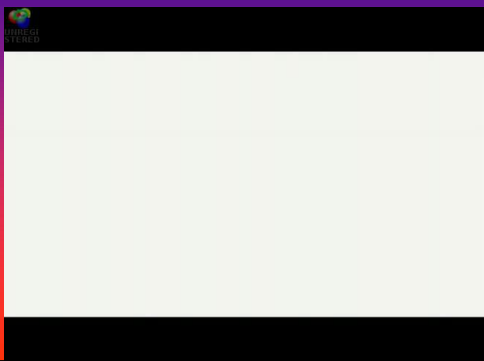
Sessão IX

Cuidar do Cuidador
Construção de Competências IV

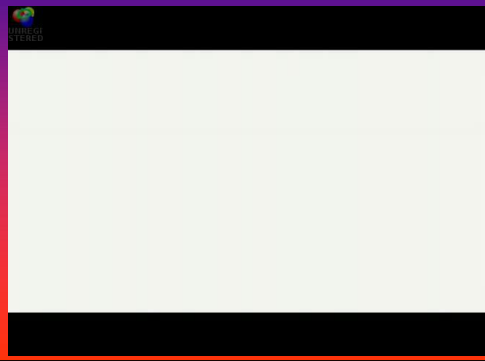
Cuidados a ter com a algália



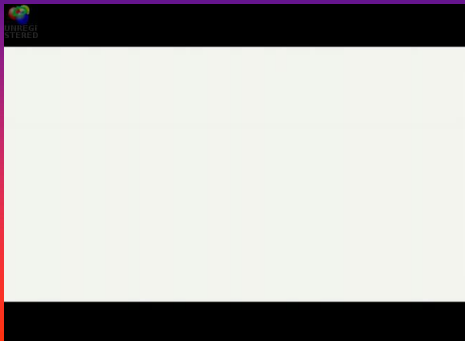
Cuidados a ter com a colostomia



Alimentação por sonda nasogástrica



Como actuar em caso de asfixia



Obrigada, pela vossa atenção!



O amor...



tudo sofre, tudo crê,
tudo espera,
tudo suporta.

1 Coríntios 13:7



Anexo VII

Sessões de formação para a equipa multidisciplinar

Enf. António Dias
Mestrado de Enfermagem Comunitária

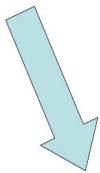
Sessão formativa para Enfermeiros I

A consulta de Enfermagem e a promoção do exercício físico como contributo para a prevenção da perda funcional em idosos



AUTONOMIA FUNCIONAL

Dificuldades de locomoção, actividades quotidianas, etc...



AUTONOMIA FUNCIONAL

Fragilidade Muscular



Sarcopenia

Fragilidade Óssea



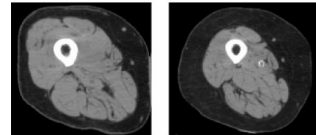
Osteoporose



Sarcopenia

Diminuição progressiva do tamanho e número de fibras musculares ocorridos com a idade

(Taaffe, 2006)



Sarcopenia

A partir da 5ª e 6ª década de vida

As fibras mais afetadas são Tipo II

Decréscimo da ativação muscular

Decréscimo de hormonas de factores de crescimento: testosterona; GH; IGF-1.



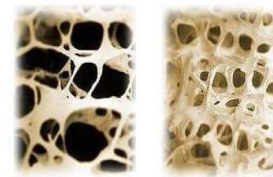
FORÇA

HAKKINEN et al. (2001)

Osteoporose

- A osteoporose é uma doença que causa alteração da micro estrutura dos ossos, tornando os ossos frágeis e sujeitos a fraturas.

(Lane, J.M., 1998)



os osteoporotique

os normal

Osteoporose

Tipo I

Mulheres pós-menopausa

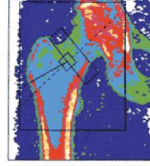
Queda de Estrógeno

Tipo II

Envelhecimento

Diminuição de cálcio circulante, diminuição da deposição de cálcio, etc

K = 1.134 40 = 48.2(1.000H) 6.019

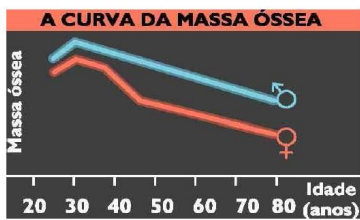


07 Maio 1999 10:53 [R2:10-4]
Hologic QDR-4500 (S/N 48090)
Quadri direito VB.2015



O índice de mortalidade, no prazo de um ano, em consequência da lesão é de 31% quando a vítima é do sexo masculino, o dobro da registada entre mulheres.

(National Osteoporosis Foundation, 1999)



■ O esqueleto acumula osso até a faixa dos 30 anos, sendo a massa óssea maior no homem do que na mulher. Daí por diante perde 0,3% ao ano. Na mulher a perda é maior nos 10 primeiros anos pós-menopausa, podendo chegar a 3% ao ano, e é maior na mulher sedentária.

(Lane, J.M., 1998)

Exercícios para Terceira Idade

- Prática de exercícios físicos – 2 a 3 vezes/semana;
- Duração: 30 a 45 minutos;
- Intensidade: leve a moderado;
- Exemplos: caminhada, hidroginástica, musculação entre outros.



Exercícios para Terceira Idade

Utilização do PAR-Q – Questionário de prontidão para a actividade física na consulta de Enfermagem com o intuito de orientar a actividade física adequada ao idoso:

- 1- Alguma vez um médico lhe disse que possui problemas de coração e lhe recomendou que só fizesse actividade física sob supervisão médica?
- 2- Sente dor no peito, causada pela actividade física?
- 3- Sentiu dor no peito no último mês?
- 4- Tende a perder a consciência ou a cair, como resultado de tonturas?
- 5- Tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática da actividade física?
- 6- Algum médico já lhe prescreveu medicação para a tensão arterial, para a circulação ou coração?
- 7- Tem consciência, por intermédio da sua própria experiência ou aconselhamento médico, de alguma outra razão que impeça a prática de actividade física sem supervisão médica?

EFEITOS DA ACTIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS

Espera-se

- ✓ Aumento da Força
- ✓ Aumento da resistência;
- ✓ Aumento da flexibilidade;
- ✓ Aumento da agilidade;
- ✓ Melhora o equilíbrio
- ✓ Aumento da Densidade Mineral Óssea



AUTONOMIA FUNCIONAL

Obrigado pela vossa atenção

António Dias, Enf.
aacsd83@gmail.com

saúde no futuro
Instituto de Ciências da Saúde

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde

Enf. António Dias
Mestrado de Enfermagem Comunitária

Sessão formativa para Enfermeiros II

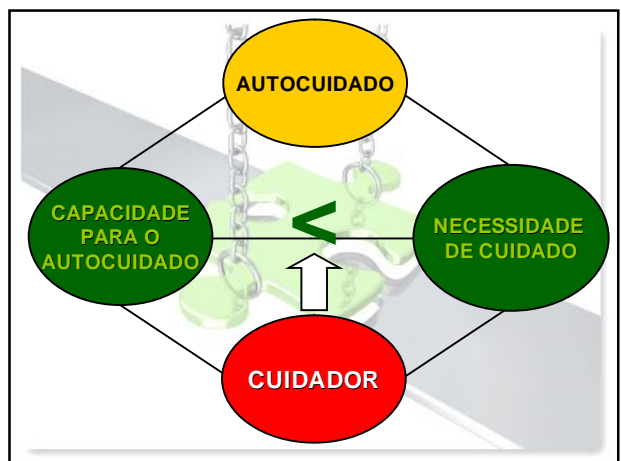
**Criando parcerias de Cuidado
"O Prestador de Cuidados"**



Sumário

- O papel de prestador de cuidados
- Razões justificativas para o cuidar
- Dificuldades associadas ao cuidado
- Estratégias de resolução das dificuldades
- Áreas em que o cuidador necessita de aprender para cuidar
- Estratégias de aprendizagem utilizadas pelos enfermeiros para ensinar os cuidadores
- Características do ensino de enfermagem efectuada ao cuidador
- Informações fornecidas sobre a doença e sua evolução
- Procura de informação suplementar
- Implicação do cuidado na pessoa do cuidador

Castro 2010

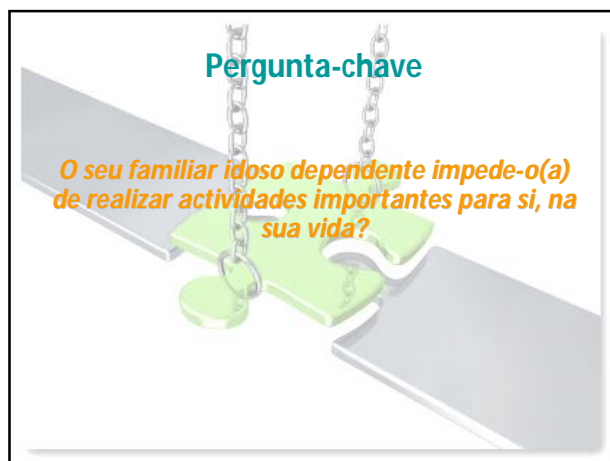
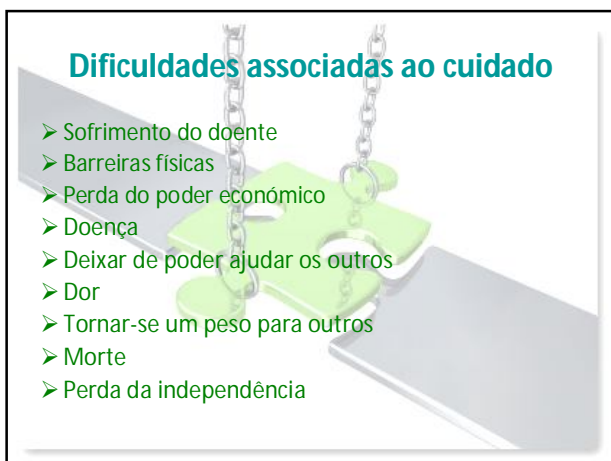
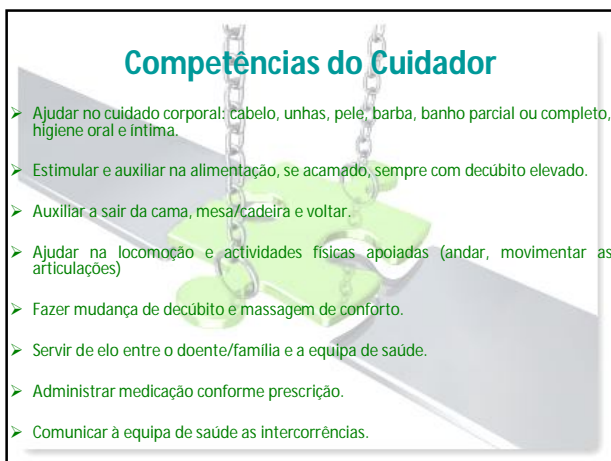
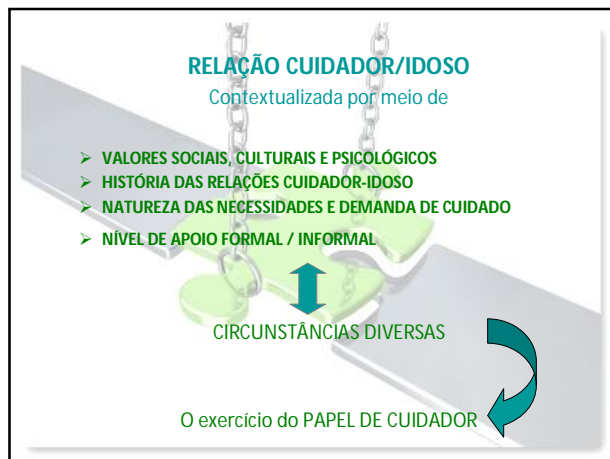
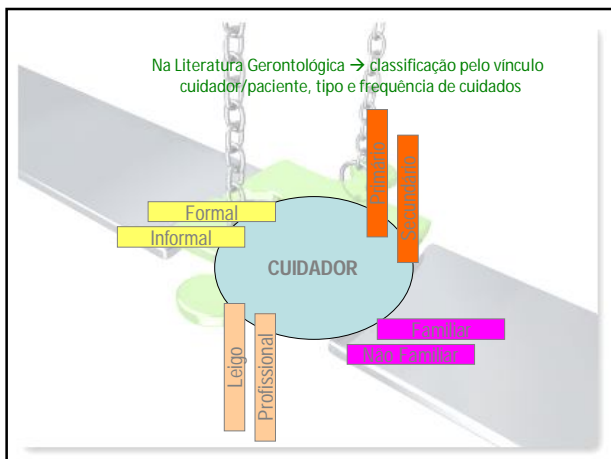


Cuidador

É a pessoa que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo acções que promovam a melhoria da sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. As suas acções centram-se principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e pelo equilíbrio emocional.

Cuidador

- Desenvolve acções focadas na necessidade dos cuidados continuados ;
- Actua na órbita da família, vincula-se a partir da esfera privada, do universo íntimo;
- Desenvolve um rol de tarefas complexas, com necessidade de acesso a conhecimentos específicos, conforme cada caso;
- Requer capacitação e acompanhamento de profissionais .



Estratégias de resolução das dificuldades

- Recurso ao apoio formal da instituição de saúde
- Mobilização de recursos pessoais
- Apoio formal fora da instituição

Áreas em que o cuidador necessita de aprender para cuidar

- Cuidados de higiene e conforto
- Apoio na alimentação
- Administração de medicação
- Apoio à mobilização
- Cuidados com a pele e feridas
- ...

Estratégias de aprendizagem utilizadas pelos enfermeiros para ensinar os cuidadores

- Demonstração/Treino em colaboração
- Recurso a experiências passadas
- Informação verbal e/ou escrita

Características do ensino de enfermagem efectuada ao cuidador

- Momento
- Importância

Informações fornecidas sobre a doença e sua evolução

- Escassas e progressivas
- Reais e oportunas

Procura de informação suplementar

- Recurso a suporte de informação disponível
- Partilha de experiências vivenciadas
- Recurso ao apoio de profissionais de saúde
- Saber de experiência feita

Implicação do cuidado na pessoa do cuidador

- Mudança do local de habitação
- Dificuldade de superação de obstáculos
- Dificuldades associadas ao empowerment
- Alteração do projecto de vida pessoal
- Carência económica

- Transferência dos doentes para unidades de convalescência, quando a aprendizagem do cuidador não se completa durante o internamento.
- Utilização de estratégias de ensino que informem, ensinem e treinem o cuidador informal.
- Criação de um "serviço de apoio ao cuidador", para apoiar o cuidador no após alta.
- Criação de "grupos de apoio para o cuidador".
- Aquando da preparação para a alta, referenciar o doente a uma rede de apoio social.
- Promover uma maior articulação com o enfermeiro de família.
- Continuar a desenvolver estudos nesta área, envolvendo o enfermeiro e o doente.

