

1 – INTRODUÇÃO

A constante e acelerada evolução científica e tecnológica na área da saúde, contribuiu para o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, um aumento da população com 65 e mais anos. De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006) prevê-se que em 2025, só na Europa, o grupo etário mais idoso (idades acima dos 80 anos) passe de 21,4 milhões para 35,7 milhões. Concomitantemente, segundo as previsões das Nações Unidas, prevê-se que em 2050 a média de idades, em Portugal, possa chegar aos 50 anos.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010) a evolução da população residente em Portugal tem vindo a denotar um contínuo envelhecimento demográfico, como resultado das tendências de aumento da longevidade e de decréscimo da fecundidade. A média de idades em Portugal, em 2015, segundo o INE (2011) era de 44 anos, valor que evidencia o envelhecimento da população quando comparado com a média de 37.9 anos, no ano 2000 e de 32.2 anos em 1985.

Para Paúl e Fonseca (1999) o envelhecimento é não só um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano, partindo da perspectiva que este vai sofrendo alterações funcionais e de ordem social, implicando uma contínua adaptação, no sentido da procura de novos equilíbrios, internos e externos. Importa realçar que uma maior longevidade não significa que a vida das pessoas seja livre de problemas de saúde e com a qualidade de vida desejável. No decorrer da vida humana, os indivíduos são confrontados com situações de doença ou acidentes que interrompem o completo bem-estar e dão lugar a situações de dependência e de perda de autonomia. Estas situações têm-se tornado cada vez mais evidentes devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes e vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2006) daí a necessidade de refletir e intervir nestes grupos vulneráveis.

A necessidade de criar condições para receber a pessoa em situação de dependência no contexto domiciliário, deve ser tida em atenção a partir do momento em que o doente é admitido no hospital e se vê confrontado com determinada doença que passará a impor um conjunto de incapacidades crónicas. Após a fase aguda, procura-se que o doente volte ao seu contexto familiar, o mais rápido possível e que os familiares detenham os conhecimentos e as habilidades necessárias para realizar todas as tarefas

necessárias à prestação de cuidados que a pessoa em situação de dependência requer, no sentido de satisfazer as suas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e as suas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

As repercussões associadas ao cuidar de uma pessoa dependente têm vindo a assumir importância crescente atendendo ao envelhecimento demográfico da população e ao aumento da prevalência de doenças crónicas. O aumento contínuo do segmento da população com idades mais avançadas requer cuidados especiais, em resultado das limitações que lhe estão associadas, o que implica uma resposta da sociedade no desenvolvimento do apoio ao idoso e famílias ou a outros prestadores informais de cuidados. Torna-se então essencial otimizar o papel do cuidador informal como via para a promoção de cuidados permanentes de qualidade, de natureza ambulatoria, que contribuam para a promoção da qualidade de vida das populações mais idosas.

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

A continuidade de cuidados, essencial à prestação de cuidados no domicílio, contribuiu para uma resposta mais humanizada, privilegiando-se a permanência da pessoa dependente no seu ambiente familiar, o que vai ao encontro das aspirações, tanto do doente, como da família, além do próprio Estado, ao diminuir o elevado número de internamentos e conseqüentemente os gastos em saúde.

Cuidar de um familiar com dependência surge muitas vezes de forma inesperada. O cuidador não tendo formação prévia necessita de apoio dos profissionais de saúde para que possa conhecer o seu papel e agir. Nesta perspetiva importa compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio por estes cuidadores informais, pois qualquer cuidador necessita de informação, educação, encorajamento e suporte, segundo Veríssimo e Moreira (2004). A “prática de parceria com a família” implica a partilha de conhecimentos e experiências que potenciem um reforço das práticas de cuidados numa maior colaboração e uniformização entre os atores envolvidos: cuidadores formais e informais.

Neste contexto, surgiu, em 2011, um projeto inovador e pioneiro na região de Évora, integrado na UCC de Évora e designado como “Cantinho do Cuidador”. Trata-se de um recurso criado para os cuidadores do concelho de Évora, que surge da constatação dos técnicos que prestam cuidados no domicílio, das dificuldades e limitações dos cuidadores. É um espaço de formação, informação, apoio e socialização onde cuidadores informais e técnicos partilham vivências, experiências e emoções. É um espaço de afetos, onde todos os participantes recebem mais do que dão. Assume-se como uma resposta de apoio, acompanhamento e suporte aos Cuidadores Informais do concelho de Évora e assenta essencialmente em duas respostas: Acompanhamento individual e Sessões temáticas de divulgação e partilha.

Ambos os Estágios que integram o Curso de Mestrado profissional em Enfermagem Comunitária foram realizados na UCC de Évora, com envolvimento direto nas atividades do “Cantinho do Cuidador”. Este Relatório constituiu-se como requisito para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, no ano letivo de 2015/2016, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, com o tema “Cuidar dos que cuidam – Uma abordagem às necessidades dos cuidadores informais”, que teve como objetivo geral a identificação das necessidades dos participantes nas atividades desenvolvidas no cantinho do cuidador (durante o ano de 2014) e dos cuidadores informais integrados na ECCI da UCC - Évora. De modo a que a concretização do objetivo geral fosse atingível, foram estabelecidos objetivos específicos:

- Descrever sócio demograficamente os utilizadores do Cantinho do Cuidador e cuidadores informais pertencentes à ECCI da UCC - Évora;
- Identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelos utilizadores do Cantinho do Cuidador e cuidadores informais pertencentes à ECCI da UCC - Évora;
- Elaborar o plano de atividades a desenvolver no cantinho do cuidador durante o período de 2015/2016;
- Elaborar o Manual de apoio destinado aos cuidadores informais.

Este relatório está organizado em sete capítulos que se complementam entre si. Após a introdução, de modo a contextualizar todo o relatório, num primeiro momento analisa-se o contexto do envelhecimento a nível Nacional, dando posteriormente ênfase à Região Alentejo e mais concretamente ao Concelho de Évora. Segue-se a caracterização dos recursos materiais e humanos e a descrição do processo de aquisição de competências.

Numa terceira parte faz-se uma análise da população, onde se caracteriza de modo geral a população envolvida e se identificam os cuidados e necessidades específicos dessa população. O quarto e quinto capítulos são destinados aos objetivos do estágio profissional e transportam-nos para a descrição e reflexão sobre as intervenções que sustentam este relatório, suas metodologias, estratégias e recursos envolvidos. O sexto capítulo diz respeito à avaliação de todo o projeto. Por fim, no sétimo capítulo, reflete-se sobre as competências profissionais adquiridas e procura fazer-se um balanço final, onde serão evidenciadas as principais dificuldades e limitações sentidas, assim como as aprendizagens e sugestões de melhoria, como profissional e como interveniente num processo contínuo de intervenção comunitária.

Este Relatório está organizado de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. Tal como previsto pelo referido regulamento, foi utilizado o Manual de Normas para a elaboração de relatórios de estudos empíricos da Associação Americana de Psicologia.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

Em Portugal, segundo o Anuário Estatístico da Região Alentejo 2013/2014, o número de residentes no Alentejo, com 65 e mais anos situa-se nos 179.433, enquanto que com 75 e mais anos esse valor se situa nos 97.858 residentes (INE, 2012).

O Alentejo é a maior Região de Portugal com uma área de 31.551,2 km², o que corresponde a 33% do continente e compreende, segundo o INE (2011) 760.098 habitantes. Maioritariamente são mulheres, 390.563 habitantes do sexo feminino e 366.739 habitantes do sexo masculino.

Segundo o Programa Territorial de Desenvolvimento do Alentejo Central, este apresenta uma dimensão geográfica de 7.228,8 km² e uma população residente de 170.640 habitantes (dados estimados de 2006 - INE), esta sub-região situa-se no corredor central que faz a ligação Lisboa-Madrid (Figura 1).

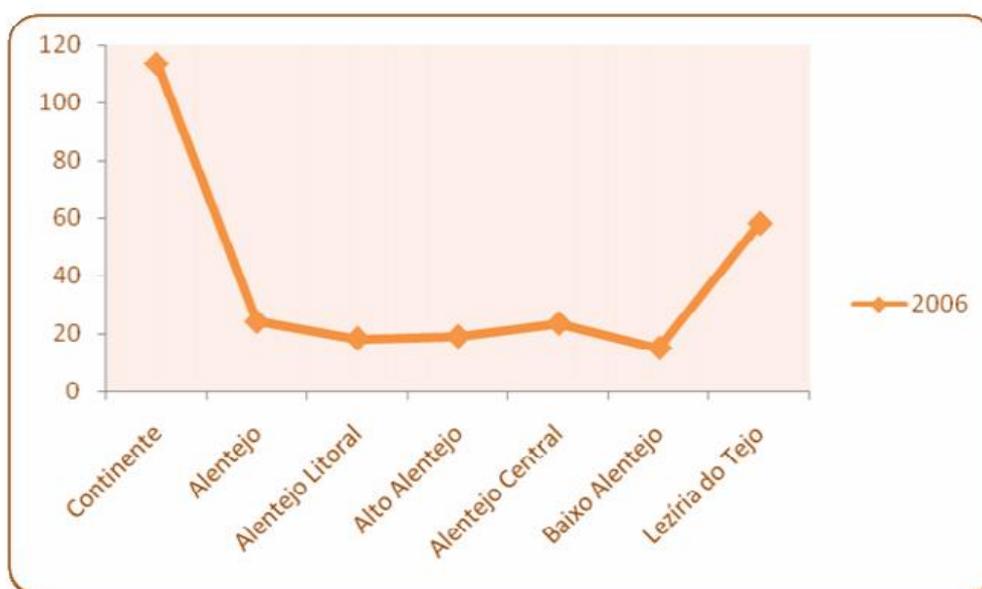


Figura 1: Mapa do Alentejo

Fonte: www.portugalvirtual.pt

A Região Alentejo é uma região estatística (NUTS II) portuguesa constituída por 5 NUTS III, 58 municípios e 392 freguesias e constitui-se como a maior região de Portugal em termos territoriais - com uma área total de 31.551 Km² - mas é simultaneamente a região com menor densidade populacional: apenas 24,2 habitantes por Km² (por contraste com 113,6 no Continente), residentes, na sua maioria, em lugares até 5.000 habitantes. A NUTS III do Alentejo Central apresenta neste contexto um valor igual à média regional (24 hab/Km²), ainda que acima das outras sub-regiões “tradicionais” alentejanas (Gráfico 1).