SUGESTÕES

Obrigado pela vossa atenção

António Dias, Enf.
aacsd83@gmail.com

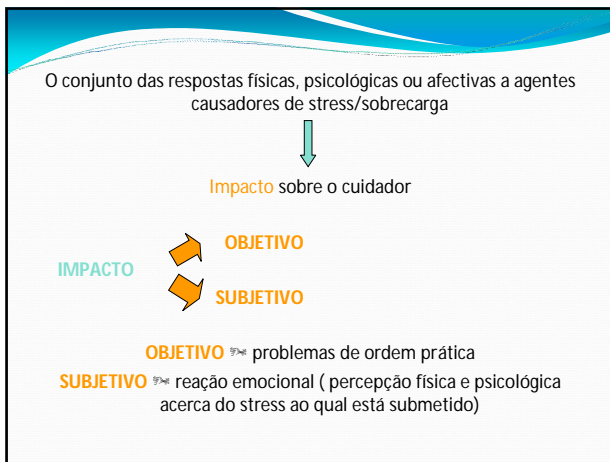
saúde no futuro
 CATÓLICA
 ENFERMAGEM CATÓLICA PORTUGUESA E ALIADA
 Instituto de Ciências da Saúde

Enf. António Dias
 Mestrado de Enfermagem Comunitária

Sessão formativa para Enfermeiros III

**Quem cuida do cuidador?
 "O Síndrome de exaustão"**

"O cuidador é uma pessoa envolvida no processo de cuidar do outro (o idoso), com quem vivencia uma experiência contínua de aprendizagem e que resulta na descoberta de potencialidades mútuas. É nesta relação íntima e humana que se revelam potenciais muitas vezes encobertos do idoso e do cuidador(...)"
 Santos (2007)



- Factores desencadeantes de stress/sobrecarga**
- Função muitas vezes inesperada e complexa.
 - Falta de conhecimentos ou competências.
 - "Sem remuneração, licenças ou férias".
 - Desconhecimento acerca da doença.
 - Diversidade de tarefas.
 - Pouco ou nenhum reconhecimento.
 - Insuficiente rede de suporte social.
 - Cuidadores em "situação de risco", por enfermidade ou idade avançada.

- Estádios**
- Estadio do encontro: a família luta para ajustar-se
 - Estadio de tolerância: fadiga frequente
 - Estadio de isolamento e depressão
 - Estadio de saída: angústia e alívio face ao tratamento e morte
- (Green, 2001)

Síndrome de Exaustão (burnout)

É o termo psicológico que descreve o estado de exaustão prolongada e diminuição de interesse, especialmente em relação ao trabalho a que estão sujeitos todos os profissionais que interagem de forma activa com pessoas, que cuidam e/ou solucionam problemas de outras pessoas

Síndrome de Exaustão (burnout)

Geralmente desenvolvida como resultado de um período de esforço excessivo com intervalo muito pequeno para recuperação.

Possíveis Sinais de Alerta

- Problemas de sono (despertar de madrugada, dificuldades para conciliar o sono, estar sempre com sono, etc.);
- Perda de energia, fadiga crónica, sensação de cansaço contínuo, etc;
- Isolamento;
- Consumo excessivo de bebidas com cafeína, álcool ou cigarro.
- Consumo excessivo de medicação para dormir ou outros medicamentos.
- Problemas físicos: palpitações, tremor das mãos, transtornos digestivos.

Possíveis Sinais de Alerta (Continuação)

- Problemas de memória e dificuldades para concentrar-se.
- Menor interesse por actividades e pessoas que anteriormente eram objectos de interesse.
- Aumento ou diminuição de apetite.
- Actos rotineiros repetitivos, como por exemplo, fazer limpeza continuamente.
- Dar demasiada importância a pequenos detalhes.

Possíveis Sinais de Alerta (Continuação)

- Mudanças frequentes de humor ou de estado de ânimo.
- Dificuldade para superar sentimentos de depressão ou nervosismo.
- Não admitir a existência de sintomas físicos/psicológicos ou justificá-los alegando outras causas, alheias ao cuidado.
- Passar a tratar as outras pessoas da família com menos consideração.

Maria Izal Fernández de Trocóniz,
Ignacio Montorio Cerrato,
Pura Diaz Veiga.

Sobrecarga

(...)um estado psicológico que resulta da combinação do trabalho físico, pressão emocional, restrições sociais, assim como as demandas económicas que surgem ao cuidar do enfermo.

Dillehay e Sandys, 1990

- Cargas subjetivas e cargas objetivas (ZARIT *et al.*, 1980);
- Factores provenientes da relação com paciente ou do próprio cuidador (Alamo, 2006);
- A Síndrome do Cuidador.
 - O Zarit Burden Interview- ZBI (ZARIT *et al.*, 1980)
- A pontuação de 0 a 88 pontos
- Os níveis de sobrecarga:
 - Severa (61-88)
 - Moderada (41-60)
 - Ligeira (24-40)
 - Inexistente (0-23)

Instrumentos de avaliação

- **ZARIT BURDEN INTERVIEW:** avalia o impacto associado à deterioração funcional e comportamental. (Zarit e col; 1980)
- **RELATIVES STRESS SCALE:** escala de 15 itens, auto-administrada. O resultado final reproduz o stress vivido pelo cuidador em 4 semanas. (Gonzalez-Salvador e col; 1989)
- **CAREGIVER BURDEN SCALE:** instrumento com 22 questões, agrupadas em 5 dimensões (Tensão Geral, Isolamento, Decepção, Envolvimento Emocional e Ambiente). É possível obter um resultado final, bem como para cada dimensão. (Elmstahl e col; 1996)

O que fazer para prevenir o “burnout” em cuidadores?

Os direitos dos cuidadores (informais):

- O direito de ter tempo para mim mesmo e dedicar-me a actividades em meu próprio benefício, sem sentimentos de culpa.
- O direito de ter sentimentos negativos por ver um ente querido enfermo ou por ver que vou perdê-lo.
- O direito de resolver por mim mesmo aquilo que tenho capacidade de resolver e o direito de pedir informações sobre aquilo que não compreendo.

O que fazer para prevenir o “burnout” em cuidadores?

Os direitos dos cuidadores (informais):

- O direito de procurar soluções razoavelmente adequadas para as minhas necessidades e para os meus entes queridos.
- O direito de ser tratado com respeito pelas pessoas a quem solicito conselho e ajuda.
- O direito de cometer erros e de ser desculpado.

O que fazer para prevenir o “burnout” em cuidadores?

Os direitos dos cuidadores (informais):

- O direito de ser reconhecido como membro importante e indispensável da minha família, inclusivé quando os meus pontos de vista não coincidem com os dos outros.
- O direito de querer bem a mim mesmo e admitir que faço o que é humanamente possível.
- O direito a aprender e de ter o tempo necessário para aprender.

O que fazer para prevenir o “burnout” em cuidadores?

Os direitos dos cuidadores (informais):

- O direito de admitir e de expressar sentimentos, tanto positivos, como negativos.
- O direito de dizer *Não* quando as exigências são excessivas, inapropriadas ou pouco realistas.
- O direito de ter a minha própria vida.

Maria Izal Fernández de Trocóniz,
Ignacio Montorio Cerrato,
Pura Díaz Veiga

Enquanto enfermeiro o que fazer?

- Proporcionar informação adequada, educação, treino e acesso a recursos. A falta de conhecimentos contribui para o stress do prestador de cuidados e qualidade inferior de cuidados.
- Proporcionar informações sobre exaustão e estratégias de coping.
- Proporcionar grupos de apoio para cuidadores. Planear reuniões regulares para trabalhar as questões emocionais

Enquanto enfermeiro o que fazer?

- Estimular a comunicação expressiva;
- Proporcionar oportunidades para que os cuidadores possam desabafar;
- Humor ajuda a reduzir o stress;
- Rir com eles;
- Estimular os cuidadores a praticar exercícios de relaxamento e alongamento.

Beverly Ann Beisgen

Enquanto enfermeiro o que fazer?

- Orientação e educação da família sobre os diversos estádios da doença;
- Incentivo a participação em grupos organizados;
- Atendimento individualizado (Serviço Social e Psicologia)
- Facilitação nos encaminhamentos para o atendimento médico quando necessário
- Articulação e mobilização da rede de suporte social formal e informal
- Criação do Cantinho para Cuidadores

Sugestões para a auto-proteção do Cuidador

- Organize-se para ter pequenas pausas.
- Descanse, faça um pequeno passeio ou pratique exercícios de relaxamento. Descubra o que pode fazer para relaxar.
- Encontre formas de tornar o seu trabalho mais agradável.

Sugestões para a auto-proteção do Cuidador

- Peça a alguém para realizar as suas tarefas, enquanto faz alguma actividade menos stressante.
- Valorize o positivo;
- Preste atenção, diariamente, em alguma coisa boa que acontece ao cuidar do seu familiar idoso dependente;
- Identifique os aspectos positivos do seu trabalho.

Beverly Ann Beisgen

A situação de cuidado pode interferir em toda a vida do cuidador.

Na maioria das vezes,
o cuidador vive **com** o paciente,
vive **para** o paciente,
e **do** paciente.

CUIDAR TRANSFORMA-SE NA ESSÊNCIA DA SUA VIDA.



“Eu encontrei um porto seguro.”

saúde no futuro

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde

Enf. António Dias
Mestrado de Enfermagem Comunitária

Sessão formativa para Enfermeiros IV

Coping nos processos de adaptação à saúde/doença



Coping nos processos de adaptação à saúde/doença

Objectivos desta sessão:

1. Conhecer o conceito de *coping* e de estratégias de *coping*;
2. Descrever a importância do *coping* nos processos de adaptação às situações de saúde/doença;
3. Identificar o bem-estar e a qualidade de vida como variáveis de resultado;
4. Discutir as intervenções em saúde direccionadas para a melhoria da *coping*.

Evolução do conceito de saúde/doença

Saúde é ...

“Ausência de doença”

“Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade”

(OMS, 1948)

Evolução do conceito de saúde/doença

4	Bem-estar Elevado	1
Doença Grave		Ausência de doença
2	Mal-estar	3

Adaptado de Ribeiro, J.P. (1993)

Adaptação

“Processo de coping com as características específicas: Disposição para gerir novas situações e desafios”

(CIPE, versão 1.0; p. 81)

Contextualiza

Stresse é a condição que resulta das transações pessoais/mo-
do de vida.

- Modelo de Holmes & Rahe
- Modelo de Cannon de fuga ou luta;
- SGA de Selye;
- Modelo tr: de stress di

Alterações psicofisiológicas

Conceito de stress

Modelos de stress na saúde/doença

Implicações do stress para a saúde

Psicofisiologia do stress

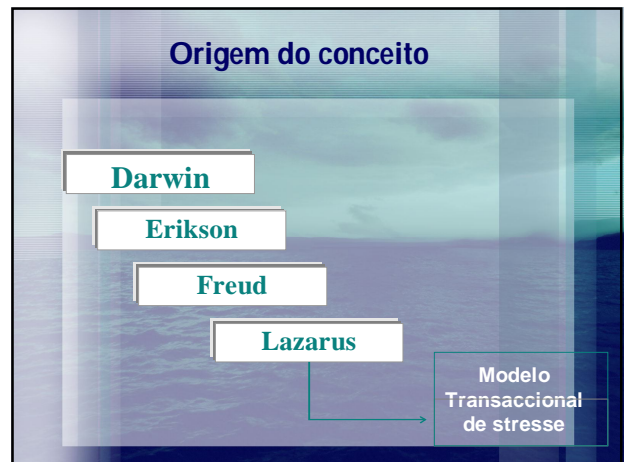
Resposta Fisiológica ao stress, desenvolve-se em 3 grandes áreas:

1. - Sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático)
2. - Sistema endócrino (*Eixo hipotálamo-hipófise-cortico-supra-renal e o eixo simpático-medular-supra-renal*)
3. - Sistema imunológico (inibição secreção de anticorpos, baixa produção IgA, etc.)

Principais manifestações físicas do stress

Sistema	Manifestações
Cardiovascular	Taquicardia, HTA, arritmias, palidez/vermelhidão facial, aumento da sudação, pele e extremidades frias e húmidas, sensação de calor e palpitações
Respiratório	Taquipneia, sensação de aperto na garganta, espasmo, asfixia, asma brônquica, outras alterações respiratórias.
Gastrointestinal	Secura da boca, anorexia, polifagia, dificuldade em deglutir, náuseas e vômitos, aerofagia e flatulência, dispepsia, dores gástricas e abdominais, úlcera péptica, s. Intestino irritável, colite ulcerosa, diarreia e obstipação.
Locomotor	Asténia, lombalgias, contracturas e cãibras, tremores, tiques e outros movimentos involuntários.
Genitourinário	Poliúria e urgência urinária, amenorreia, distúrbios sexuais.
Neurológico	Cefaleias, tremores, dilatação das pupilas e perturbações da visão.
Endócrino	Síndromes gripais, herpes e tuberculose.
Nervoso	Debilidade e dores musculares.
Outros	Sensação de fadiga, insónia, gaguez e voz trémula, labilidade emocional. Sintomatologia dermatológica: psoríase, alopecia, acne, etc.

Adaptado de: Sarrazin, 2002



Conceito de Coping

“Os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas, internas ou externas, e os conflitos entre elas, que são avaliadas como excessivas ou excedendo os seus recursos pessoais”

Lazarus, 1991, p.112

Conceito de Coping

“...os esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação.”

“... tendemos a falar de coping quando uma modificação relativamente drástica ou um problema desafia as formas usuais da pessoa se comportar e requer a produção de um comportamento novo. Dá origem, com frequência, a emoções desconfortáveis como a ansiedade, o desespero, a culpa, a vergonha ou o pesar, o alívio das quais faz parte da necessidade de adaptação. As estratégias para lidar com o stress (coping) referem-se a esta adaptação em condições relativamente difíceis”.

Serra, 1999, p.366

Características distintivas entre mecanismos de defesa e coping

Mecanismos de defesa	Coping
Processos que ocorrem sem conhecimento ou intencionalidade consciente e sem esforço.	Envolve um esforço consciente e intencional.
Visam modificar um estado psicológico interno, mas podem resultar em distorção da realidade.	São implementadas com a intenção de gerir ou resolver situações problemáticas.
São forçados, rígidos, permitem a expressão de impulsos cobertos e incorporam a expectativa de que a ansiedade pode ser aliviada sem abordar directamente o problema.	Envolve intencionalidade, escolha, mudança flexível, cola-se à realidade e à lógica intersubjectiva e permite salientar uma expressão afectiva equilibrada.
São hierarquizadas; há defesas que são negativas (ex. psicóticas, imaturas, neuróticas).	Todas as estratégias são adequadas se o efeito for o de reduzir o <i>distress</i> .
Estão predominantemente associadas à psicopatologia.	São processos a que todas as pessoas recorrem na sua vida diária sem conexões à psicopatologia.
São conceptualizados como traços.	São situacionais e não dependem de traços.

Adaptado de Cramer in Ribeiro, 2005

Conceito de Coping

1. Coping como processo
2. Gestão versus mestria
3. Julgamento da qualidade
4. Estratégias adaptativas (coping) versus comportamento automático

- Multidimensional
- Mestria/perícia no controlo ambiental
- Conjunto de pensamentos e actos realistas e flexíveis que permitem "lidar" com as situações *stressantes*.
- Diferença entre processo e resultados em re ambiente

Etapas do processo de coping



Estilos de coping e coping em situações específicas



Variáveis da personalidade

Autoconceito

"...compreende atitudes relacionadas com consigo próprio, percepção das suas capacidades pessoais, imagem física e identidade, bem como o sentido geral do seu valor". (Carlson & Blackwell, 1982)

Auto-eficácia

"Juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca da sua capacidade de organizar e implementar actividades, em situações desconhecidas, passíveis de elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress". (Ribeiro, 1993, p. 231)

Variáveis da personalidade

Locus de controlo

Foi definido por Rotter (1966) como "a percepção que o indivíduo tem de que o reforço sucede, ou é contingente ao seu comportamento, versus a percepção que tem, e que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e que pode ocorrer independentemente da sua acção". (Ribeiro, 1993, p. 107)

Pode ser considerada uma relação causal entre o comportamento e as suas consequências (locus de controlo interno), ou pelo contrário, o comportamento é determinada por forças que lhe são exteriores, como a sorte, o destino, a fé ou outras pessoas (locus de controlo externo).

Suporte Social

"A existência ou disponibilidade de Pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós".

(Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983)

Variáveis da personalidade

Robustez (*hardiness/resiliência*) consiste num estilo de *coping* que inclui três dimensões da personalidade:

- ❖ Autocontrolo
 - ❖ Empenhamento/comprometimento
 - ❖ Desafio
- ...e da resposta de stress daí resultante (av. secundária).

Maddi e Kobasa (1984)

Tipos de estratégias para lidar com o stress

Estratégias de *coping* centradas no Problema
"problem-focused coping"

Estratégias de *coping* centradas na Emoção
"emotion-focused coping"

Abordagem cognitiva
Abordagem comportamental

Tipos de estratégias para lidar com o stress

No entanto, os dados empíricos indicam que:

"Ambas as funções do coping são usadas em, potencialmente, todas as situações de stress", "...podendo ocorrer em simultâneo na mesma situação stressante"

(Lazarus, 1991)

"O coping focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que algo de construtivo pode ser feito, enquanto que o coping centrado nas emoções tende a predominar quando a pessoa percebe o stressor como algo que deve ser meramente suportado"

(Carver et al., 1989; Folkman & Lazarus, 1980; Kessler et al., 1985)

Tipos de estratégias para lidar com o stress

No entanto, os dados empíricos indicam que (continuação):

"Na área avaliativa do coping em situações de doença, parece haver algum consenso na aceitação do coping focado no problema como mais adaptativo do que o coping focado nas emoções"

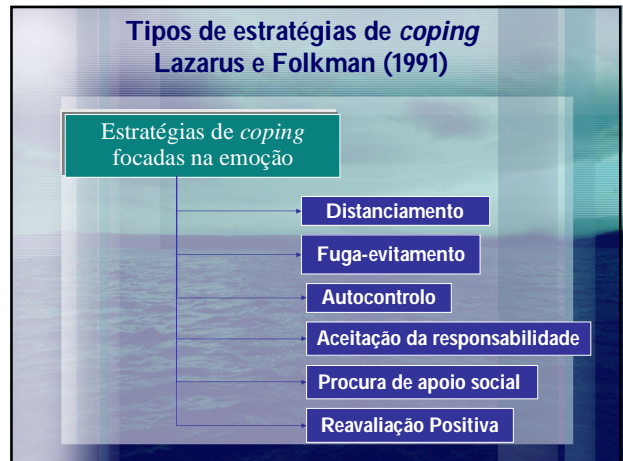
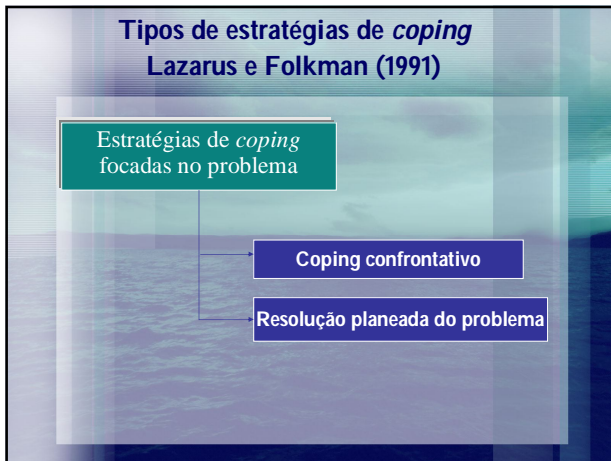
(Carver et al., 1989, Serra, 1992)

"As estratégias de coping para lidar com o stress devem ser consideradas superiores desde que sejam utilizadas no momento exacto, pela pessoa adequada, tendo em conta a circunstância específica que induz stress"

(Lazarus & Folkman, 1991)

Coping como mediador da emoção





Tipos de estratégias de coping Carver e colaboradores (1997)

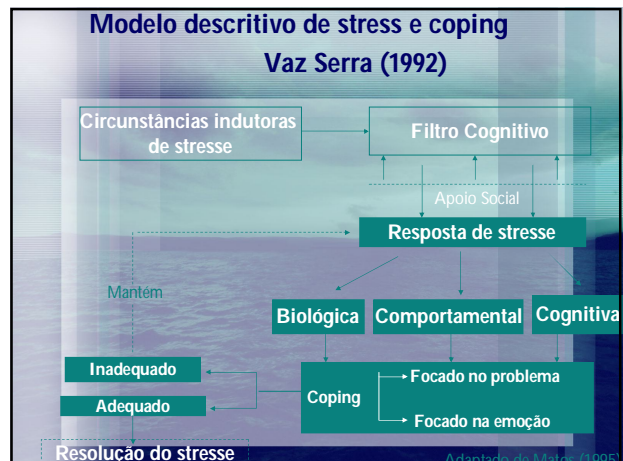
Auto-distração; coping activo; uso de substâncias; recurso ao suporte social por razões emocionais; recurso ao suporte social por razões instrumentais; comportamento de desprendimento; expandir; reinterpretação positiva; planeamento; negação; humor; aceitação; religião e culpa.

Coping passivo - coping activo

- ### Tipos de estratégias de coping Olff e colaboradores (1997):
- Coping orientado para a mestria instrumental** (envolve as expectativas gerais sobre a capacidade de lidar com o ambiente; autocontrolo);
 - Defesa cognitiva** (envolve um estilo de coping internalizado, defensivo, por vezes com distorção da realidade);
 - Hostilidade defensiva** (dirige-se para o exterior, contém elementos de raiva, hostilidade, "acting out");
 - Coping focado nas emoções** (estilo de coping emocional activo, para reduzir os sentimentos negativos sobre a situação, quer através da repressão das emoções negativas, quer, em contraste, através da comunicação do *distress*).
-

A doença perspectivada como uma crise (Moos e Schaefer)

Tarefas relacionadas com a doença	TAREFAS COGNITIVAS EMOCIONAIS COMPORTAMENTAIS
<ul style="list-style-type: none"> Lidar com a dor e outros sintomas. Lidar com o ambiente hospitalar e com os procedimentos implicados no tratamento. Desenvolver e manter relações com os profissionais de saúde. 	
Tarefas gerais	
<ul style="list-style-type: none"> Preservar o equilíbrio emocional. Preservar a auto-imagem, a competência e a mestria. Mantém relações com os amigos e familiares. Preparar-se para um futuro incerto. 	
Focalizadas na avaliação	COGNITIVAS EMOCIONAIS COMPORTAMENTAIS
<ul style="list-style-type: none"> Análise lógica e preparação mental. Redefinição cognitiva. Entendimento cognitivo ou negação. 	
Focalizadas no problema	
<ul style="list-style-type: none"> Procurar informação e apoio. Comunicar a resolução de problemas. Identificar as recompensas. 	COGNITIVAS EMOCIONAIS COMPORTAMENTAIS
Focalizadas nas emoções	
<ul style="list-style-type: none"> Regulação electiva. Descarga emocional. Actuação resignada. 	



Escala de avaliação do coping			
Escalas	Autor	Tipo de escala	Domínios da escala
Ways of Coping	Lazarus & Folkman (1988)	Geral	Coping confrontativo; Distanciamento; auto-controlo; procura de suporte social; aceitar a responsabilidade; fuga-evitamento; resolução planeada do problema; reavaliação positiva.
Brief Coping (versão reduzida do COPE Inventory)	Carver et al., (1989)	Geral	Auto-distração; coping activo; uso de substâncias; recurso ao suporte social por razões emocionais; recurso ao s.s. por razões instrumentais; comportamento de desprendimento; expandir; reinterpretar positiva; planeamento; negação; humor; aceitação; religião e culpa.
Inventário de Resolução de Problemas (IRP)	Vaz-Serra (1999)	Geral	Pedido de ajuda; confronto e resolução activa dos problemas; abandono passivo perante a situação; controlo interno/externo dos problemas; estratégias de controlo das emoções; atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; agressividade internalizada/externalizada; auto-responsabilização e medo das consequências; confronto com os problemas e planificação de estratégias.
Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC Scale)	Watson et al., (1993)	Específica	Espirito de luta; desespero/desamparo; preocupação ansiosa; preocupação fatalista; evitamento/negação.
Mni MAC	Watson et al., (1993)	Idem	Espirito de luta; fatalismo; preocupação ansiosa; desânimo/desesperança; evitamento cognitivo.
Coping with Health Injuries and Problems (CHIP)	Endler et al., (1993)	Idem	Distração; coping paliativo; coping instrumental e preocupação emocional.



Conceito de Qualidade de Vida

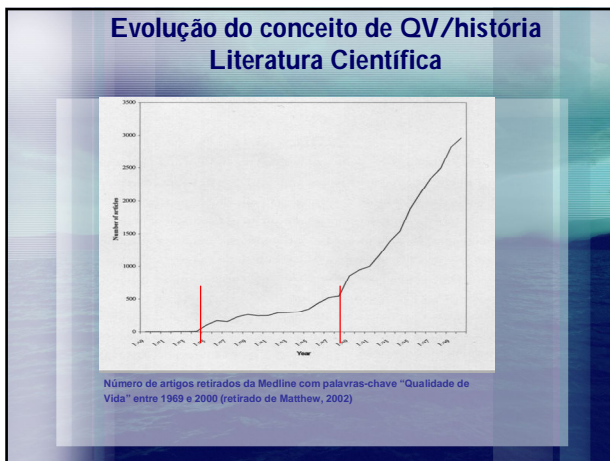
- A Qualidade de Vida é um conceito de difícil definição, dada a complexidade das variáveis que incidem sobre a diversidade conceptual que ela pode significar para cada pessoa (Farquhar, 1995);
- Existe ainda uma evidente falta de consenso entre os investigadores das diferentes áreas do conhecimento sobre a sua definição e metodologia para avaliação (Hopkins, 1992);
- Etimologicamente "qualidade" leva-nos a pensar na excelência de valores humanos como a felicidade, o sucesso, a riqueza, a saúde, e a satisfação em geral; "de vida" refere-se aos aspectos essenciais da existência humana (Kaplan, 2003).

Conceitos próximos de Qualidade de Vida

Saúde
 "Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade" (CIPE –versão 1.0 2005, p.95)

Bem-estar
 "Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência" (CIPE –versão 1.0 2005, p.95)

Satisfação com a vida
 "Contentamento, felicidade e alegria de viver" (Wikipédia, 2005)



Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: Situação Actual

Domínios a estudar

- Estado funcional
- Sintomas físicos
- Funcionamento psicológico
- Funcionamento social
- Avaliação global

Variáveis intervenientes no estudo da QV

- Variáveis da personalidade
 - Autoconceito
 - Auto-eficácia
 - Locus de controlo
 - Resiliência/*hardiness*
- Estratégias de *Coping*
- Suporte social percebido (formal e informal)

Objectivos da avaliação da QV

- Gestão da saúde
- Conhecer os interesses específicos dos d. tes
- Avaliar o efeito da terapêutica
- Melhorar a comunicação pessoal de saúde/ d. te
- Unidade de medição económica
- Monitorizar saúde da população

(Hutchinson et al.,2000)

Qualidade de Vida: um desafio para os profissionais de saúde

- A avaliação da QV de pessoas saudáveis ou doentes deve ser o quantificador dos resultados em saúde;
- As medidas de avaliação da QV devem ser utilizadas na mensuração da eficácia das intervenções em saúde.

Qualidade de Vida: um desafio para os profissionais de saúde

Torna-se assim necessário:

1. Desenvolver instrumentos para avaliação das necessidades em cuidados de saúde;
2. Desenvolver instrumentos sensíveis às intervenções, permitindo assim avaliar a eficácia dos cuidados prestados;
3. Desenvolvimento de investigação empírica com o objectivo de validar as intervenções em saúde.

Intervenções em saúde para uma melhoria do *coping*

- Presença
- Escuta activa
- Toque
- Suporte social: emocional, instrumental e tangível
- Terapia pela música
- Distracção
- Relaxamento
- Actividade física
- Comparação pela positiva
- Etc.

Síntese das ideias principais

- *Coping* como um conceito psicológico recente, com história de ligação à perspectiva psicanalítica;
- Actualmente conceptualizado como uma interacção recíproca entre o Homem e o seu meio-ambiente, num processo transaccional entre a situação desencadeadora de stress e a resposta que provoca no indivíduo;
- Deve também ser entendido como multidimensional e dinâmico;
- A avaliação da eficácia de determinada estratégia de *coping* é determinada pelos resultados a longo prazo sobre a auto-estima, a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida;

Síntese das ideias principais

- É controversa entre os investigadores, a concepção da possível existência de estilos de *coping* e *coping* em situações específicas (como a doença);
- Existem dois grandes grupos de estratégias de coping (focadas no problema e focadas nas emoções), que por sua vez se podem subdividir em diferentes subgrupos (Lazarus, 1991).
- As intervenções em saúde direccionadas para a melhoria do *coping* são múltiplas e devem ser desenvolvidas em equipe multidisciplinar.