Gráfico 1: Densidade Populacional no Alentejo



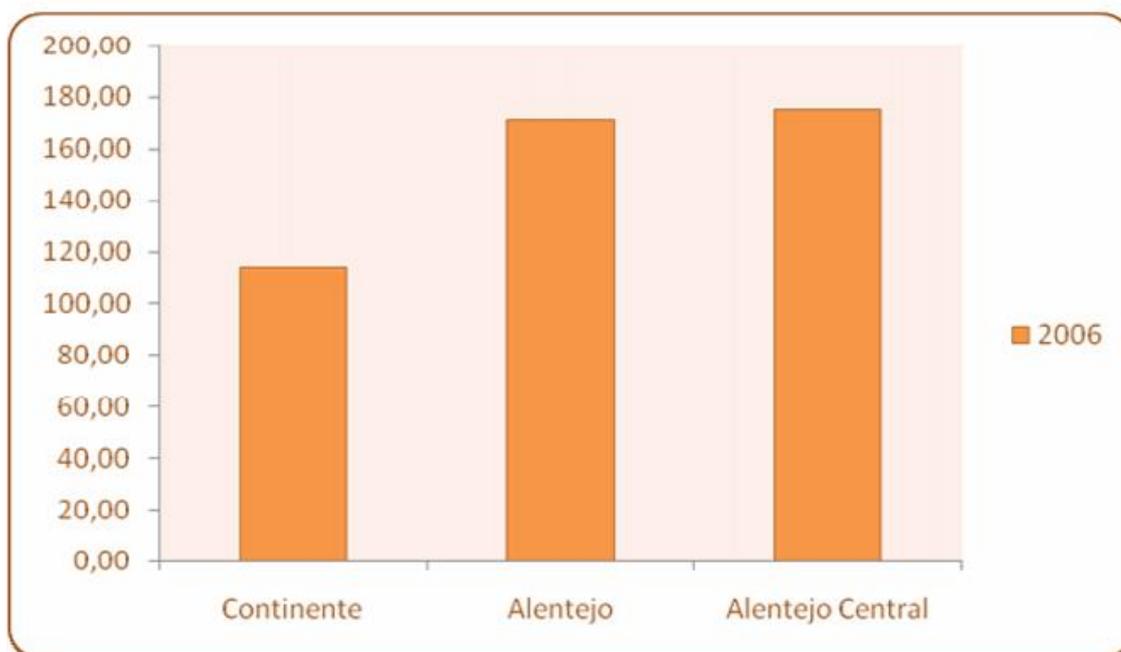
Fonte: Anuário Estatístico Regional do Alentejo 2006 - INE

A evolução da densidade populacional entre o último ano censitário e o ano 2006 pauta-se por uma tendência descendente em todas as NUTS III do Alentejo, com exceção da Lezíria do Tejo, que apresenta um crescimento ligeiro. Este facto confirma o fenómeno de desertificação vivido na Região Alentejo desde a década de 70, que tem todavia vindo a ser contrariado pela implementação de estratégias, programas e ações direcionadas para o desenvolvimento socioeconómico e que começam a apresentar resultados, graças à atuação conjunta dos mais diversos agentes locais, de natureza pública e privada. Deste modo, embora a realidade populacional do Alentejo seja tendencialmente caracterizada pelas sucessivas perdas populacionais, nas últimas décadas constata-se uma desaceleração da perda populacional, sendo atualmente, e desde 1981, o Alentejo Central

a sub-região com mais população residente no chamado “Alentejo Tradicional”, que não inclui a NUTS III Lezíria do Tejo (INE, 2006).

O envelhecimento populacional é uma realidade em Portugal e, de uma forma mais acentuada, em toda a Região Alentejo. O Alentejo Central apresenta um índice de envelhecimento acima da média regional, sobretudo em função do acentuado declínio da taxa de fecundidade, o que não deixa de ser um fator negativo para o seu desenvolvimento (Gráfico 2).

Gráfico 2: Índice de Envelhecimento Populacional no Alentejo



Fonte: Recenseamento Geral da População e da Habitação - INE

Esta evolução desfavorável começou por ser um reflexo dos fenómenos migratórios, sendo hoje em dia resultado de fatores endógenos, tais como o crescimento natural negativo e a incapacidade de atração de população, tendência que está, no entanto, a sofrer uma inversão como já se referiu anteriormente, com a desaceleração do decréscimo populacional.

O distrito de Évora é composto por 14 concelhos (Figura 2).



Figura 2: Distrito de Évora

Fonte: <http://www2.cm-evora.pt/>

O concelho de Évora, com uma área de 1306.3 km², ocupa 5% da superfície da Região do Alentejo. O concelho de Évora, capital do distrito, é o maior concelho em termos de área, possuindo 19 freguesias. Estas encontram-se divididas em freguesias urbanas e freguesias rurais, sendo 7 as freguesias com um cariz urbano e 12 as freguesias com um cariz rural (Figura 3).



Figura 3: Concelho de Évora

Fonte: <http://www2.cm-evora.pt/>

Em números absolutos, Évora é o concelho do Alentejo Central com mais habitantes. Segundo os últimos dados demográficos disponíveis que dizem respeito ao ano de 2011, possuía um total de 56.596 habitantes (Pordata, 2011), conforme tabela 1.

Tabela 1 – Habitantes do Concelho de Évora

Grupos de idades	2001	2011
0 – 14 anos	8422	8148
15 – 24 anos	7958	5895
25 – 64 anos	29726	31386
> 65 anos	10413	11167
TOTAL	56519	56596

Fonte:INE,2011

Comparando os dados dos censos 2001 com os censos 2011, pode verificar-se o envelhecimento demográfico no concelho de Évora, tal como acontece em Portugal, onde a percentagem de jovens recuou para 15% e de idosos aumentou para 19%. Tal como evidenciado na tabela 2, o Alentejo apresenta um elevado envelhecimento populacional, sendo que o concelho de Évora não é exceção. A Região Centro e a Região Alentejo revelam-se como as duas mais envelhecidas de Portugal. O Alentejo é a única Região cujo Índice de Longevidade ultrapassou o valor 50, o que significa que a maior parte da sua população idosa tinha em 2011, 75 ou mais anos (INE, 2012).

Tabela 2 – Indicadores Demográficos de Envelhecimento

INDICADORES	Concelho de Évora	Alentejo	Portugal
Índice de Envelhecimento	151.7	186.5	141.3
Índice de Longevidade	52.0	54.5	49.1
Índice de Dependência de Idosos	32.9	39.2	31.1

Fonte: INE, 2014

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), conceito estabelecido em 1978 na Conferência de Alma-Ata, organizada pela OMS e pela UNICEF, constituem, segundo o Ministério da Saúde (2012) a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão dos problemas de saúde que resolvem (80 a 85%), quer pela diversidade de intervenções que asseguram. Atuam ao longo de todas as fases da vida e integram diversas modalidades de intervenção em saúde: promoção da saúde, prevenção da doença,

diagnóstico precoce, terapêutica adequada, reabilitação e reinserção social. Localizam-se próximo da população e são pró-ativos para com os cidadãos, designadamente com os mais vulneráveis, contribuindo para promover a equidade e garantir o acesso aos cuidados de saúde. Promovem a participação ativa dos cidadãos, não só no seu próprio processo de saúde como também no de outros. Conferem, comprovadamente, mais efetividade e eficiência aos sistemas de saúde.

Os CSP asseguram a maior fatia do total da prestação de cuidados de saúde à população, nomeadamente à população portuguesa: em 2009 (último ano com estatísticas de produção dos CSP e dos Cuidados de Saúde Hospitalares, divulgadas pela DGS) os CSP produziram 34,4 milhões de consultas médicas, para além dos cuidados prestados por outros profissionais e de uma grande diversidade de intervenções do âmbito da saúde pública e da saúde comunitária, ainda não devidamente apuradas pelas estatísticas oficiais (Nunes et al., 2012).

As principais funções dos CSP passam pela promoção da saúde e prevenção da doença, pela prestação de cuidados na doença e pela articulação com outros serviços promovendo a continuidade de cuidados. De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, os CSP são considerados um pilar do sistema de saúde, funcionando o centro de saúde como a primeira linha de acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde. Ainda, segundo este decreto-lei, com a reorganização dos CSP, são criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). O objetivo dos ACES é aumentar a autonomia organizativa e colocar a gestão mais próxima do terreno.