Obrigado pela vossa atenção

António Dias, Enf.
aacsd83@gmail.com

saúde no futuro
Instituto de Ciências da Saúde

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde

Enf. António Dias
Mestrado de Enfermagem Comunitária

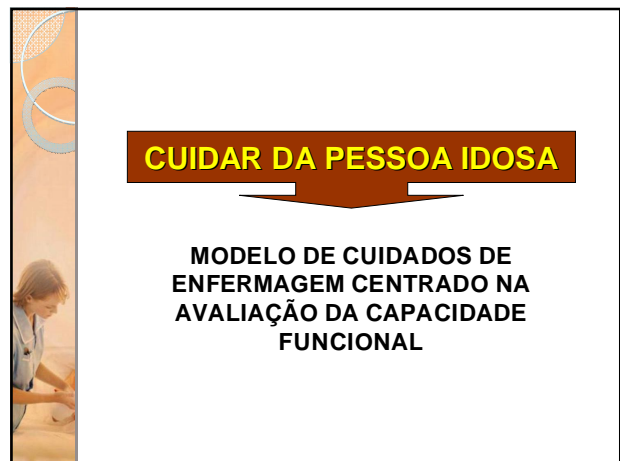
Sessão formativa para Enfermeiros

Cuidar do Cuidador
"Da avaliação do idoso à adequação de competências do prestador de cuidados"



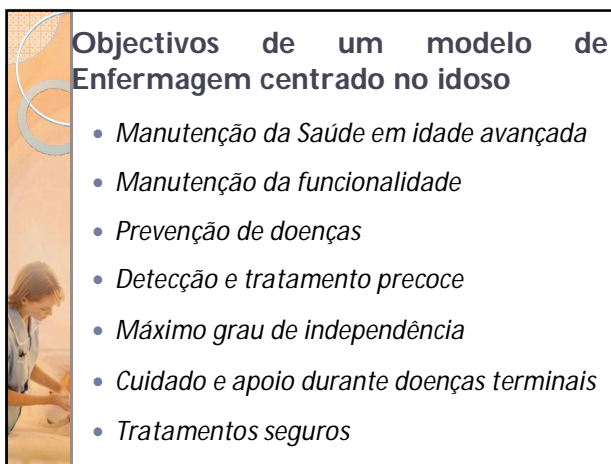
CUIDAR DA PESSOA IDOSA

MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADO NA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL



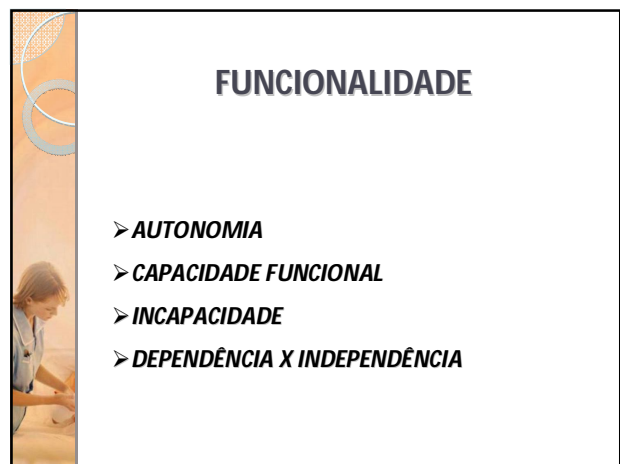
Objectivos de um modelo de Enfermagem centrado no idoso

- *Manutenção da Saúde em idade avançada*
- *Manutenção da funcionalidade*
- *Prevenção de doenças*
- *Detecção e tratamento precoce*
- *Máximo grau de independência*
- *Cuidado e apoio durante doenças terminais*
- *Tratamentos seguros*



FUNCIONALIDADE

- **AUTONOMIA**
- **CAPACIDADE FUNCIONAL**
- **INCAPACIDADE**
- **DEPENDÊNCIA X INDEPENDÊNCIA**

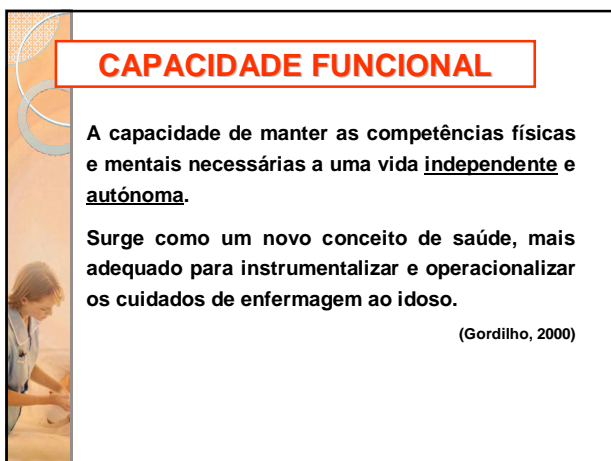


CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade de manter as competências físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autónoma.

Surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar os cuidados de enfermagem ao idoso.

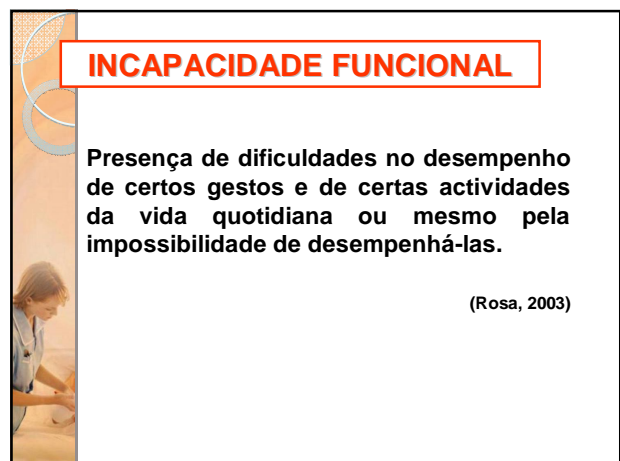
(Gordilho, 2000)



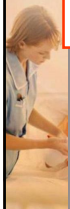
INCAPACIDADE FUNCIONAL

Presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas actividades da vida quotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

(Rosa, 2003)




**INDEPENDÊNCIA
X
AUTONOMIA**



INDEPENDÊNCIA

O aspecto central do conceito de independência é a capacidade funcional que, na sua expressão máxima, significa poder sobreviver sem ajuda para as actividades instrumentais de vida diária e de autocuidado.

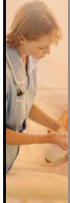
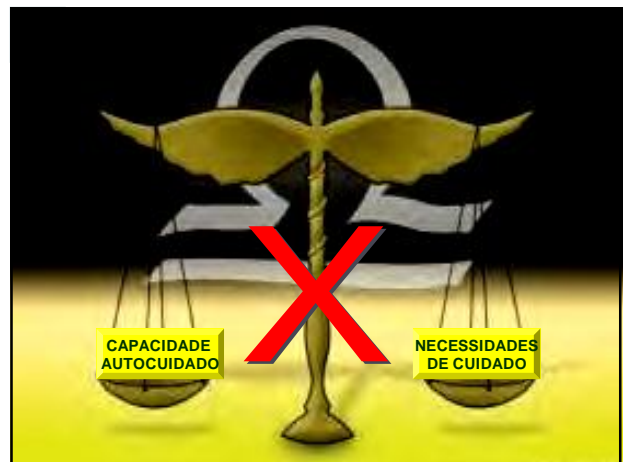
(Neri, 2005)



AUTONOMIA


É o exercício do *autogoverno*. Inclui também os seguintes elementos: liberdade individual, privacidade, livre-escolha, liberdade para experienciar o *self* e harmonia com o os próprios sentimentos e necessidades.

(Neri, 2005)

FUNÇÃO DO CUIDADOR

AUXÍLIO NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA



ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

BÁSICAS ➤ autocuidado

INSTRUMENTAIS ➤ vida comunitária independente

ACTIVIDADES AVANÇADAS



ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

- Alimentação
- Banho
- Higiene pessoal
- Vestir-se
- Continência intestinal
- Continência vesical
- Uso do sanitário
- Transferência
- Mobilidade (sup. planas)
- Subir escadas

Índice de Barthel

ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

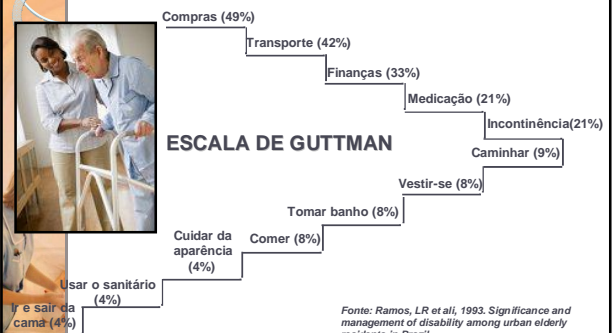
- Usar o telefone
- Realizar pequenas compras
- Gerir o dinheiro
- Gerir medicação
- Preparar pequenas refeições
- Pequenas tarefas domésticas
- Lavar/Tratar da roupa

Índice de Lawton e Brody

ACTIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA

- Praticar desporto
- Viajar
- Participar em actividades associativas

DEPENDÊNCIA HIERÁRQUICA



Fonte: Ramos, LR et al, 1993. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 8:313-323, 1993

Avaliação Geriátrica?

O que é?

Demora?

Valor potencial da avaliação geriátrica

1. Identificar pacientes em risco
2. Melhorar qualidade de vida – independência e função
3. Reduzir custos de saúde pela prevenção
4. Reduzir ou retardar a incapacidade pela prevenção ou compressão de morbilidade
5. Retardar institucionalização
6. Melhorar resultados dos prestadores formais de cuidados

Avaliação do Idoso

Componentes

- **Clínico**
- **Mental**
- **Funcional**
- **Social**



Avaliação Geriátrica

- 8 problemas normalmente ignorados:
 - Visão
 - Audição
 - Autonomia funcional
 - Cognição
 - Mobilidade dos MI's
 - Depressão
 - Desnutrição
 - Incontinência urinária
- Bateria de testes avaliada pela UCLA Geriatric Clinic

Moore & Siu, *Am J Med* 100:438, 1996

Visão

Tem dificuldades em conduzir, ver TV ou ler?

Se SIM, Snellen Eye Chart ou Jaeger Card



Audição

Teste do sussurro (teste logométrico)

Se alterado → audiometria

Cognição

Evocação de 3 itens após 1 minuto

MMSE

Se alterado → Orientar para consulta com médico de família

Mobilidade dos MI's:

Faça em 15 s:

Levante da cadeira, ande 6 metros, volte e sente

Se alterado → Orientar para consulta com médico de família

Autonomia Funcional

Índice de Barthel

Índice de Lawton

Se alterado → Orientar para consulta com o enfermeiro de família na presença do prestador informal de cuidados

Depressão

2 perguntas:

Sente-se frequentemente triste ou deprimido?
Tem abandonado ultimamente actividades de que gostava?

Se sim: escala diagnóstica para depressão

Desnutrição

2 perguntas:

Perdeu 5 Kg ou mais nos últimos 6 meses?
Pesa menos de 50 Kg?

Se sim: IMC e orientar para o médico de família e nutricionista

Incontinência Urinária

Teve no último ano pelo menos 6 perdas urinárias?

Se alterado → Orientar para consulta com médico de família

Moore & Siu, *Am J Med* 100:438, 1996

Porquê avaliação funcional?

- **Qualidade de Vida**

- AVD's
- AIVD's
- AAV's

Perguntas-chave em geriatria:

- **Ao idoso:**

- Este seu (sintoma) _____ impede-o(a) de fazer coisas importantes para si?

- **Ao prestador de cuidados:**

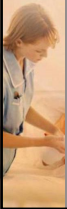
- Cuidar do seu familiar idoso dependente impede-o(a) de fazer coisas importantes para si?

Em Resumo...

Função é o que é importante para a qualidade de vida.

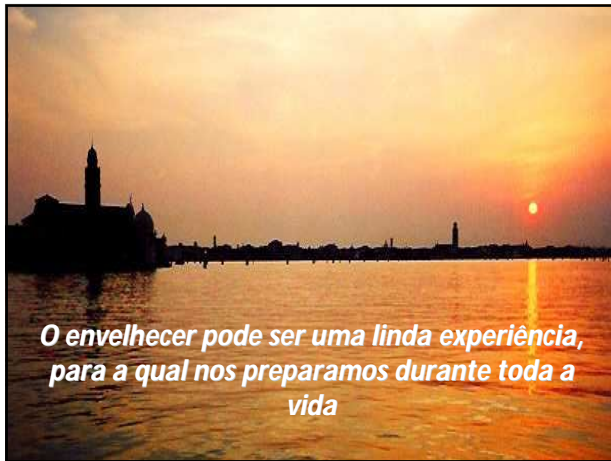
O maior medo não é morrer, mas perder independência e tornar-se um peso.

A funcionalidade causa impacto na morbimortalidade, isolamento, qualidade de vida e custos em saúde.



Em Resumo...

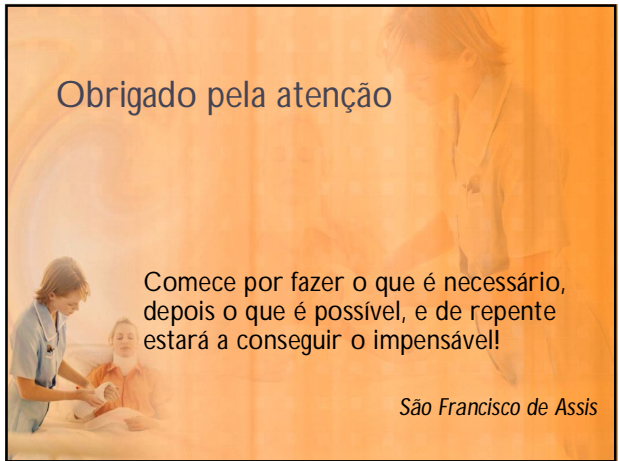
- Muito pode ser avaliado em 10 minutos.
- Défices funcionais muitas vezes podem ser melhorados facilmente.
- ***Agora vocês podem causar impacto na qualidade de vida através da funcionalidade.***



Obrigado pela atenção

Comece por fazer o que é necessário, depois o que é possível, e de repente estará a conseguir o impensável!

São Francisco de Assis



saúde no futuro
Instituto de Ciências da Saúde

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enf. António Dias
Mestrado de Enfermagem Comunitária

Sessão formativa para Enfermeiros

**Referenciação:
"Projecto: Cuidar do Cuidador"**

Folha de referência

Projeto Cuidar do Cuidador

DATA DE REFERENCIAÇÃO: _____
NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO: _____
NECESSIDADES DE INTERAÇÃO SOCIAL: _____

Família: _____
Cuidador: _____
Enf. Família: _____
NUP: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Parentesco: _____
Unidade Dependente: _____

Genograma: _____

Exemplos: _____

Apaga Familiar (Indicação): _____
Etapas do Ciclo de Vida (Múltiplas): _____
Notação Social da Família (Gráfica): _____

Folha de referência

Projeto Cuidar do Cuidador

DATA DE REFERENCIAÇÃO: _____
NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO: _____
NECESSIDADES DE INTERAÇÃO SOCIAL: _____

Família: _____
Cuidador: _____
Enf. Família: _____
NUP: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Parentesco: _____
Unidade Dependente: _____

Genograma: _____

Exemplos: _____

Apaga Familiar (Indicação): _____
Etapas do Ciclo de Vida (Múltiplas): _____
Notação Social da Família (Gráfica): _____

- ### Primeira Parte
- Indicar o nome da família
 - Indicar o nome do(s) Cuidador(es) Principal(ais)
 - Indicar o nome do Enfermeiro de Família que referencia
 - Indicar o número operacional do(s) Cuidador(es) Principal(ais), pela ordem com que são apresentados anteriormente
 - Indicar Sexo, Idade e Parentesco do(s) Cuidador(es) Principal(ais)
 - Indicar o nome do idoso dependente
 - ✓ Caso o idoso dependente não se encontre no mesmo processo clínico familiar informático do cuidador, referir o número operacional.

Folha de referência

Projeto Cuidar do Cuidador

DATA DE REFERENCIAÇÃO: _____
NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO: _____
NECESSIDADES DE INTERAÇÃO SOCIAL: _____

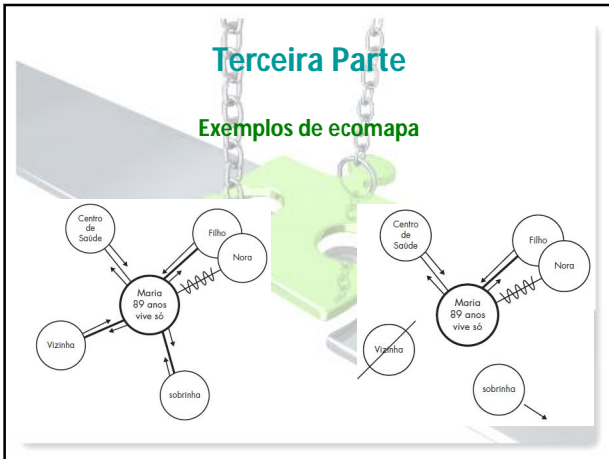
Família: _____
Cuidador: _____
Enf. Família: _____
NUP: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Parentesco: _____
Unidade Dependente: _____

Genograma: _____

Exemplos: _____

Apaga Familiar (Indicação): _____
Etapas do Ciclo de Vida (Múltiplas): _____
Notação Social da Família (Gráfica): _____

- ### Segunda Parte
- Genograma:
 - ✓ Referir, se possível, três gerações, identificadas por números romanos;
 - ✓ Anotar primeiros nomes, datas de nascimentos, óbitos, casamentos, divórcios ou outros eventos significativos;
 - ✓ Anotar a causa de morte sempre que se assinala um falecimento;
 - ✓ Convencionou-se que as mulheres são representadas por círculos e os homens por quadrados e, na representação gráfica da família, o pai/marido vem à esquerda e a mulher/mãe é colocada à direita, unidos pela linha de casamento.
 - ✓ O primeiro filho que nasce em cada geração é colocado à esquerda, seguindo-se os irmãos por ordem de nascimento. Cada geração é representada na mesma linha e os seus símbolos devem ter o mesmo tamanho.



Folha de referência

Projeto Cuidar do Cuidado

Nome do referenciado: _____

Endereço do serviço/profissional: _____

Nome: _____ Sobrenome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Profissão: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Religião: _____

Outros dados relevantes: _____

Assinatura do profissional: _____

Data: _____

Quarta Parte

Apgar Familiar

Quase sempre: 2 pontos Algumas vezes: 1 ponto Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Quarta Parte

Apgar Familiar

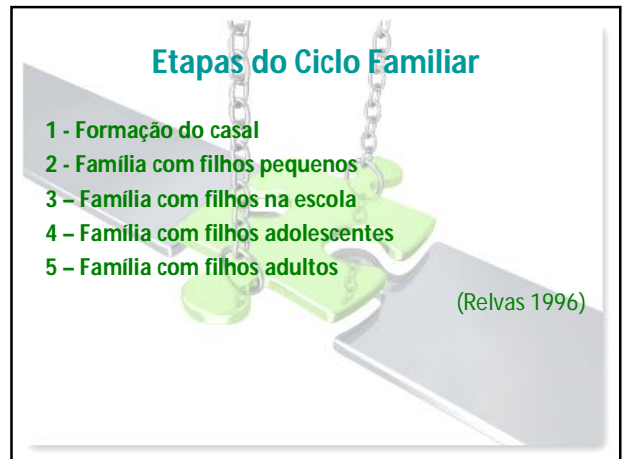
APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.			
3. Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas actividades ou modificar o estilo de vida.			
4. Estou Satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Quarta Parte

Notação Social da Família (Graffar)

ANO	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITUAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						0/5	1/5	2/5	3/5
1	Oficinas e Comércio Operários de nível de ensino médio ou primário Profissões artesanais Profissões intelectuais (sem Doutorado) Burocratas/Executivos/Manuais Profissões de nível médio Não empregados	Letramentos Mestrado Doutoramento	Luzes de empresas de produção Honorários Mantimentos profissionais Mantimentos rurais	Casa ou andar isolado, próprio e autónomo de superfície	Zona residencial própria	2	4	3	CLASSE ALTA
2	Medicina tradicional e Condições de saúde Agricultores / Proprietários Operários especializados Burocratas de nível médio Profissões de nível médio Profissões de nível baixo Profissões intelectuais Profissões intelectuais (sem Doutorado)	Bacharelato ou Curso Superior (licenciatura) 2º e 3º anos	Alta produtividade e honorários (10 vezes o salário mínimo nacional)	Casa ou andar isolado, alugado e construído	Bairro local	10	8	4	CLASSE MÉDIA ALTA
3	Prof. Tradicionais e Condições de saúde Burocratas (sem 2º ano) Burocratas (sem 3º ano) Burocratas (sem 4º ano) Burocratas (sem 5º ano) Burocratas (sem 6º ano) Burocratas (sem 7º ano) Burocratas (sem 8º ano) Burocratas (sem 9º ano) Burocratas (sem 10º ano) Burocratas (sem 11º ano) Burocratas (sem 12º ano)	2º ano 3º ano 4º ano 5º ano 6º ano 7º ano 8º ano 9º ano 10º ano 11º ano 12º ano	Remunerações Honorários Mantimentos rurais	Casa ou andar isolado, alugado e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído	Zona residencial própria	12	11	4	CLASSE MÉDIA
4	Prof. Tradicionais e Condições de saúde Burocratas (sem 2º ano) Burocratas (sem 3º ano) Burocratas (sem 4º ano) Burocratas (sem 5º ano) Burocratas (sem 6º ano) Burocratas (sem 7º ano) Burocratas (sem 8º ano) Burocratas (sem 9º ano) Burocratas (sem 10º ano) Burocratas (sem 11º ano) Burocratas (sem 12º ano)	2º ano 3º ano 4º ano 5º ano 6º ano 7º ano 8º ano 9º ano 10º ano 11º ano 12º ano	Remunerações Honorários Mantimentos rurais	Casa ou andar isolado, alugado e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído	Bairro local Bairro médio Zona antiga	12	12	12	CLASSE MÉDIA BAIXA
5	Prof. Tradicionais e Condições de saúde Burocratas (sem 2º ano) Burocratas (sem 3º ano) Burocratas (sem 4º ano) Burocratas (sem 5º ano) Burocratas (sem 6º ano) Burocratas (sem 7º ano) Burocratas (sem 8º ano) Burocratas (sem 9º ano) Burocratas (sem 10º ano) Burocratas (sem 11º ano) Burocratas (sem 12º ano)	2º ano 3º ano 4º ano 5º ano 6º ano 7º ano 8º ano 9º ano 10º ano 11º ano 12º ano	Remunerações Honorários Mantimentos rurais	Casa ou andar isolado, alugado e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído Casa ou andar isolado, próprio e construído	Bairro de alta ou importante	12	12	12	CLASSE BAIXA



Etapas do Ciclo Familiar

- O filho mais velho é que determina o estadió do ciclo.
- O Ciclo que se pretende diz respeito à família do Cuidador, para tentar perceber o dinamismo inerente ao desempenho do papel de prestador de cuidados

Folha de referência

Projeto Cuidar do Cuidador

DATA DO REFERENCIAL

Nome do referenciado

Nome do acompanhante psicológico

Necessidades de intervenção psicológica

Família: _____

Cuidador: _____

Dir. Família: _____

NOP: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Unidade dependente: _____

Geografia: _____

Exemplos: _____

Apogio Familiar (Sim/Não): _____

Etapo do Ciclo de Vida (Matur): _____

Notação Social da Família (Gráfico): _____

Quinta Parte

- Deve ser colocada a data em que a referenciação é realizada e enviada
- Deve ser descrito, por intermédio de SIM ou NÃO, a necessidade de integração do cuidador no grupo de ajuda psicológica.

Folha de referência

Projeto Cuidar do Cuidador

DATA DO REFERENCIAL

Nome do referenciado

Nome do acompanhante psicológico

Necessidades de intervenção psicológica

Família: _____

Cuidador: _____

Dir. Família: _____

NOP: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Unidade dependente: _____

Geografia: _____

Exemplos: _____

Apogio Familiar (Sim/Não): _____

Etapo do Ciclo de Vida (Matur): _____

Notação Social da Família (Gráfico): _____

Sexta parte



Anexo VIII

Avaliação Final de competências adquiridas pelos prestadores informais de cuidados

AVALIAÇÃO FINAL DO PROJECTO: "CUIDAR DO CUIDADOR"

Coloque um V (Verdadeiro) ou F (Falso) à frente de cada afirmação

Os questionários são **individuais** e **anónimos**

1. Diabetes (Pé Diabético)

- a. É importante observar os pés diariamente para prevenir lesões.
- b. Deve colocar creme hidratante entre os dedos.
- c. As unhas devem ser cortadas em linha recta.
- d. O diabético deve colocar na cama botijas de água quente junto dos pés.
- e. Os sapatos devem ser confortáveis e adaptados aos pés.
- f. O excesso de açúcar não faz mal a quem tem problemas de diabetes.
- g. O diabético deve-se realizar exercício físico regularmente.

2. Medicação e Quedas

- a. É aconselhado tomar a medicação na dose certa.
- b. Não faz mal tomar a medicação de um amigo/familiar ou vizinho, desde que o problema seja o mesmo.
- c. Deve-se levar à farmácia toda a medicação fora de prazo.
- d. O uso de meias, no interior de casa, sem calçado é aconselhado para prevenir as quedas.

- e. Ligar a luz nas escadas ou em locais pouco iluminados previne o acontecimento de quedas.
- f. Deve existir um tapete anti-derrapante na banheira.

3. Hipertensão arterial

- a. Ficar nervoso e discutir pode elevar os valores da tensão arterial.
- b. Caminhar durante 30 minutos pode ajudar a reduzir os valores da tensão arterial.
- c. Tomar mais de dois café por dia pode aumentar a tensão arterial.
- d. O excesso de peso pode conduzir ao aumento da tensão arterial.
- e. A medicação é mais importante que a alimentação para diminuir a tensão arterial.
- f. Avaliar a tensão arterial quinzenalmente, num doente hipertenso, promove o controlo da tensão arterial.

4. Doença Cardiovascular

- a. Quem sofre de doenças cardiovasculares não deve realizar exercício físico.
- b. Não é importante o controlo do peso para quem sofre de doenças cardiovasculares.
- c. A medicação só é suficiente para tratar as doenças cardiovasculares.
- d. Deve reduzir o consumo de sal quem sofre de doenças cardiovasculares.

- e. Deve consumir mais carne que peixe quem sofre de doenças cardiovasculares.
- f. Os medicamentos só são eficazes quando à hora certa e na dose certa.

5. Doença Osteoarticular

- a. O exercício físico regular é importante para reduzir os sintomas das doenças osteoarticulares.
- b. Todos os que têm níveis baixos de cálcio devem ingerir dois copos de leite por dia.
- c. Só a medicação é suficiente para tratar as doenças osteoarticulares.
- d. Os idosos devem ter cuidados com as quedas porque têm maior risco de fracturas.
- e. Quem sofre de doenças cardiovasculares não necessita de cuidados com a alimentação.
- f. O excesso de peso não prejudica a quem tem problemas osteoarticulares.
- g. Os medicamentos só são eficazes quando à hora certa e na dose certa.

6. Alimentação saudável

- a. O pequeno-almoço é uma refeição importante.
- b. Não devem passar mais de três horas entre a ingestão de alimentos, durante o dia.
- c. É suficiente ingerir meio litro de água por dia.

- d. A carne de vaca tem menos gordura do que a carne de frango.
- e. Deve preferir fritar os alimentos ao invés de os grelhar.
- f. O consumo de açúcar deve ser reduzido.
- g. À refeição a porção de carne deve ser superior à de legumes.

7. Posicionamentos e mobilizações

- a. Mudar de posição frequentemente o doente acamado, proporciona-lhe conforto.
- b. Posicionar frequentemente o doente acamado não favorece o aparecimento de feridas
- c. Deve-se posicionar o doente acamado de seis em seis horas, durante o dia.
- d. Existe apenas uma posição adequada para o doente acamado.
- e. A realização de exercícios articulares ajuda à flexibilidade das articulações.
- f. A realização de exercícios na cama ao doente acamado não ajuda a parte respiratória.