O ACES Alentejo Central é um serviço descentralizado, sujeito ao poder de direção da ARS Alentejo, IP, com autonomia administrativa e é constituído por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, tendo como missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população da sua área de influência, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Também desenvolve atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais. A sua área de intervenção estende-se aos concelhos do Distrito de Évora (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa), numa extensão de 7393 km², abrangendo uma população

residente em 2011, de acordo com o último recenseamento da população, que situa a população em 166.726 habitantes.

Dessa reorganização emerge uma nova tipologia de unidades funcionais, cada uma delas com uma missão, valores e área de abrangência e influência definidas. Assim, atualmente existem Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidades de Saúde Pública (USP).

Segundo o Despacho n.º 10143/2009, artigo 3.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, as UCC têm como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

O Estágio Final do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Évora, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central.

O Cantinho do Cuidador é um projeto criado em 2011, que se constitui como recurso para os cuidadores do concelho de Évora, após a constatação dos técnicos que intervêm no domicílio, das dificuldades e limitações dos cuidadores. Preconizaram que a finalidade do Cantinho do Cuidador seria; Sensibilizar os cuidadores e familiares para os apoios e tratamentos prestados ao doente; Otimizar estratégias adequadas aos cuidadores e familiares na adaptação à doença e suas consequências - gerir expectativas; Promover a qualidade da prestação dos cuidados de saúde diários, potenciando a aquisição de estratégias de resolução de problemas; Promover um ajustamento emocional à doença; Fornecer suporte informativo; Proporcionar suporte social e partilha de experiências. O Cantinho do Cuidador assume-se, então, como uma resposta de apoio, acompanhamento e suporte aos Cuidadores Informais do concelho de Évora que contempla duas respostas: Acompanhamento individual e Sessões temáticas de divulgação e partilha. A nível de acompanhamento individual, funciona todas as terças feiras, das 15 às 16 horas, na UCC, não sendo necessária marcação prévia, estando um elemento da equipa de enfermagem responsável por esse atendimento. As sessões temáticas de divulgação e partilha são

planeadas, tendo em conta as necessidades dos cuidadores e posteriormente realizadas mensalmente, num dia da semana e horário pré-definidos (de modo a ser mais facilmente fixado pelos participantes). Tratam-se de sessões temáticas que potenciam o papel do cuidador e promovem a socialização e partilha de vivências próprias de cada participante que encontra no Cantinho do Cuidador, além de um espaço de apoio, um grupo de pessoas que passaram ou passam por situações semelhantes.

A participação nas atividades do Cantinho do Cuidador é livre e aberta a todos os que o queiram fazer. São atividades sem fins lucrativos e sem limite de frequentadores. O período temporal das atividades é compreendido entre Outubro e Junho, com atividades mais “festivas” em determinadas épocas (Natal, Feira de São João).

Sendo um projeto de evidente relevância, dado o aumento de cuidadores informais na sociedade contemporânea, foi necessário caracterizar o grupo de utilizadores do Cantinho do Cuidador, de modo a identificar as suas necessidades e interesses e utilizar essa informação para dinamizar o Cantinho do Cuidador, de modo a que possa ser um recurso dinâmico, individualizado, acessível e que dê resposta às reais necessidades desse grupo.

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

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

A composição e motivação de uma equipa de trabalho é um aspeto da máxima importância para o sucesso de qualquer projeto de âmbito comunitário. Também a missão para os CSP reconhece que o investimento na matéria humana que compõe os serviços é vital para a reforma dos CSP. Segundo o Ministério da Saúde (2010), a reforma dos CSP, iniciada em 2005, teve como grande objectivo melhorar o desempenho dos centros de saúde através da sua reorganização em equipas multiprofissionais. O conceito essencial era o de trabalho em equipa.

A UCC de Évora situa-se no primeiro andar da Unidade de Saúde Portas de Avis, em Évora, partilhando o restante espaço com a Unidade de Saúde Pública. A equipa de enfermagem é constituída por 9 enfermeiras. Além da equipa de enfermagem, a UCC conta com uma assistente técnica, uma psicóloga, uma nutricionista, um assistente social, um fisioterapeuta e um médico de medicina geral e familiar. Todos estes elementos são

recursos partilhados com outras unidades. A equipa ocupa 3 gabinetes, um deles com bancada de trabalho e áreas comuns para reuniões e instalações sanitárias. A Unidade é munida de todo o material necessário para que seja possível desempenhar as funções a que se propõe, bem como o funcionamento da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Contam com duas viaturas, indispensáveis para a realização das visitas domiciliárias e todo o trabalho na comunidade e ainda uma unidade móvel de saúde.

No que diz respeito às sessões do Cantinho do Cuidador, não se pode considerar que exista um local fixo para as mesmas. Nos últimos anos não se manteve o mesmo espaço de um ano para o outro, pelos mais diversos motivos (imposições superiores, má acessibilidade, deficiente luminosidade, ambiente muito frio). No ano 2015/2016, foi requisitada uma nova sala e realizada apenas uma sessão na mesma, sendo novamente necessário encontrar um novo espaço que conseguisse acomodar de forma adequada os participantes. Assim, a maior parte das sessões foram e continuarão a ser realizadas na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, instalações de fácil acesso aos participantes, ampla o suficiente para o número de frequentadores.

2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2010), estes desenvolvem uma prática globalizante e centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos CSP com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

A Enfermagem Comunitária é a área de especialização em enfermagem que mais interage com o indivíduo no seu meio, no seu espaço, sem barreiras protetoras ou subterfúgios. *“O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes*

(pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Nesta perspetiva, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. Este deve apresentar conhecimento sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assim como elevada capacidade de resposta adequada às necessidades das pessoas, grupos e comunidade, e desta atuação devem sempre resultar ganhos em saúde (Regulamento n.º 128/2011; Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011).

Evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade. Identifica as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo a articulação necessária, desenvolvendo uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, num determinado contexto social, económico e político. Cabe assim ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária ir ao encontro do utente /ou grupos no seu contexto, no seu ambiente natural, ajudando-os a capacitarem-se ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença de modo a poderem atingir o melhor estado de saúde possível.

Este projeto incidiu sobre um grupo específico, com necessidades especiais, essencialmente ao nível do suporte e formação e pretende ser, em simultâneo, uma resposta às necessidades dos Cuidadores Informais do Concelho de Évora e também um momento de consolidação das competências de enfermeiro especialista, indo assim ao encontro do preconizado pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente:

- 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 objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas (Tabela 3):

Tabela 3 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.	G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade. G1.1.2. Integra variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde. G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade. G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde. G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde. G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde. G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade. G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.
G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.	G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde. G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.
G1.3. Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.	G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos. G1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objectivos operacionais. G1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade.
G1.4. Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.4.1. Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. G1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos. G1.4.3. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção. G1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos. G1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções. G1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção.
G1.5. Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. G1.5.2. Procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política. G1.5.3. Procede à reformulação dos objectivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida. G1.5.4. Actualiza o perfil de saúde e utiliza-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos (Tabela 4):

Tabela 4 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (cont.)

Unidades de competência	Critérios de avaliação
G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania.	G2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas. G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais. G2.1.5. Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.
G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.	G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado. G2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. G2.2.3. Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.
G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.	G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde. G2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades. G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde. G2.3.4. Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde. G2.3.5. Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária. G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades. G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades. G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação. G2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades. G2.3.10. Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde (Tabela 5).

Tabela 5 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (cont.)

Unidades de competência	Critérios de avaliação
G3.1. Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.	G3.1.1. Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde. G3.1.2. Cooperar na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde. G3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde. G3.1.4. Optimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária. G3.1.5. Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde. G3.1.6. Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade. G3.1.7. Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde. G3.1.8. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde. G3.1.9. Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos Programas de Saúde.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

O conceito de população vem do termo latim *populatio*. Na sua aceção mais habitual, a palavra faz referência ao conjunto de pessoas que habitam a Terra ou qualquer divisão geográfica desta. Também permite referir-se ao conjunto de edifícios e espaços de uma cidade e à ação e ao efeito de povoar (Pestana, 2006).

A população-alvo é formada por um grupo mais ou menos alargado de indivíduos com algumas características comuns. Consiste numa “coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definida por um conjunto de critérios” (Fortin, 1999, p.102). Para Polit e Hungler (1995) população é todo o agregado de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios. Cabe ao investigador estabelecer esses critérios de elegibilidade, de forma a decidir se uma pessoa seria classificada ou não como membro da população em questão.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população-alvo do projeto são os Cuidadores Informais do Concelho de Évora pertencentes à UCC – Évora, composta pelos frequentadores do Cantinho do Cuidador e pelos cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI.

O Cantinho do Cuidador é um espaço de formação, apoio e sociabilização onde cuidadores informais e técnicos de saúde partilham vivências, experiências e emoções.

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Ministério da Saúde, 2014).

Uma pessoa em situação de dependência requer a ajuda de outra para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, ou seja, “exige” um cuidador. Desde sempre existem cuidadores, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer, tal como refere Collière (1999). Para Cerqueira (2005, p.23) “cuidar é intrínseco à própria

natureza humana, sendo uma expressão dessa humanidade, tornando-se essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa. O facto de ser cuidado, cuidar de si próprio ou tão-somente cuidar dos outros são imperativos reconhecidos pela maioria dos indivíduos”.

O cuidar pode ser encarado em duas perspetivas diferentes, por um lado como perspetiva psicológica, sendo considerado um componente essencial numa relação de amor ou de interajuda e, por outro lado numa perspetiva sociológica, como fenómeno essencial ao crescimento humano e à harmonia (Marques, 2007).