Obrigado pela sua participação

Avaliação final de ganhos em saúde



Sessões de Educação para a Saúde:
"Cuidar do Cuidador"



Enf. António Dias
Mestrado Enfermagem Comunitária
Universidade Católica

- Objectivos
- Metodologia
- Avaliação
 - Avaliação comparativa
- Conclusão

Sumário

- Caracterizar as competências adquiridas pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, que aderiram ao Projecto: "Cuidar do Cuidador", no final da primeira edição;
- Identificar os ganhos em saúde decorrentes do Projecto: "Cuidar do Cuidador";
- Identificar as dificuldades presentes na aquisição de competências pelos cuidadores;
- Servir de guia orientador ao aperfeiçoamento do Projecto: "Cuidar do Cuidador";

Objectivos

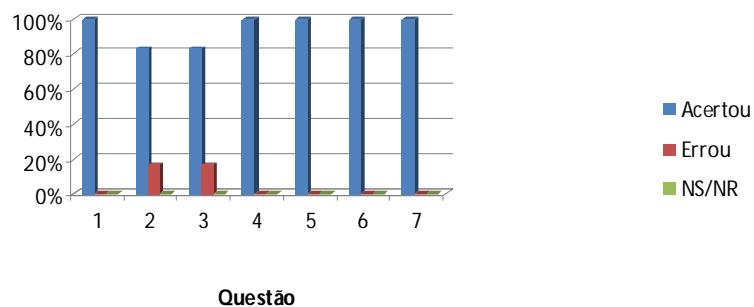
- Aplicação de questionário, respondido pelos cuidadores no final da última sessão educativa do Projecto: "Cuidar do Cuidador";
- Foram garantidos os princípios éticos de consentimento informado, de livre e voluntária participação e, confidencialidade e anonimato dos dados;
- O questionário reportava-se à avaliação de conhecimentos e competências para o cuidado informal, relativo a diversas áreas temáticas:
 - *Patologia crónica (Diabetes, Hipertensão Arterial, Doença Cardiovascular, Doença Osteoarticular);*
 - *Alimentação;*
 - *Medicação;*
 - *Prevenção de quedas;*
 - *Posicionamentos e mobilizações;*

Metodologia

- Na presente avaliação final participaram 12 cuidadores, tendo-se obtido 12 questionários válidos
- Foram tidas como relevantes as questões que atingiram valores \geq a 25% de respostas erradas;
- Não se obtiveram respostas em branco;
- O tratamento estatístico dos dados foi processado em Excell 2003®;

Avaliação

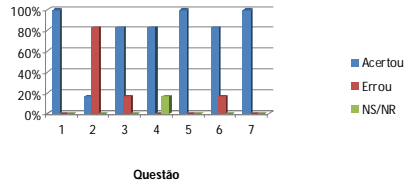
Diabetes



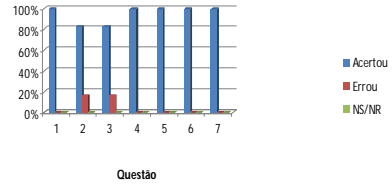
Av. Diagnóstica

Av. Final

Diabetes

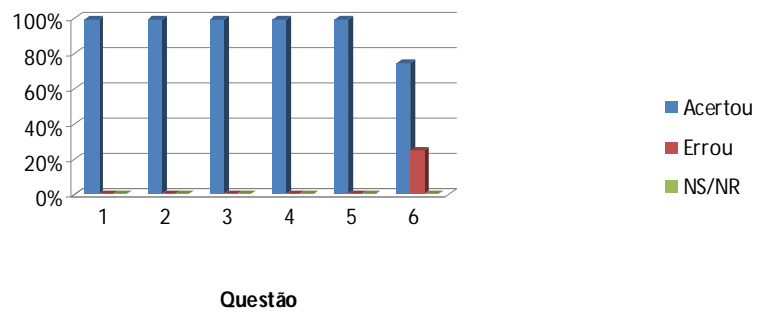


Diabetes

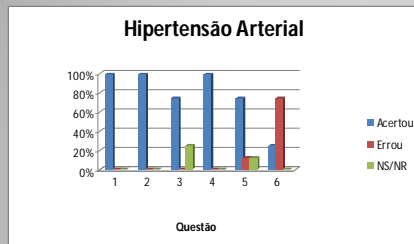


Avaliação comparativa

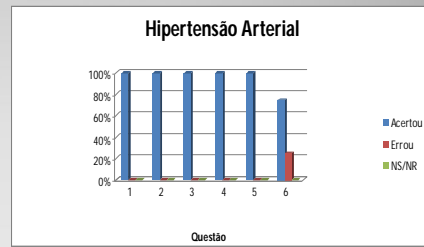
Hipertensão Arterial



Av. Diagnóstica

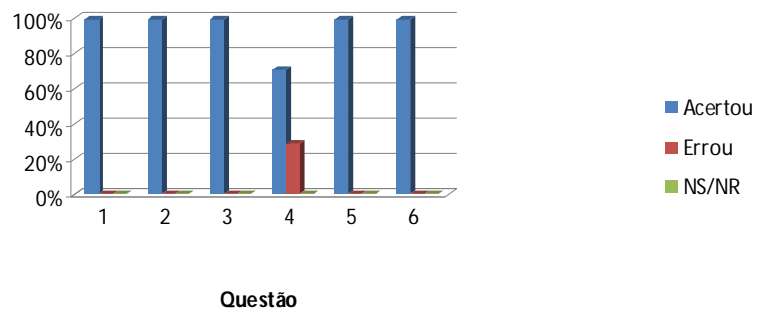


Av. Final

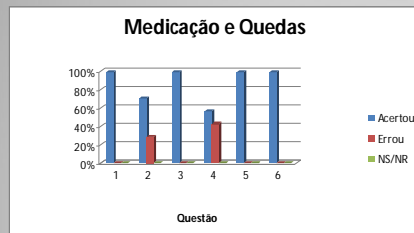


Avaliação comparativa

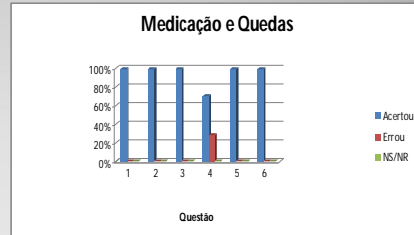
Medicação e Quedas



Av. Diagnóstica

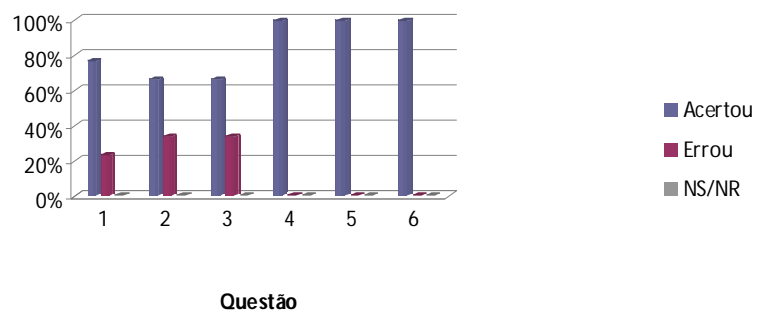


Av. Final

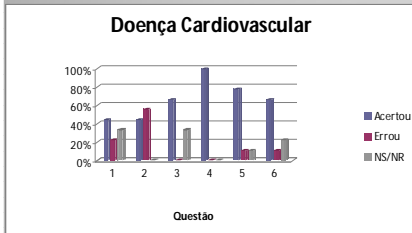


Avaliação comparativa

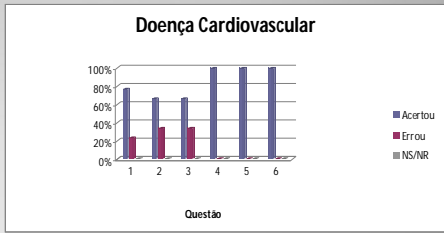
Doença Cardiovascular



Av. Diagnóstica

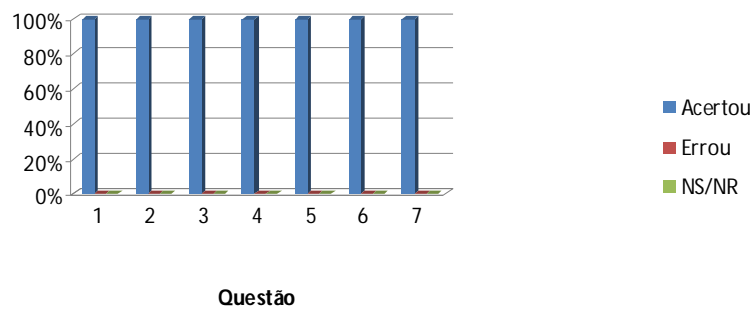


Av. Final

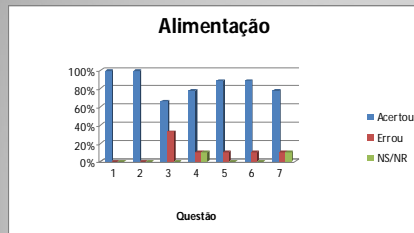


Avaliação comparativa

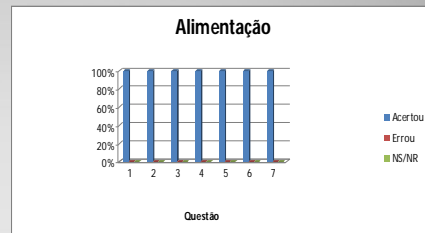
Alimentação



Av. Diagnóstica

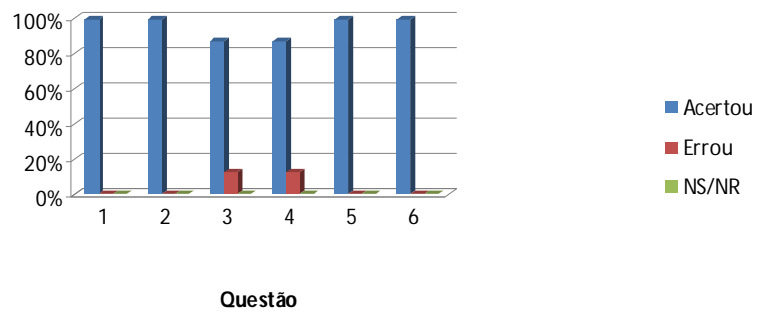


Av. Final



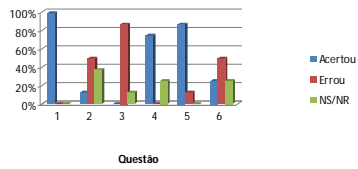
Avaliação comparativa

Posicionamentos e Mobilizações



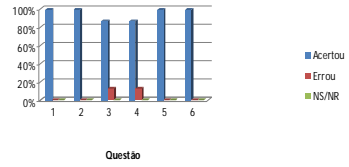
Av. Diagnóstica

Posicionamentos e Mobilizações



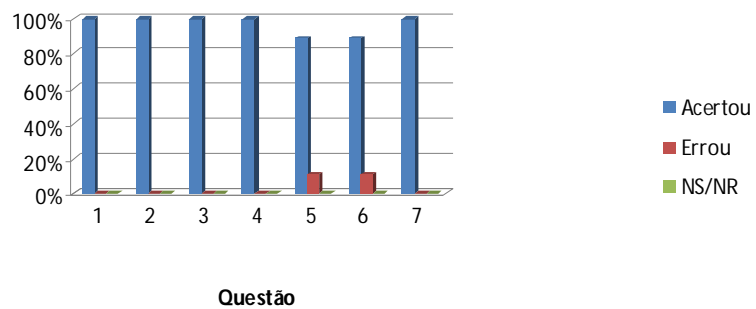
Av. Final

Posicionamentos e Mobilizações

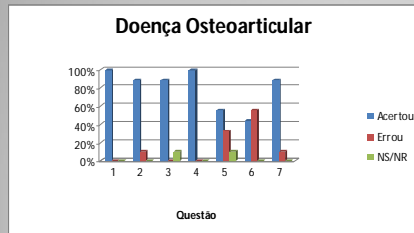


Avaliação comparativa

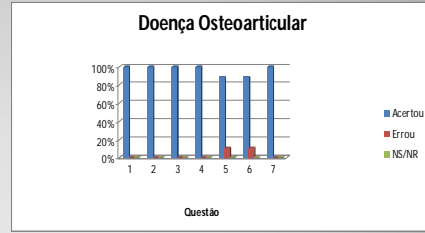
Doença Osteoarticular



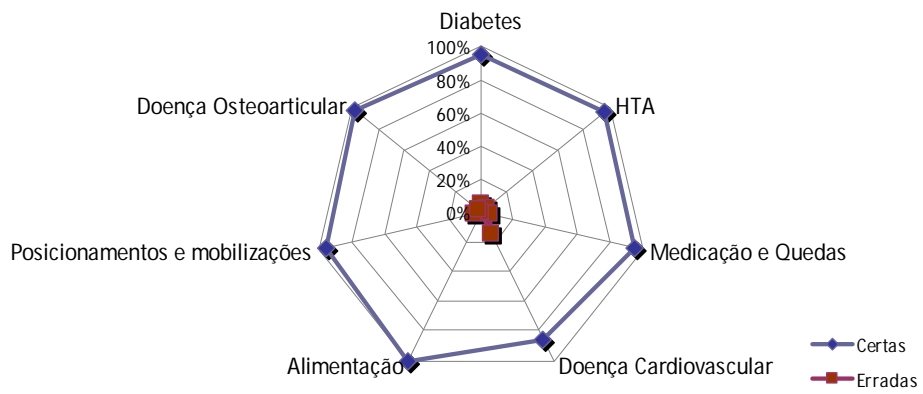
Av. Diagnóstica



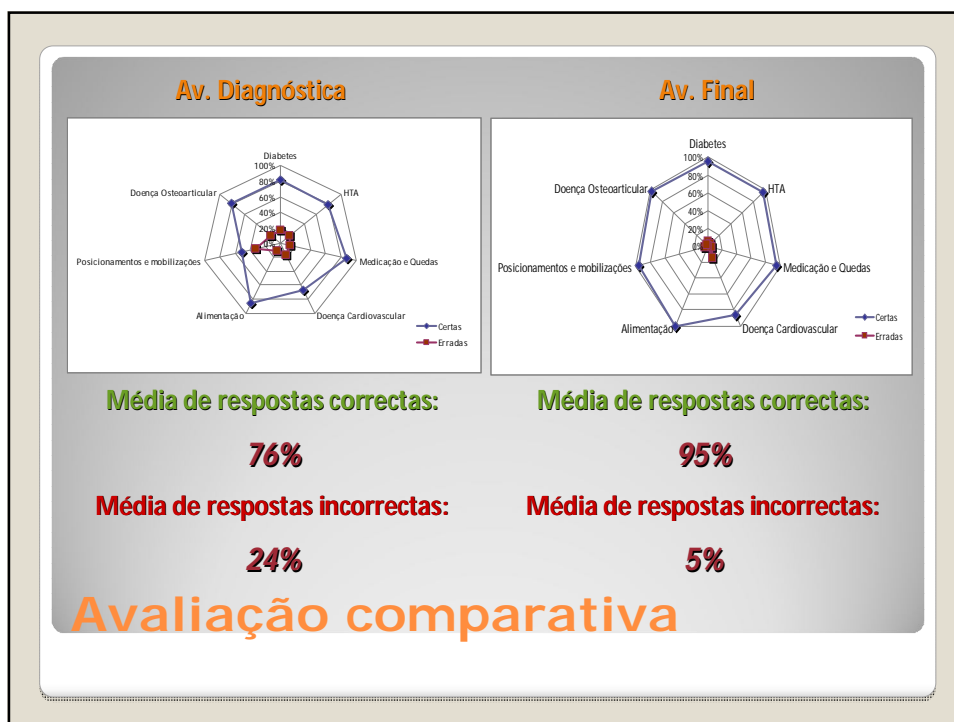
Av. Final



Avaliação comparativa



Dispersão de resultados



- É possível denotar uma melhoria significativa ao nível das competências demonstradas pelos cuidadores familiares, no final das sessões formativas do Projecto: "Cuidar do Cuidador";
- Foi possível, por intermédio de sessões educativas com forte pendente expositivo-demonstrativo e com frequente recurso a simulações e treino promover um desenvolvimento e nalguns casos aquisição de competências específicas para o cuidado informal.

Conclusão



Anexo IX

Cartão: “Enfermeiro de Família

Horário de atendimento:

Segunda: 8-18h
Terça: 8-15h
Quarta: 13-20h
Quinta: 8-15h
Sexta: 8-15h



Enfermeiros,
Sempre consigo...

António C. Dias
Enfermeiro de Família

925498699

usfsfuturo@cssoaresreis.min-saude.pt





Anexo X

*Blog: “Enfermeiro de Família” e Petição pública para a instituição do Dia
Nacional do Cuidador a 26 de Agosto;*

Enfermagem de Saúde Familiar

A Enfermagem de Família assume-se como o patamar básico e essencial dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.



Bound by paperwork, short on hands, sleep, and energy... nurses are rarely short on caring. (Sharon Hudacek, "A Daybook for Nurses")

QUARTA-FEIRA, 1 DE DEZEMBRO DE 2010

NÚMERO TOTAL DE VISUALIZAÇÕES DE PÁGINA

Novas pós-graduações na área da Enfermagem

472



ACERCA DE MIM



Enf. António Dias

Actualmente a trabalhar na USF Saúde no Futuro do ACES Grande Porto VIII/Gaia A concluir Mestrado de

[Ver actuais Signatários](#) | [Assinar esta Petição](#)

Petição Instituição do Dia Nacional do Cuidador a 26 de Agosto

Para: Assembleia da República

Instauração do Dia Nacional do Prestador Informal de Cuidados (Cuidador) a 26 de Agosto.

Na realidade portuguesa são diversas as situações e circunstâncias, em que pela sua natureza e especificidade, colocam os cidadãos perante uma fragilidade física, mental ou social, conduzindo-os a injustiças e desigualdades sociais decorrentes de problemas ou défices de saúde ou competência funcional.

São assim inúmeras as situações em que emerge a figura do cuidador (prestador informal de cuidados), quer estes sejam de natureza voluntária, remunerada, familiar ou social, o seu papel e importância é hoje deveras significativo, constituindo-se como parte essencial das redes informais de cuidados e actuando necessariamente em parceria com os prestadores formais de cuidados (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas).

É aliás, da adequada e eficaz interligação entre as redes informais e formais de cuidados que se alicerça o sucesso do cuidado prestado. O trabalho em parceria assume um carácter mais eficiente se no centro dessa parceria for colocado um elemento de referência e proximidade, junto



Anexo XI

Divulgação na comunicação social

Gaia tem prestadores de cuidados ao idoso sobrecarregados

Estudo levado a cabo pelos enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, nas freguesias de Mafamude e Vilar do Andorinho, reflecte uma emergência social e de saúde pública, onde se torna clara a necessidade de se debater rapidamente e com seriedade as políticas do idoso

Nas USF Saúde no Futuro e Camélias do Centro de Saúde Soares dos Reis foi levado a cabo, durante o ano de 2009, um estudo sobre o impacto do cuidado prestado a idosos dependentes pelos seus familiares. Este trabalho foi perpetuado pelos enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, no âmbito da realização da especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade Católica.

Neste estudo os enfermeiros-

investigadores debruçaram-se sobre a problemática dos idosos dependentes residentes nas freguesias de Mafamude e Vilar do Andorinho, em particular sobre o papel do prestador de cuidados que, como foi possível concluir, recai sobre familiares directos, como o próprio cônjuge ou os filhos.

O trabalho conjunto permitiu aferir, de forma muito clara, que os idosos dependentes são essencialmente do sexo feminino e têm idades entre os 71 e 90 anos, são maioritariamente casados e pouco instruídos, apresentando níveis de dependência acentuados.

Por outro lado, os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 48 e 78 anos, reformados, gastando em média mais de 200 euros em saúde com o familiar idoso dependente de quem cuidam.

Entre o rol de tópicos analisados, destaque também para as características habitacionais, onde os prestadores de cuidados desempenham as suas actividades de apoio informal ao idoso,



tendo concluído que, de um modo geral, as condições de habitabilidade são adequadas.

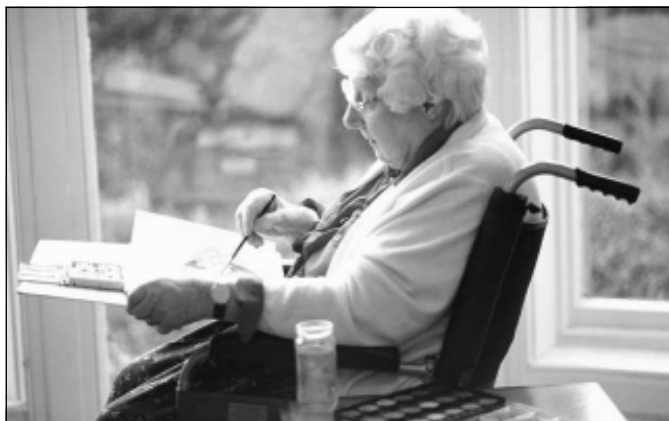
Para terminar, resta dizer que a investigação teve como objectivo classificar o grau de sobrecarga do cuidador familiar, bem como a funcionalidade e dinâmica familiar. Assim sendo, foi possível clarificar que 64% dos cuidadores apresentam sobrecarga pelo cuidado prestado ao familiar idoso dependente. Quanto à funcionalidade e dinâmica familiar, chega-se à conclusão de que as famílias com familiares prestadores de cuidados a idosos dependentes demonstram elevados graus de funcionalidade e dinâmica familiar.

Políticas do idoso carecem de debate

Para António Dias e Graça Barbedo, este estudo "reflecte uma caracterização muito precisa da realidade encontrada na prática profissional quotidiana e que se configura", segundo os próprios como

"uma emergência social e de saúde pública, sendo necessário rapidamente debater com seriedade as políticas do idoso". Ainda segundo os investigadores, "com o envelhecimento populacional gerado pelo aumento da esperança média de vida e pela quebra da taxa de natalidade, esta realidade será cada vez mais uma demanda dos serviços de saúde, que começam já a proporcionar respostas insuficientes em relação à procura."

No caso particular do concelho de Vila Nova de Gaia e, no que às freguesias de Mafamude e Vilar do Andorinho diz respeito, os enfermeiros que conduziram esta investigação referem ainda que "o envelhecimento é uma realidade de inegável sustentação" e que "os recursos comunitários disponíveis, no que à rede informal de apoio ao idoso dependente e do cuidador familiar diz respeito, é insuficiente em termos quantitativos e não se configura como promotora do alívio ou redução do impacto negativo resultante do acto de cuidar ao cuidador familiar".



Novos habitantes no Zoo Santo Inácio

Em meados de Novembro chegaram novos habitantes ao Zoo Santo Inácio que, depois do período de quarentena, poderão ser visitados no habitat 'normal', em Avintes

O Zoo Santo Inácio recebeu um tapir, três Lemures-de-cauda-anelada, um Mabeco, uma Capivara e dois casais de Maras.

O tapir sul americano é proveniente de um zoo de Madrid e foi desde logo baptizado de Artur, por ser um animal muito querido do tratador Artur, que trabalha no park de Avintes. Tem 16 anos e é muito sociável e curioso. Adora dar mergulhos e nadar de costas na piscina. Esta espécie tem uma tromba flexível, preênsil e com pêlos que sente cheiros e humidade.

Vindos de França, chegaram três Lémures-de-cauda-anelada machos para se juntarem às três fêmeas que já se encontravam na Ilha Central do Zoo

Santo Inácio. Com a formação destes três casais, os tratadores esperam que em breve se reproduzam. Esta espécie oriunda e ameaçada endémica de Madagáscar apresenta uma cauda maior que o corpo com anéis alternados brancos e pretos.

Chegou também uma fêmea de Mabeco proveniente da Holanda para formar um casal com o 'Mickey' que se encontrava sozinho. O recente casal ainda se está a conhecer, mas esperam-se bebés em breve. Em cada ninhada desta espécie podem nascer até vinte crias. Originária de África, esta espécie é também conhecida como Cão Selvagem Africano. Cada animal apresenta um padrão de coloração único variando entre manchas de cor amarela, branca, preta, vermelha e castanha.

Do grupo de três Capivaras fêmeas já existentes no Zoo Santo Inácio foi introduzido um macho vindo de França.



Com a chegada do primeiro macho, o zoo espera que a espécie também se reproduza. Proveniente da América do Sul, a Capivara é o maior roedor do mundo.

Chegaram também mais dois casais

de Maras que vieram aumentar o efectivo deste grupo para seis indivíduos. Também conhecida como Lebre da Patagónia esta espécie é monogâmica.

Recursos comunitários de apoio ao idoso são insuficientes

Estudo realizado por enfermeiros demonstra sobrecarga dos prestadores de cuidados

Nas USF Saúde no Futuro e Camélias do CS Soares dos Reis, foi levado a cabo durante o ano de 2009 um estudo sobre o impacto do cuidado prestado a idosos dependentes, pelos seus familiares prestadores de cuidados, pelos enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, no âmbito da realização da sua especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade Católica.

Nesse estudo os enfermeiros-investigadores debruçaram-se sobre a problemática dos idosos dependentes residentes em Mafamude e Vilar de Andorinho, em particular sobre o papel do prestador de cuidados que, como foi possível concluir com o estudo, recaí sobre familiares directos, como o próprio cônjuge ou os filhos. O estudo permitiu ainda concluir de forma muito clara que os idosos dependentes são essencialmente do sexo feminino e têm idade entre os 71 e 90 anos de idade, são maioritariamente casados e pouco instruídos, apresentando níveis de dependência acentuados. Por outro lado os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 48 e 78 anos e são reformados, gastando em média mais de 200€ em saúde, com o familiar idoso dependente de quem cuidam.

O estudo analisou ainda as características habitacionais onde os

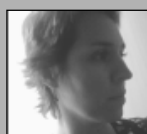


prestadores de cuidados desempenham as suas actividades de cuidado informal ao idoso, tendo concluído que, de um modo geral, as condições de habitabilidade são adequadas.

O estudo tinha ainda por objectivo classificar o grau de sobrecarga do cuidador familiar, bem como a funcionalidade e dinâmica familiar, tendo sido possível concluir que 64% dos cuidadores apresentam sobrecarga pelo cuidado prestado ao familiar idoso dependente. Quanto à funcionalidade e dinâmica familiar o estudo conclui que as famílias com familiares prestadores de cuidados a idosos dependentes demonstram elevados graus de funcionalidade e dinâmica familiar.

Para os investigadores este estudo reflecte uma caracterização muito precisa da realidade encontrada na prática profissional quotidiana e que se configura, segundo os próprios como "uma emergência social e de saúde pública, sendo necessário rapidamente debater com seriedade as políticas do idoso". Ainda segundo os investigadores, "com o envelhecimento populacional gerado pelo aumento da esperança média de vida e pela quebra da taxa de natalidade, esta realidade será cada vez mais uma demanda dos serviços de saúde, que começam já a proporcionar respostas insuficientes em relação à procura."

No caso particular do concelho de Vila Nova de Gaia e, no que às freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho diz respeito, os enfermeiros que conduziram esta investigação referem ainda que o envelhecimento é uma realidade de inegável sustentação e que os recursos comunitários disponíveis, no que à rede informal de apoio ao idoso dependente e seu cuidador familiar diz respeito, é insuficiente em termos quantitativos e não se configura como promotora do alívio ou redução do impacto negativo resultante do acto de cuidar ao cuidador familiar.



monólogos municipais

Diz-que-diz

O teleférico já voa. Ainda em fase experimental, mas já bem visível aos olhos de quem passa na beira-rio.

Este projecto foi apresentado nos primeiros dias de Junho de 2007, anunciando a finalização no ano seguinte para o S. João. Bom, não foi em 2008, nem em 2009 e nem em 2010, é certo. Mas, seguramente, deverá estar a 100% dentro de cinco meses para a grandiosa festa popular.

Dizia-se, então, que cada viagem simples - entre o Jardim do Morro e o Cais de Gaia - ficaria por seis euros, sendo a tarifa de ida e volta de 9,50 euros. Para os turistas, claro!

Hoje a única coisa que mudou foi a data. Prevê-se que esteja em funcionamento em final de Fevereiro. Mas é apenas uma previsão... das muitas que aconteceram desde 2007. Bom, também se consta que os moradores vão ter direito aos cinco minutos de travessia a preços mais baixos. Dizem!

Este equipamento, essencialmente turístico, já ultrapassou os dez milhões de euros. Ainda bem que são de investimento privado. Foi e é mais uma opção deste executivo. Uns gostam, outros nem tanto! Mas recordo que, quando foi a reunião de câmara, o projecto passou com os votos favoráveis do PSD/PP e do PS, chumbado apenas por Ilda Figueiredo, vereadora da CDU na altura.

Mas há mais! Durante o passeio que fez numa das viagens experimentais, o presidente da câmara já divulgou o projecto de um novo teleférico. Desta vez, o objectivo é ligar Gaia ao Porto, concretamente a zona do ArrábidaShopping ao Campo Alegre. Não com tantas características turísticas, é certo! Parece que - isto é tudo na base do diz-que-diz - já está em estudo e será construído no âmbito de um programa de sustentabilidade ambiental, apoiado pela Comissão Europeia e pelo Banco Europeu de Investimento.