O assumir a responsabilidade da prestação dos cuidados à pessoa em situação de dependência tem vindo a ser seguido ao longo da História e, numa breve reflexão, vemos que “o envolvimento da família nos cuidados de saúde constituiu desde sempre um acto de vida” (Moreira, 2006, p.43). Desde há muito tempo que os cuidados que eram prestados à pessoa doente exigia, por parte da família, algum tipo de habilidade. De uma forma geral, a família sempre procurou promover os cuidados e o apoio aos seus membros durante os períodos de doença.

Quem assume a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente não deve ser considerada apenas o elemento da família que cuida. Deve ser entendido como parte integrante da família e não como elemento “isolado”, único e exclusivamente responsável pelo cuidar. A família que tem a seu cargo um membro doente deve ser vista como um sistema aberto de interação com o sistema de prestação de cuidados de saúde (Sorensen & Luckman, 1998, citados por Moreira, 2006).

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

Para Sequeira (2007), o papel do cuidador informal é algo complexo atendendo ao número de funções novas com as quais se confronta e se vê na necessidade de realizar. O cuidar, em muitos contextos, consiste na prestação de cuidados diretos, nomeadamente através de supervisão, orientação, ajuda parcial e substituição do papel de quem necessita de cuidados.

A pessoa dependente, seja idoso ou não, aceitará melhor qualquer ação terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, que considere a sua ligação a este ambiente. Desta forma, os cuidados informais assumem um papel de primordial importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos. Neste sentido e, em contraste com os profissionais de saúde, que formalmente desenvolvem e assumem o exercício de uma profissão regida por normas, leis e códigos ético-deontológicos e assente em formação académica e profissional, surge o conceito de Cuidador Informal. Para Pearlin et al. (1990) os cuidados informais dizem respeito às atividades e experiências desenvolvidas no sentido da prestação de ajuda e assistência a parentes ou amigos incapazes de os concretizar por eles próprios. Segundo Braithwaite (2000) citado por Martins (2006, p.102) entende-se por Cuidador Informal “a pessoa não remunerada, familiar ou amiga que se assuma como principal responsável pela organização ou assistência e pela prestação de cuidados à pessoa dependente”. Esta perspectiva de conceito de Cuidador Informal vai ao encontro de Marques (2007, p. 72) definindo o Cuidador Informal como “a pessoa familiar ou amiga, que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente. É um membro da família ou da comunidade que presta cuidado de forma parcial ou integral àqueles com défice de autocuidado.”

Assim, o apoio e orientação dos profissionais (cuidadores formais) assumem um papel fundamental. Este apoio deve ser prestado na medida das necessidades do cuidador informal e tendo por base a necessidade de cuidados do dependente. Pode ir desde a informação, formação e treino de competências e habilidades, até ao suporte e apoio ao cuidador como forma de prevenção da exaustão a que este muitas vezes está exposto. É obrigatório que o cuidador, à semelhança do utente, seja alvo prioritário das intervenções da equipa de profissionais de saúde, avaliando as capacidades, necessidades e limitações deste para o desempenho do papel de cuidador informal. Cuidar de uma pessoa em situação de dependência representa uma tarefa difícil e que facilmente pode comprometer o bem-estar do cuidador. Martins (2006, p.240), no seu estudo, corrobora a “ideia generalizada de que os cuidadores de doentes com sequelas de AVC são afetados por muitos problemas que lhes comprometem a saúde e o bem-estar emocional”.

Assim sendo, algumas das dificuldades referidas pelos familiares prestadores de cuidados a pessoas dependentes segundo Gemitto (2004) relacionam-se com a gestão do quotidiano, essencialmente falta de tempo e disponibilidade; problemas económicos e problemas físicos, nomeadamente problemas de saúde do próprio prestador de cuidados.

A evidência científica revela que as pessoas que se dedicam à prestação de cuidados informais apresentam uma morbidade geral superior, quando comparados a indivíduos da mesma idade, não sujeitos a tal sobrecarga, segundo Riedel, Fredman e Langenberg (1998), citados por Martins (2006). O cuidador sente-se frequentemente confrontado com alterações no estado de saúde do seu familiar, sentindo-se incapaz e sem meios para contestar a degradação e a evolução da doença da pessoa com quem conviveu durante muito tempo. Para além desta situação, surgem usualmente conflitos, que conduzem a sobrecarga, que se manifesta em três domínios: físico, emocional e social (Martins et al., 2003).

O processo de cuidar implica diversas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais (Cupertino, Aldwin & Oliveira, 2006) podendo revelar-se um processo difícil, desgastante e até mesmo vir a comprometer o bem-estar do cuidador. Ao assumir o papel de cuidador informal, a pessoa vê-se confrontada com uma situação sem alternativa de escolha, muitas vezes vinculada por valores culturais e por questões moralmente impostas pela sociedade, resultando num desgaste ainda maior na vida do cuidador (Andrade, 2009). É nesta perspetiva que surge o termo “sobrecarga”, o qual resulta de uma tradução do termo inglês “*burden*”. A sobrecarga que resulta do contacto próximo entre doente e cuidador pode comprometer física e psicologicamente o bem-estar de ambos, doente e cuidador e levar não só ao comprometimento físico e psicológico mas também a problemas de ordem emocional, social e financeiros.

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade (Santos, 2005).

Martins (2006) define a sobrecarga do cuidador como uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e a incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à perceção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador. Para Sequeira (2010) o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que acontecem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência.

A situação de prestação de cuidados parece estar relacionada com a saúde física dos cuidadores, podendo levar a alterações do sistema imunitário, a problemas de sono, fadiga crónica e hipertensão arterial mas, é sobretudo na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a familiares mais se destacam, mostrando níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral (Brito, 2001).

Para a caracterização sociodemográfica da população-alvo foi construído um instrumento de colheita de dados onde, além disso, se pretendeu conhecer quais as maiores dificuldades que estes cuidadores enfrentam no dia-a-dia e também que atividades gostariam de ver desenvolvidas no contexto do Cantinho do Cuidador (depois de devidamente explicados quais os objetivos do mesmo).

Atendendo ao projeto que se pretendia implementar decidiu-se que a população-alvo seriam os frequentadores das sessões do Cantinho do Cuidador, no ano de 2014, com doentes a seu cargo, na altura do contacto telefónico, aos quais se adicionariam os cuidadores informais responsáveis pela prestação de cuidados aos utentes integrados na ECCI no mesmo espaço temporal. A escolha recaiu sobre estes dois grupos na tentativa de se conseguir estabelecer uma relação entre ambos, promover o cantinho e os seus objetivos e servir como um meio auxiliar para a equipa responsável pela ECCI adequar cuidados e intervenções.

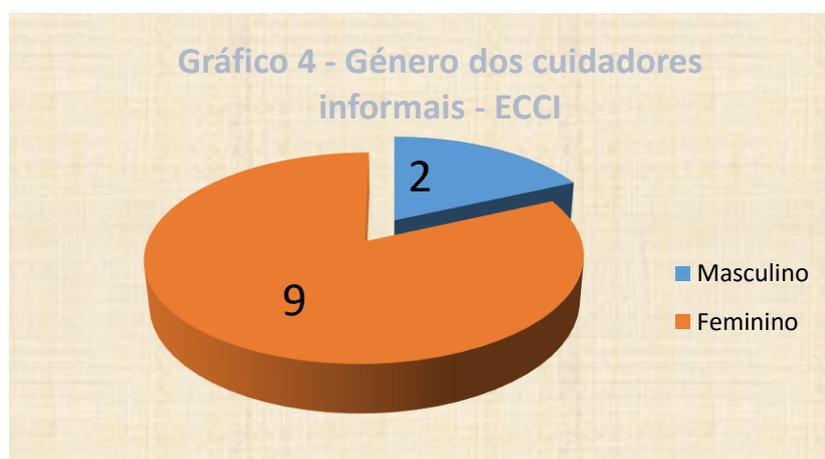
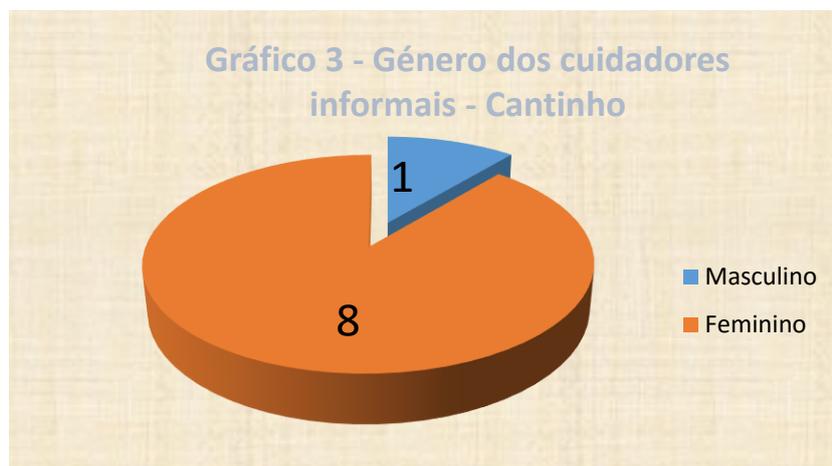
Foram consultadas as folhas de presença das atividades do Cantinho do Cuidador, no ano de 2014, nas quais participaram 44 pessoas. Desses, 14 não prestam atualmente cuidados a doentes dependentes, 14 não possuíam informação de contacto, 6 não atenderam o telefone das diversas vezes que foi tentada a comunicação e 1 dos contactos inicialmente aceitou participar mas posteriormente recusou. Ficaram então 9 participantes, com os quais foi combinada uma visita domiciliária de modo a aplicar o questionário pessoalmente.

Relativamente aos 15 utentes integrados na ECCI, em 01 de Junho de 2015, 2 eram independentes e não tinham cuidador informal, 1 das utentes já tinha falecido quando foi efetuado o contacto e 1 dos cuidadores não atendeu o telefone das diversas vezes que se tentou o contacto. Assim, foi combinada telefonicamente a aplicação do questionário com 11 cuidadores informais de utentes integrados na ECCI, que aceitaram participar. Desta forma, a população-alvo ficou composta por 20 pessoas que, depois de assinado o consentimento livre e informado (Anexo I) e terem sido considerados os procedimentos éticos; nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos, responderam ao questionário, que será apresentado em capítulo próprio.

Optou-se por apresentar os dados relativos aos frequentadores do Cantinho do Cuidador separados dos respeitantes aos cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI, de modo a melhor compreender cada grupo e as suas necessidades específicas.

Quanto ao sexo, como se pode observar nos Gráfico 3 e 4, a maioria dos cuidadores informais são do sexo feminino, tal como evidenciado pela literatura

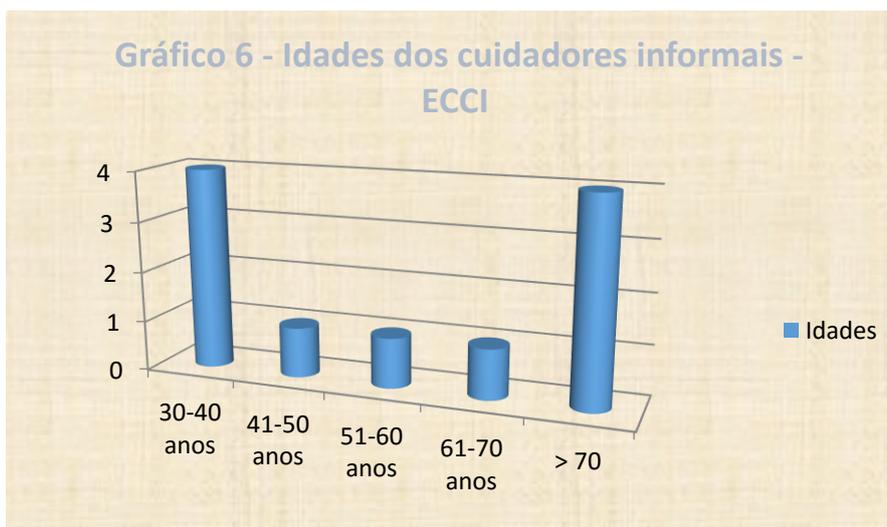
consultada. De um total de 20 participantes neste projeto, 17 são do sexo feminino e apenas 3 do sexo masculino.



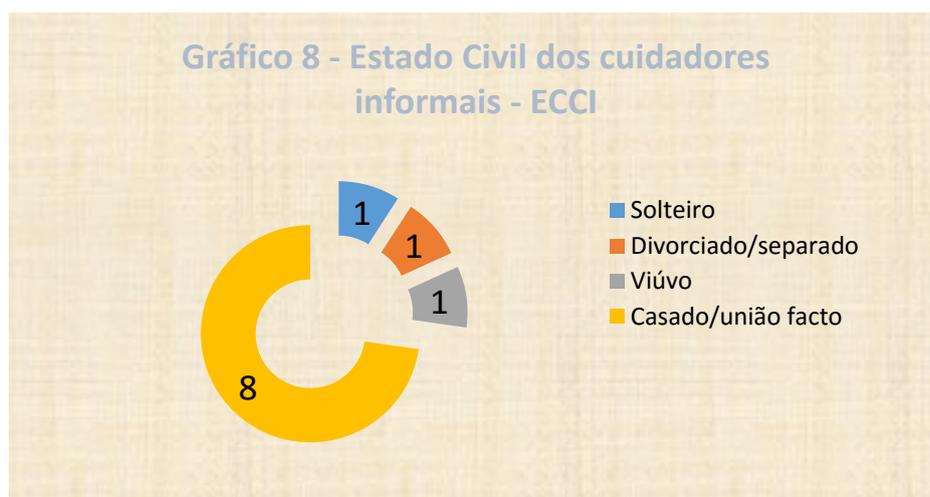
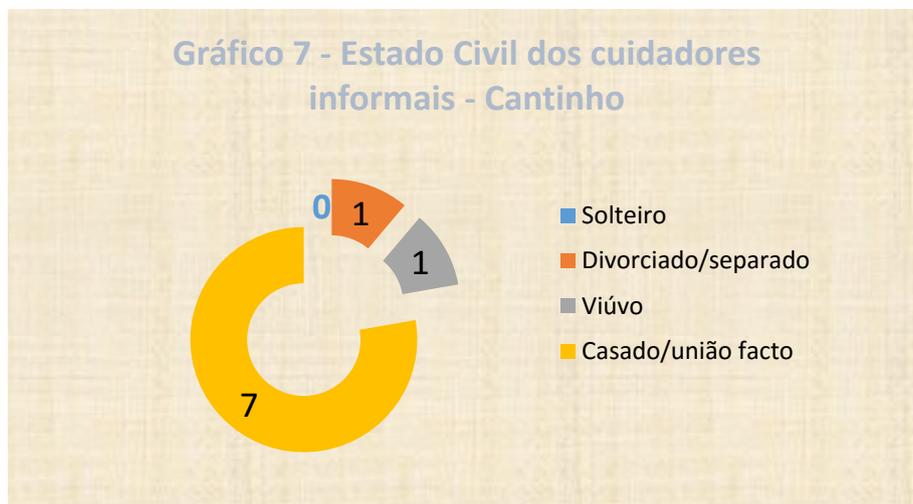
O Gráfico 5 vem ao encontro do anteriormente referido na contextualização teórica, em que a faixa etária predominante dos cuidadores informais se situa na velhice. Em relação aos cuidadores que frequentam o Cantinho do Cuidador, a maior parte situa-se na faixa etária dos 61 aos 70 anos (4 cuidadores). Dois têm idades superiores a 50 anos, dois têm idades superiores a 40 anos e um cuidador tem idade entre os 30 e os 40 anos. Já o Gráfico 6 vem contrariar estes resultados, verificando-se, quanto aos cuidadores informais dos utentes da ECCI que a maior parte se situa na faixa etária acima dos 70 anos (4 cuidadores), mas também entre os 30 e 41 anos (4 cuidadores). Um cuidador tem idade entre os 41 e os 50 anos, um entre os 51 e os 60 anos e um entre os 61 e os 70 anos.

Poderão, eventualmente, justificar-se estes resultados com o facto de, a nível dos utilizadores do Cantinho do Cuidador, a maior parte destes cuidam dos cônjuges,

enquanto nos cuidadores pertencentes à ECCL, evidencia-se a presença da descendência como os responsáveis pela prestação de cuidados.



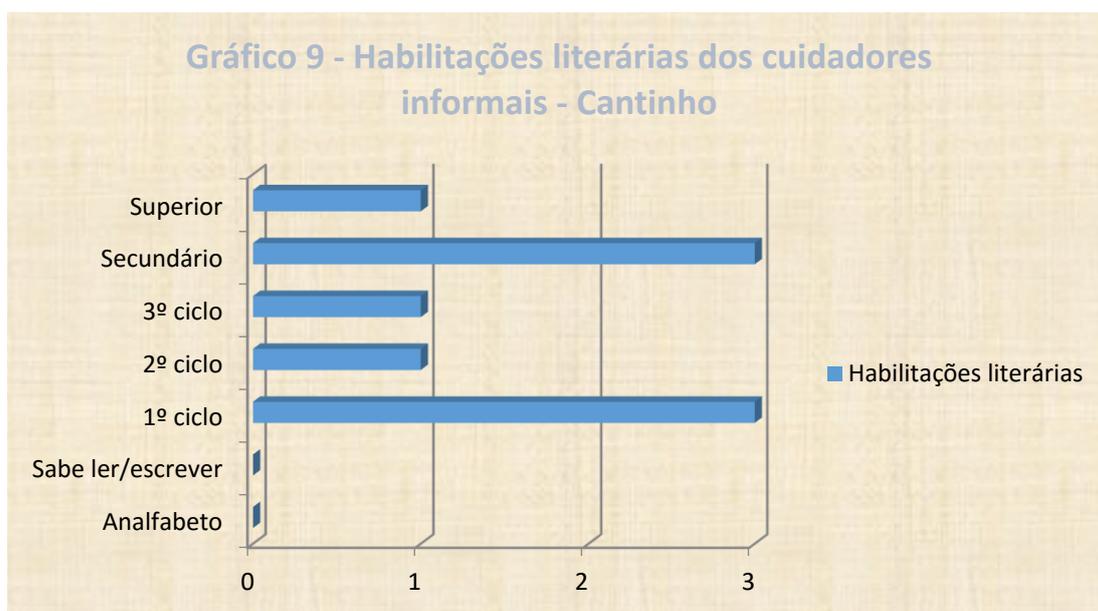
Relativamente ao estado civil dos cuidadores informais, a maioria (15) são casados ou vivem em união de facto, 1 é viúvo e 1 é separado ou divorciado, como pode ser constatado nos gráficos 7 e 8.