Eu tenho duas certezas. A data da apresentação é que já está em testes. Tudo o resto foi o que ouvi dizer e que li pela imprensa nacional. O tempo passa, mas há hábitos que permanecem. Para a apresentação deste projecto nem todos os órgãos de comunicação social foram convidados. Parece que os periódicos nacionais foram os escolhidos! Lá está, é mais uma opção do executivo. Uns gostam, outros nem tanto!

Eu não gostei! Detestei, aliás... mas pensando bem, até entendo... foi uma opção financeira! Com esta crise deve poupar-se todos os cêntimos... e 6 euros por cinco minutos para tantos jornalistas... com toda a certeza que a tesouraria da câmara ia tremelicar!!!

13 anos à frente da câmara. É a data que Filipe Menezes tem estado a 'celebrar' nos últimos dias. Durante 13 dias foram apresentados 13 projectos/obras. Bom... apresentados, visitados, inaugurados... um pouco de tudo! Nem sempre pelo presidente, também é verdade. Hoje apetece-me destacar destas iniciativas três pontos.

O primeiro é a 'celebração' ter ficado ensombrada com a morte súbita de Nelson Cardoso, presidente da Gaianima. Para além de ocupar o mais importante cargo nesta empresa municipal, Nelson Cardoso era também um social-democrata activo e um amigo de Menezes. Segundo, os projectos... a cultura ficou esquecida... e o interior esquecido!

Terceiro - e desta vez inebriada pelo sentimentalismo -, a inauguração da escola secundária de Valadares. Que diferença! É assim que devem ser estes estabelecimentos de ensino! Modernos, apelativos e dinamizadores!

A data é simbólica, mas nem por isso mais ou menos importante das que virão! Ainda assim, parabéns!

Tânia Tavares



empresa jornalística
comunicação e
imagem, unipessoal

av. república, 1711 s/l esq. tras. | 4430-206 vn gaia
tels.: 223 700 574/6 | fax: 223 700 576
pressing@net.novis.pt

Liga dos Amigos da Floresta de Gaia nasce em Março

Já está patente no Parque Biológico a exposição comemorativa do Ano Internacional das Florestas. Trata-se de um espaço pedagógico que tem como principal objectivo "sensibilizar as escolas e a população em geral para um grande problema que afflige a humanidade - o decréscimo das florestas, que está directamente relacionado com o aquecimento global - e para a necessidade de proteger e aumentar a área florestal, para garantir a qualidade de vida", de acordo com vice-presidente da empresa Águas e Parque Biológico de Gaia EEM, Nuno Oliveira.

Após visita à exposição, o vice-presidente da câmara de Gaia lançou um apelo no sentido da divulgação deste "importante espaço de educação cívica e de complemento pedagógico no Parque Biológico, que serve de alerta à visível atitude predadora humana, face aos recursos naturais do planeta e à necessidade de preservação e manutenção florestal". Através desta iniciativa, é possível fazer um percurso pela evolução histórica das florestas, pela sua génese e funções primordiais.

Na ocasião, Marco António Costa anunciou a criação da "Liga dos Amigos da Floresta em Gaia", uma



iniciativa institucional que pretende agregar entidades públicas e privadas em torno da preservação e valorização florestal: "Na prática, pretende constituir um serviço de aconselhamento e apoio técnicos aos proprietários privados de Gaia, para uma boa gestão das suas unidades territoriais e um maior cuidado na manutenção das florestas. É mais um passo na nossa intervenção ambiental, agora no âmbito privado". A "Liga dos Amigos da Floresta em Gaia" será lançada publicamente em Março, com a assinatura de um pacto pelas várias entidades públicas, regionais e nacionais envolvidas, e irá garantir também uma melhor política de protecção civil, no combate aos fogos florestais.

No âmbito da política prioritária de valorização e preservação ambiental, o autarca destacou o projecto em curso "Encostas do Douro", o qual, a exemplo do que sucedeu com a reabilitação da costa de mar, pretende devolver toda a costa de rio à população: "No prazo de oito a dez anos, pretendemos valorizar todo o espaço territorial da frente rio, desde a Ponte Luiz I até ao extremo nascente do concelho, com o objectivo de preservar ambiental e paisagisticamente, de reorganizar a malha urbana, mas, principalmente, de dotar todo esse espaço, que é de grande beleza e riqueza patrimonial, de condições e equipamentos capazes de devolver à população aquilo que lhe pertence, para fruição pública de um espaço requalificado e desenvolvido".

A exposição comemorativa do Ano Internacional das Florestas pode ser visitada no Parque Biológico de Gaia até 2012, nos horários normais do equipamento municipal: das 10 às 18 horas, entre os meses de Outubro e Maio, e das 10 às 19 horas, entre Abril e Setembro.

Conferencia no Seminário da Boa Nova

Está a decorrer um Ciclo de Conferencias na Capela do Seminário da Boa Nova, em Valadares. A primeira foi no pretérito dia 17, pelas 21h, que versou o tema sobre a Carta Pastoral, "Como Eu vos fiz, fazei vós também" (Para um rosto missionário da Igreja em Portugal), o conferente foi e continua a ser D. António Couto, Bispo Auxiliar de Braga e Presidente da Comissão Episcopal para as Missões.

O auditório acolheu muitos interessados nesta conferência, para ouvir e ver num ecrã as explicações anunciadas e explicadas como: em homenagem a todos aqueles que em tempos passados animaram o nosso país com o seu fulgor missionário.

Foi explicado que o Evangelho de Jesus é cada vez menos conhecido.

Explicado foi também que o Evangelho significa comunicação, formação, inteligência, entranhas, mãos e coração.

Citando factos reais do Evangelho como: Deus é amor e nos ama com amor-perfeito, o amor é a ponte que faz passar da morte para a vida. Mas há mais para ouvir e ver é preciso estarmos atentos...

Manuel Augusto de Carvalho

Projecto inovador junto dos cuidadores de idosos

Na Unidade de Saúde Familiar 'Saúde no Futuro' do Centro de Saúde Soares dos Reis encontra-se agora em curso o Projecto Cuidador do Cuidador. Este programa vem no seguimento do levantamento de necessidades em saúde, realizado nos meses de Outubro e Novembro, pelo Enfermeiro António Dias, relativo à sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

Esta acção arrancou em Novembro de 2010, com a primeira sessão de educação para a saúde, onde para além da apresentação se realizou uma sessão de formação/educação para a saúde.

Ensinou-se ou lembrou-se aos cuidadores participantes os cuidados a ter na prevenção de feridas relacionadas com a imobilidade.

Estas feridas são chamadas de úlceras de pressão e são um desafio aos enfermeiros e médicos de família dos idosos dependentes, pois surgem muito rapidamente (às vezes algumas horas são suficientes) e são de muito difícil e demorado tratamento.

As sessões têm lugar na sala de reuniões do Centro de Saúde Soares dos Reis, às terças-feiras às 16 horas e serão realizadas pelo enfermeiro António Dias, Mestrando em Enfermagem Comunitária pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.

Este projecto contará ainda com a participação de alguns parceiros, como a Dra. Susana Monteiro da Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Soares dos Reis e Dra. Cristina Lima, Assistente Social do Centro de Saúde, que abordarão a temática das ajudas complementares ao cuidador, desde os apoios sociais até ao apoio prestado pela Liga dos Amigos.

Conterá ainda com um grupo de psicólogas da Fundação Portuguesa CCS que terão a oportunidade de dinamizar um grupo de ajuda terapêutico.

No final de todas as sessões existe um lanche, onde é proporcionado aos participantes um agradável momento de convívio.

Drogaria Massanhata, Lda.

**Materiais de Construção
Desde 1958 em Canelas**

SEDE/LOJA: R. Delfim Lima, 2229
4405-275 Canelas VNG
Telef.: 227 110 580

ARMAZÉM: Rua dos Terços, 996
4405-270 Canelas VNG
Telef.: 227 137 354



Anexo XII

Projecto MDAIF-SAPE

Projecto de Implementação da componente operativa do MDAIF no SAPE ao nível dos CSP

Enf. António Dias

Enf. Graça Barbedo

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Decorrente do Mestrado de Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, os enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, encontram-se presentemente a desenvolver projectos de intervenção comunitária e familiar no âmbito da unidade curricular Estágio, do referido Mestrado, nas Unidades de Saúde Familiar Saúde no Futuro e Camélias do Centro de Saúde de Soares dos Reis, pertencente ao ACES Grande Porto VIII\Gaia.

Nesse âmbito, pretendemos implementar a componente operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), da Professora Doutora Henriqueta Figueiredo, no SAPE das USF a que pertencemos (USF Camélias e USF Saúde no Futuro). Para isso solicitamos já autorização à Professora Henriqueta que gentilmente autorizou, tendo sido já possível levar a cabo uma reunião preparatória no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta, para observar *in loco* a utilização da componente operativa do MDAIF.

Esta solicitação tem como objectivo a implementação dos conhecimentos e competências adquiridas com as aulas do Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, em particular as competências em Enfermagem de Família e sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Mais gostaríamos que esses conhecimentos e competências fossem alargados aos restantes colegas para que dele possam retirar as mais-valias inerentes à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, ao desenvolvimento da autonomia profissional e da própria profissão e, à maior satisfação dos utentes e famílias, por intermédio de formação interna que fomente a Enfermagem de Família, enquanto tal e o MDAIF como suporte á actuação do Enfermeiro de Família.

2. JUSTIFICAÇÃO:

Na nossa prática profissional, podemos constatar algumas insuficiências da parte dos sistemas de informação disponíveis, para uma adequada documentação e registo do processo de cuidados de enfermagem às famílias, em contexto de cuidados de saúde primários. Dessa forma o MDAIF e a sua operacionalização no actual sistema de informação disponível permitiriam colmatar essa lacuna e consequentemente actuar como factor promotor da prática efectiva de uma Enfermagem de Família.

Esta experiência tem vindo já a ser levada a cabo na ULS Matosinhos, com resultados positivos, restando apenas verificar a sua potencialidade ao nível dos CSP num contexto diferente das Unidades Locais de Saúde.

3. OBJECTIVO:

Importar a Avaliação Inicial, Diagnósticos e Intervenções do SAPE do CS de S. Mamede de Infesta da ULS Matosinhos, para o servidor do Centro de Saúde de Soares dos Reis do ACES Porto VIII/Gaia, de forma a que todos os enfermeiros tenham acesso ao MDAIF e o possam utilizar nas suas consultas à família.

4. IMPLEMENTAÇÃO

Certamente que a importação da Avaliação Inicial, Diagnósticos e Intervenções do SAPE da ULS Matosinhos, não será o único passo necessário para promover a implementação do MDAIF na praxis corrente do enfermeiro de família, mas é sem sombra de dúvida, um passo essencial, sem o qual toda a formação que possa ser dada em Enfermagem de Família e sobre o próprio modelo (como pretendemos internamente fazer), não tem consequências imediatas no desenvolvimento de competências operacionais, daí a importância da sua disponibilização no SAPE.

Solicitamos que este processo ocorra em duas etapas:

Etapa Inicial – Instalação de uma versão teste no servidor das USF referidas, para familiarização dos elos de ligação com a componente operacional do MDAIF;

Etapa Complementar – Formação para os restantes elementos das equipas de enfermagem, levada a cabo a nível interno nas USF referidas, para possibilitar para análise dos ganhos em saúde decorrentes da prestação de cuidados à família em Cuidados de Saúde Primários, utilizando o MDAIF inserido no SAPE, em particular, fora do contexto de uma Unidade Local de Saúde.

Os elos de ligação seriam:

Enfermeiro António Dias – USF Saúde no Futuro

Enfermeira Graça Barbedo – USF Camélias

Enfermeiro Jorge – ARS Norte, IP

Enfermeira Alcina – ARS Norte, IP.

Professora Doutora Henriqueta Figueiredo – ICS-UCP

A implementação da fase inicial, teria lugar até ao final do ano de 2010, iniciando-se em Janeiro de 2011 a segunda fase, alargada à participação dos restantes elementos das equipas de Enfermagem das USF envolvidas.

Os mestrandos actuariam como elos de ligação na formação referente às competências iniciais necessárias à utilização deste modelo no SAPE, progredindo até final de Março, com o intuito de sugerir alterações tidas como convenientes e com a avaliação final da experiência de utilização.

A Professora Doutora Henriqueta Figueiredo disponibilizou-se também acompanhar todo o processo e participar na formação a nível local.

5. PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS:

As sessões formativas nas USF em questão seriam dinamizadas pelo Enf. António Dias, na USF Saúde no Futuro e, pela Enf. Graça Barbedo, na USF Camélias, contando com a colaboração da Prof. Doutora Henriqueta Figueiredo.

Seriam levados a cabo sessões formativas de 45 minutos de duração com periodicidade semanal, ao longo de um semestre, tal como previsto no mapa em anexo.

6. AVALIAÇÃO:

A avaliação final constará de um relatório resultante da experiência com o MDAIF no SAPE, de onde farão parte as propostas de alteração da versão informática,

do plano formativo a desenvolver e das competências adquiridas que se constituam como ganhos em saúde.

Esta experiência seria piloto para uma eventual generalização posterior aos CS da ARS Norte, sendo que o momento é deveras oportuno, pois cogitam-se para breve alterações no SAPE, pelo que a incorporação do MDAIF, constitui uma excelente oportunidade para a Enfermagem de Família.

ANEXO 1 – PLANO FORMATIVO

PLANO DO PROCESSO FORMATIVO

Conteúdo a desenvolver	Tempo	Metodologia/Meios auxiliares	Formadores
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CSP no contexto geral da saúde no contexto geral da saúde e modelo organizacional de Enfermeiro de Família; ▪ Família: o contexto e a unidade de cuidados; ▪ Abordagem sistémica como paradigma de intervenção nos cuidados à família; 	1h 1h 1h	<p>Expositiva: <i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Slideshow</i></p> <p>Interrogativa</p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O Ciclo Vital da Família: Mudança e Complexificação; ▪ Enfermagem de Saúde Familiar: contextos e aplicação; ▪ Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; ▪ Instrumentos de Avaliação Familiar; 	1h 30min. 2h 1h	<p>Expositiva: <i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Slideshow</i></p> <p>Interrogativa</p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O contributo dos SIE no desenvolvimento da Enfermagem de Família; ▪ A CIPE como instrumento de unificação da linguagem em Enfermagem de Família; 	30min. 1h	<p>Expositiva: <i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Slideshow</i></p> <p>Interrogativa</p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese integradora dos vários conteúdos; ▪ Análise e discussão de estudos de caso práticos decorrentes do contacto directo com a aplicação informática SAPE com o MDAIF; 	1h	<p>Expositiva Activa: <i>Trabalho e discussão em grupo</i> <i>Desenvolvimento de estudos de caso em situações problema</i></p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>