Segundo Sequeira (2007), a maioria dos cuidadores informais são pessoas com baixa escolaridade, que não têm atividade profissional, têm baixos rendimentos e habitualmente vivem em coresidência. No caso dos cuidadores informais frequentadores do Cantinho, pode verificar-se pelo Gráfico 9, um equilíbrio entre os que têm o 1º ciclo e os que têm o ensino secundário, bem como a inexistência de cuidadores analfabetos ou que apenas sabem ler/escrever (1º ciclo incompleto). No caso dos cuidadores informais que prestam cuidados a utentes pertencentes à ECCI, pode verificar-se pelo Gráfico 10 uma predominância de cuidadores com o 3º ciclo completo (quatro), dois com ensino

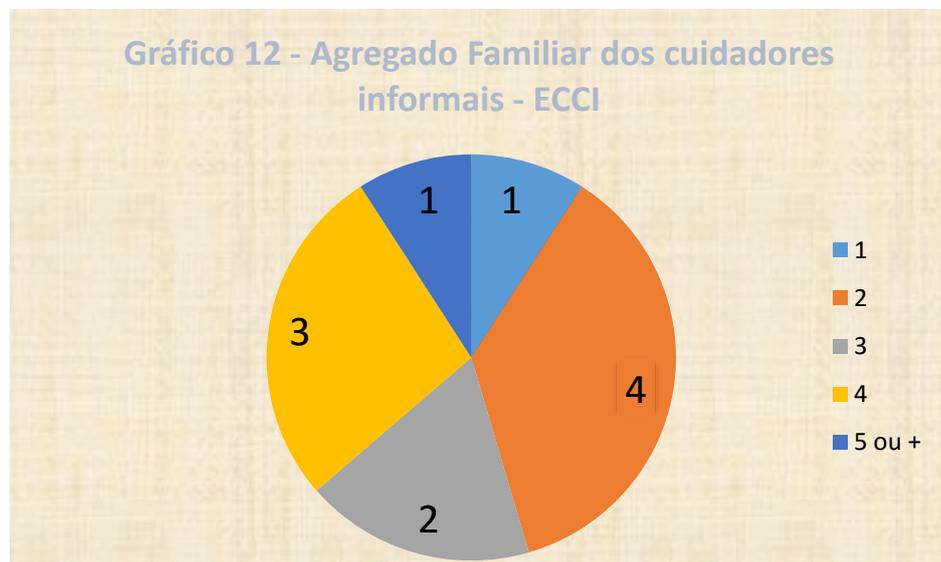
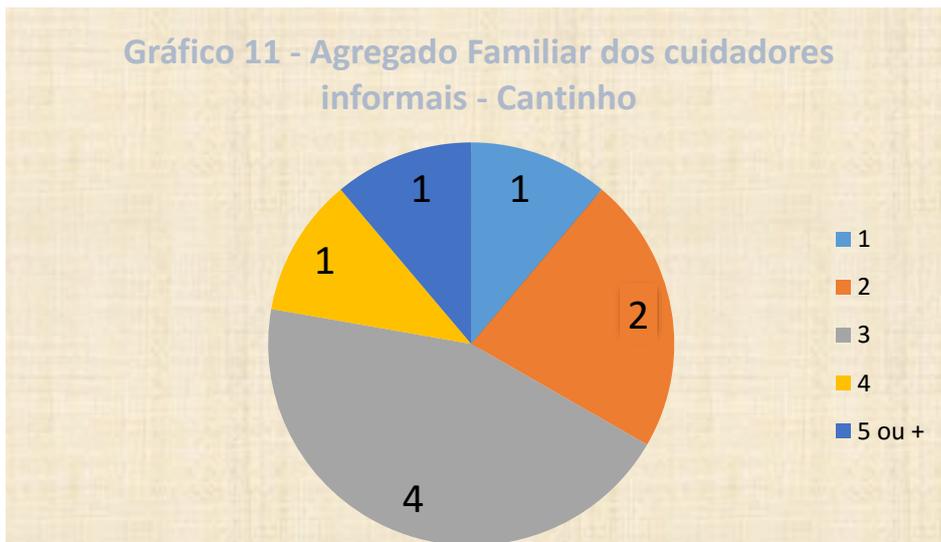
secundário, um com ensino superior concluído e três com o 1º ciclo. De salientar a participação de um cuidador analfabeto neste grupo.

Havendo uma predominância de cuidadores na faixa etária dos 30-40 anos a nível dos cuidadores integrados na ECCI e, supostamente maior acesso ao ensino, quando comparado com o grupo dos utentes do Cantinho do Cuidador, mais envelhecido, poderão, eventualmente, relacionar-se os resultados obtidos a nível das habilitações literárias com a idade dos cuidadores informais pertencentes aos dois grupos.



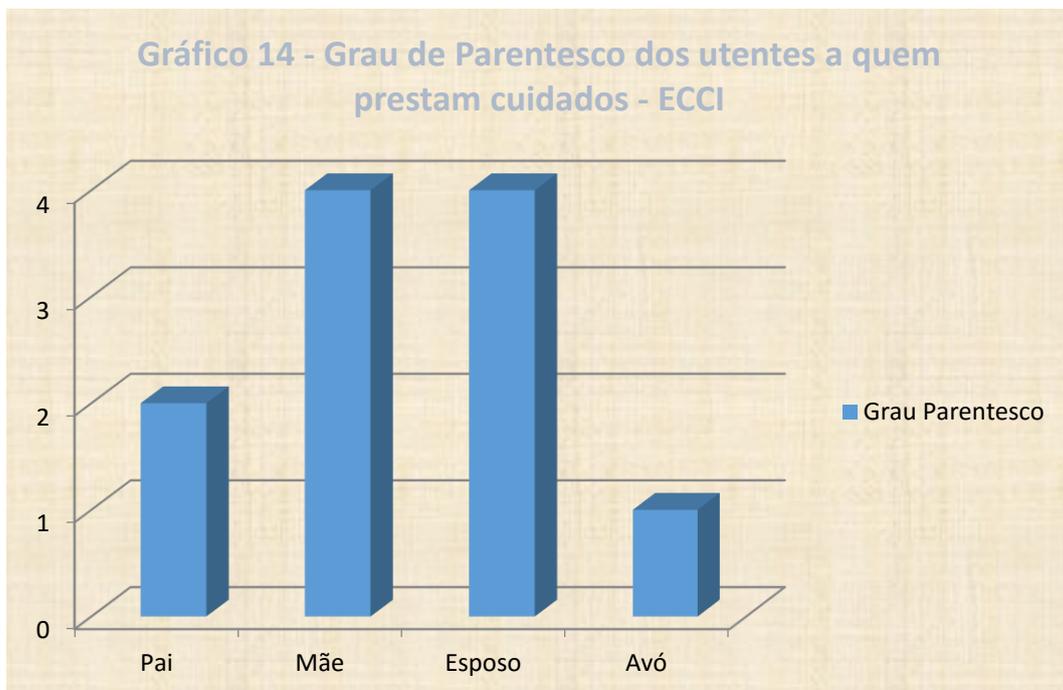
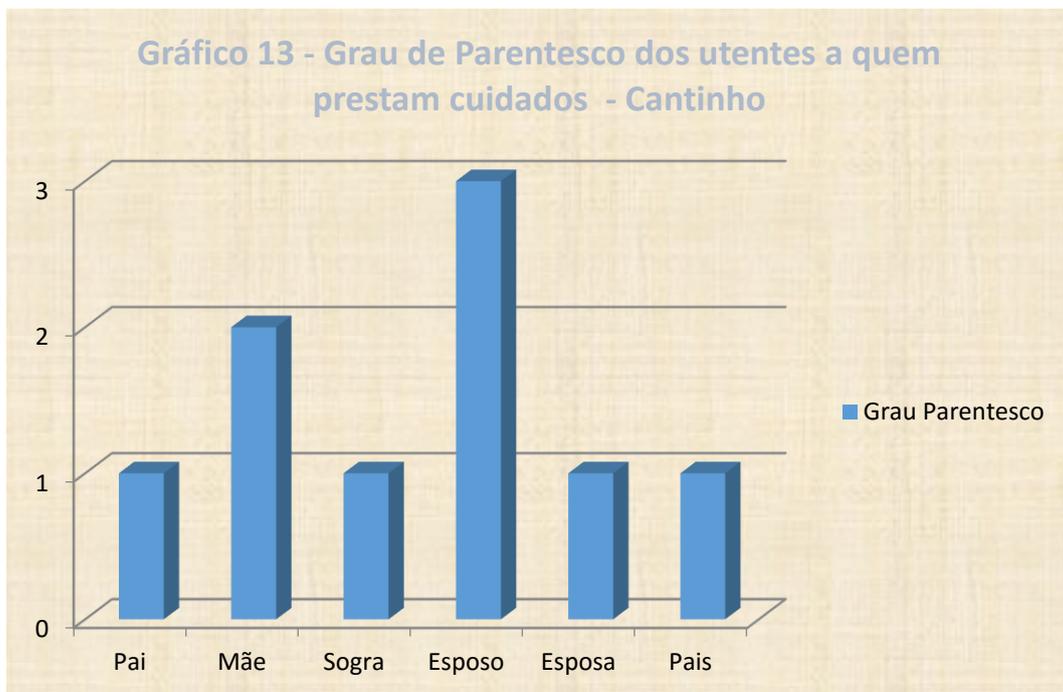
Relativamente à constituição do agregado familiar, como evidenciam os Gráficos 11 e 12, podem verificar-se diferenças quando comparados os dois grupos. Enquanto na maior parte das situações dos cuidadores informais do Cantinho do Cuidador o agregado

familiar engloba três pessoas e dois cuidadores pertencem a agregados familiares compostos por duas pessoas, relativamente aos cuidadores de utentes da ECCI, na maior parte dos casos (quatro) o agregado familiar engloba duas pessoas e dois cuidadores integram agregados familiares compostos por três pessoas. Nos dois grupos pode verificar-se a presença de 1 agregado familiar composto por apenas uma pessoa. Poderão relacionar-se estes resultados com o grau de parentesco do responsável pelos cuidados.



No que concerne à relação dos utentes com os cuidadores informais, ela é estritamente familiar e semelhante nos dois grupos, como se pode observar nos Gráficos 13 e 14, cabendo a maior parte dos cuidados prestados aos esposos (sete) e mães (seis). De referir que um dos cuidadores informais pertencentes ao cantinho é responsável pelos

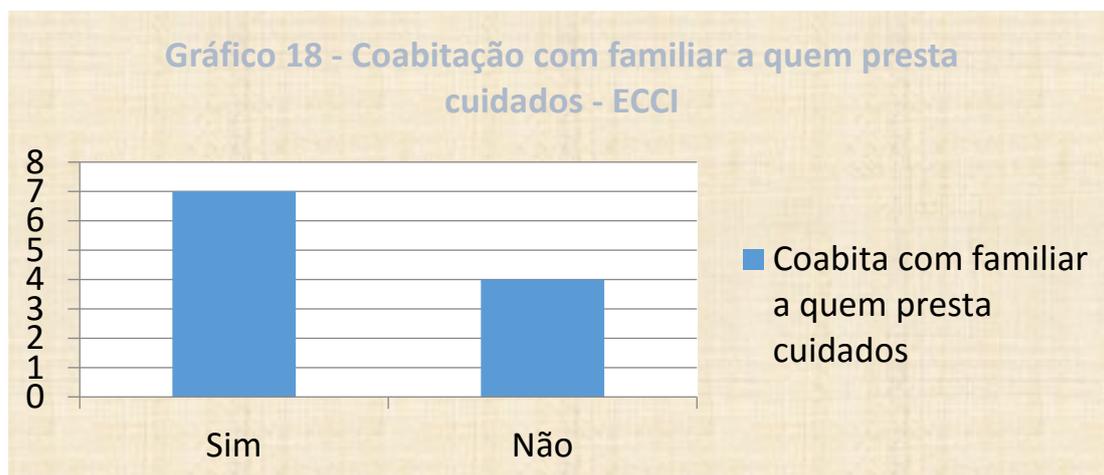
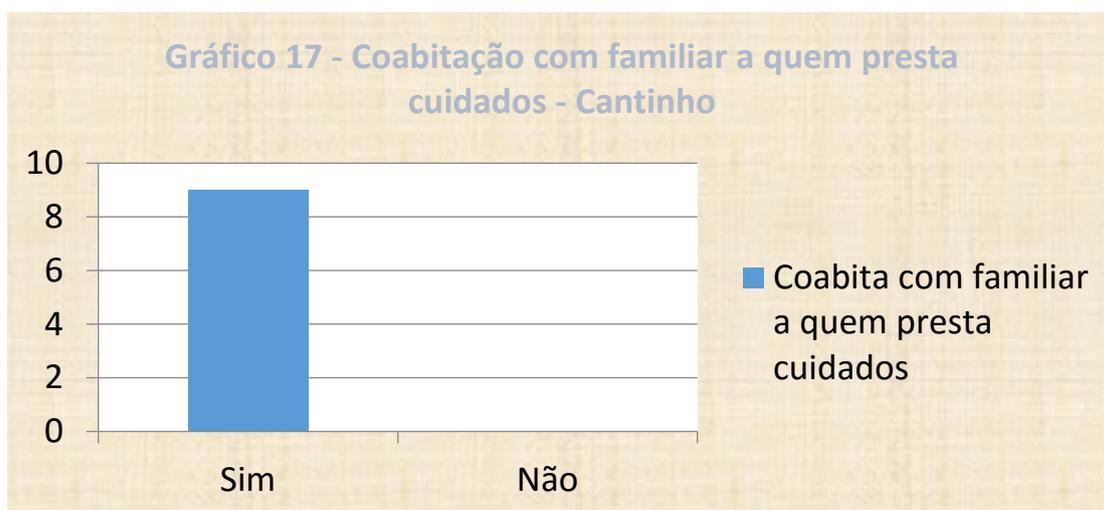
cuidados a ambos os pais. A nível do Cantinho do Cuidador, verificou-se no Gráfico 3 que existiam grupos de cuidadores mais jovens, e por ventura serão esses que cuidam das mães. Os utilizadores mais velhos provavelmente cuidam dos cônjuges e, como verificado anteriormente, maioritariamente são as mulheres as cuidadoras. Os resultados evidenciam os esposos como principais alvos de cuidados.



Tal como se pode verificar nos Gráficos 15 e 16, em ambos os grupos, o tempo despendido como cuidador varia entre 1 e 5 anos (dez cuidadores). A nível dos cuidadores informais frequentadores do cantinho, três prestam cuidados há mais de 10 anos, comparativamente com apenas um dos cuidadores de utentes integrados na ECCI. Também de salientar a presença de quatro cuidadores há menos de 1 ano a nível dos utentes da ECCI, sendo que a nível dos cuidadores participantes no cantinho apenas se verificou um participante há menos de 1 ano. Este aspeto pode justificar-se, em parte, pelo facto de os utentes integrarem a ECCI, na maior parte das vezes, de forma temporária, enquanto reúnem critérios para tal. A nível do cantinho do cuidador não existem limitações temporais. Muitos dos participantes das sessões não são, atualmente cuidadores. Alguns...nunca o foram.

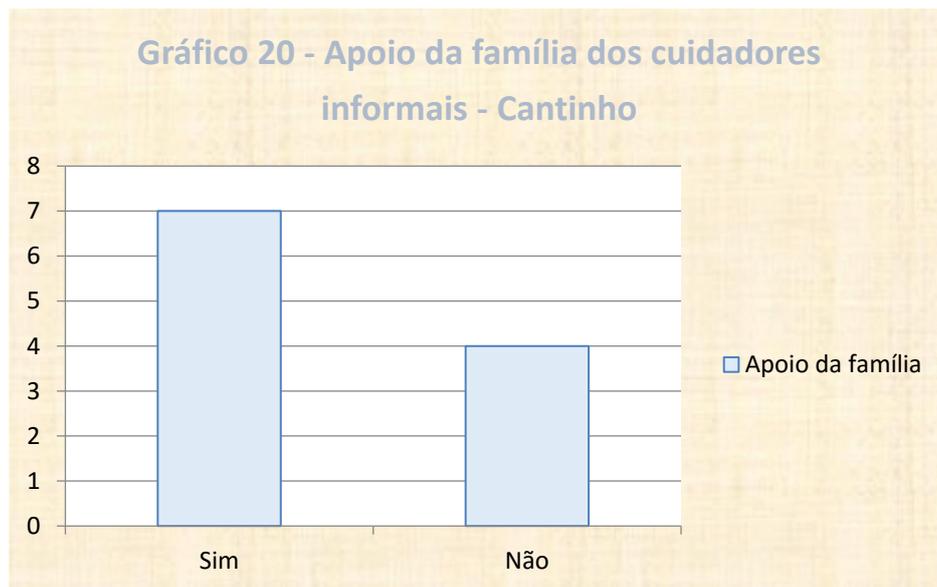
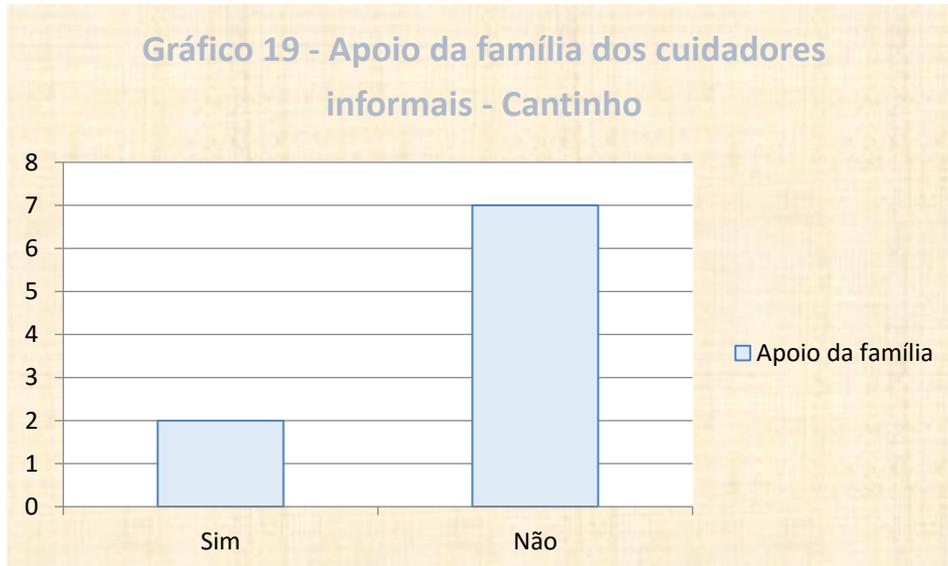


Lage (2007) refere que a coabitação é considerada como essencial para prestar os cuidados de carácter instrumental, pois o cuidado emocional depende da proximidade física. Sequeira (2007) refere que a coresidência é extremamente importante para o papel de cuidador informal, pela proximidade física e afetiva, o que o coloca numa posição privilegiada no desempenho do seu papel. No caso dos cuidadores informais pertencentes ao cantinho, todos coabitam com os familiares a quem prestam cuidados. A nível dos cuidadores de utentes pertencentes à ECCI a situação é diferente, sendo que 7 partilham a mesma habitação e 4 não.



A falta de apoio da restante família nos cuidados à pessoa dependente é visível (Gráfico 19). No que concerne aos cuidadores informais pertencentes ao cantinho, sete referiram não ter qualquer tipo de apoio e dois mencionaram que recebiam ajuda da restante família, sendo que num dos casos a mãe recebe o apoio das filhas nos cuidados ao esposo e noutro a cuidadora recebe apoio do esposo nos cuidados prestados à mãe.

Esta falta de apoio da restante família (Gráfico 20) não se verificou de forma tão acentuada nos cuidadores pertencentes à ECCL, em que sete dos participantes referiram apoio da restante família nos cuidados ao doente e quatro não têm qualquer apoio dessa natureza.



3.2 - CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

No entender de Ferreira (1986) citado por Martins (2000), de um modo geral entende-se por necessidade tudo aquilo que é indispensável à própria existência ou a carência ou falta de coisas que são necessárias. O termo necessidade é discutido por vários autores, entre os quais Leopardi (1992), o qual refere que nem sempre o que move o ser humano para a satisfação das necessidades é algo exclusivamente interno, é preciso haver disponibilidades externas. Todas as pessoas têm as suas próprias necessidades, mas elas não surgem de forma padronizada e sistemática face a uma mesma situação. Cada pessoa poderá perceber uma mesma necessidade ou senti-la de forma diferente, de acordo com o juízo humano, valores e interações que se estabelecem num dado contexto. Ainda segundo Leopardi (1992), as necessidades são diferentes para as pessoas, principalmente por causa das diferenças existentes na cultura e nas várias classes sociais a que pertencem. Por exemplo, numa família cujos membros estejam todos desempregados, o desejo a ser satisfeito é alguém conseguir emprego. Já noutra na qual todos trabalhem, a carência não é conseguir emprego, mas sim melhorar o salário de cada um para que possa adquirir bens.

Alvarez (2001) descreve algumas necessidades dos familiares, principalmente, do cuidador, sejam necessidades de ordem física, psíquica, económica, social e emocional. Destaca a necessidade de receber apoio e ajuda da família e dos profissionais de saúde, de cuidar da sua própria saúde, de ter atividades sociais e de lazer e de satisfazer as suas próprias necessidades como ser humano.

Num estudo efetuado por Veríssimo e Moreira (2004) foram identificadas várias necessidades sentidas pelos cuidadores, entre as quais: necessidades cognitivas, de uma relação afetiva com os profissionais, apoio domiciliário relativamente à prestação de cuidados adequados, apoio económico e de material técnico, apoio domiciliário, médico e de enfermagem e a necessidade de informação e apoio psicológico.

Compete ao enfermeiro, identificar as referidas necessidades tal como capacitar o cuidador para a prestação de cuidados, supervisionando e executando os cuidados com ele, na situação real do domicílio, pois discutem juntos as improvisações necessárias para a assistência com qualidade (Duarte et al., 2000).

A opção de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio é por vezes difícil de ser tomada pois, em regra, implica um cuidar permanente vendo-se as famílias obrigadas a privarem-se das suas atividades sociais ou mesmo profissionais. Cuidar de uma pessoa

dependente é uma experiência inteiramente nova o que se traduz em diferentes necessidades (Veríssimo et al., 2004).

A maior parte dos cuidados e apoio diário a quem sofre de uma doença ou requer ajuda para realizar as suas atividades de vida diárias, são prestados pela família, sendo esta o suporte e lugar privilegiado, estando os cônjuges e os filhos na primeira linha da prestação de cuidados, considerados cuidadores informais (Berta, 2002). Segundo a mesma autora é da responsabilidade do enfermeiro a capacidade de atender. Ou seja, estar presente, assistir e auxiliar, dar atenção, interpretar e confortar. Tem ainda a função de instruir, explicando e treinando, conservando as capacidades mantidas, ampliando-as tanto quanto possível, ajudando o utente ou o seu familiar a harmonizar todo o seu *background* com a nova situação com a qual se vêm confrontados.

A família é, por vezes, responsabilizada pela prestação de cuidados sem se avaliar se esta tem ou não condições sociais, económicas, psicológicas e até mesmo se os seus elementos têm condições físicas para assumir esta responsabilidade, sem comprometerem o equilíbrio familiar e a qualidade dos cuidados. Nesta perspetiva, importa compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio, pelos cuidadores informais, pois todos eles requerem informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades (Veríssimo et al., 2004). Ainda segundo o mesmo autor, os cuidadores manifestam frequentemente necessidades de informação sobre a doença, adquirindo conhecimentos sobre o quadro clínico do seu familiar dependente, sobre a forma de lidar com ele e os cuidados a ter, tendo em conta a sua doença.

O cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa visitas periódicas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante (Karsch, 2003).

A inexistência de serviços vocacionados para cuidar das pessoas em situação de doença prolongada, a escassez das respostas organizadas, nomeadamente em situações de dependência em que a componente social é decisiva, leva a que a questão de continuidade técnica e social da prestação de cuidados de saúde se venha a colocar de forma cada vez mais premente.

Sendo a prestação de cuidados continuados um direito fundamental do utente e a assistência domiciliária uma alternativa à hospitalização tradicional, como forma de elevar o nível de bem-estar do utente/família, rentabilizar as camas hospitalares e diminuir os custos com a saúde, urge tomar medidas que permitam uma resposta coordenada, pronta e atempada dos diversos níveis de prestação de cuidados, como garantia da eficácia do atendimento ao utente (Berta, 2002).

“A abertura à participação da família no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a na dinâmica do plano terapêutico, de forma a reforçar as suas capacidades e competências para cuidar do seu familiar no domicílio, apresenta-se como uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e dignidade da assistência do indivíduo doente até à sua recuperação máxima” (Berta, 2002, p.16).

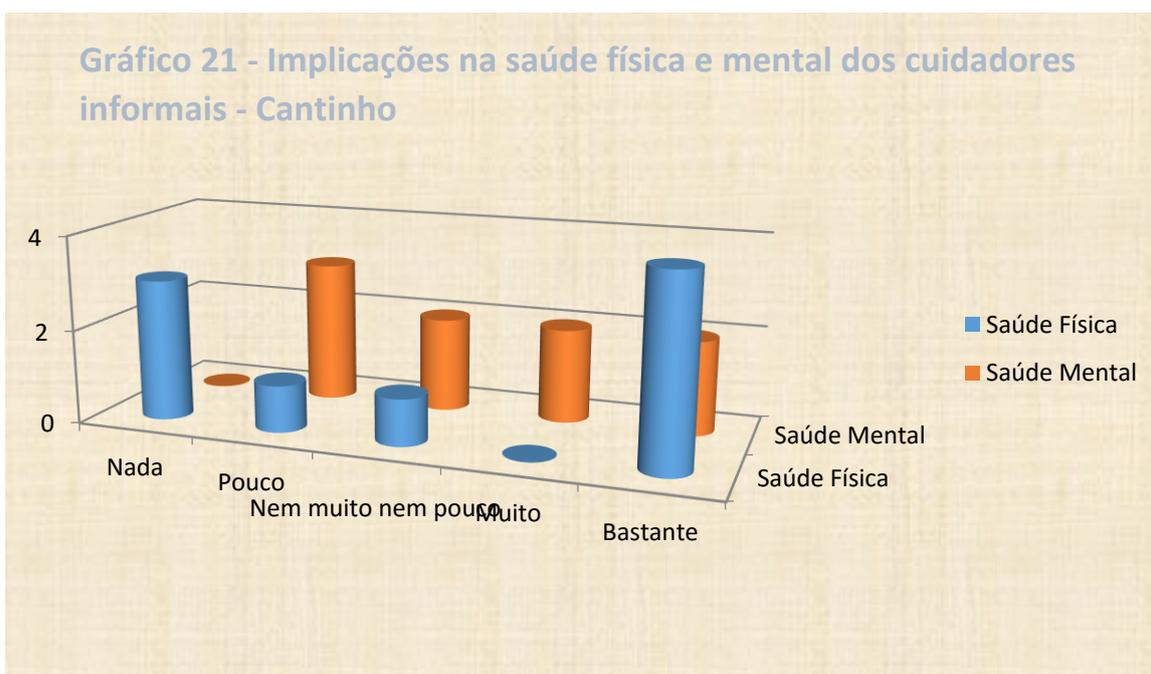
Em Portugal, é na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em vigor desde 2006, que se enquadram as necessidades do cuidador como um critério de ponderação para ingresso de utentes na Rede, o que confere uma mudança de paradigma relativamente ao cuidador informal e o seu papel decisivo na prestação de cuidados, uma vez que nos tempos atuais não restam dúvidas sobre o facto dos cuidadores informais desempenharem um papel fundamental na promoção/manutenção do bem-estar e da qualidade de vida do idoso dependente.

Surge, assim, a necessidade de otimizar o papel do cuidador informal como via de instrução do idoso e potenciação da sua autonomia e qualidade de vida no seu ambiente. No processo dinâmico dos cuidados continuados (em que a situação de dependência afeta não só quem a sofre mas também os familiares mais diretos, por vezes com maior intensidade) a doença de um dos membros vai converter-se na doença familiar, o que na opinião de Sorensan e Luckman (1998), citados por Serra (2006) desencadeia sentimentos de depressão, ansiedade, frustração e exaustão.

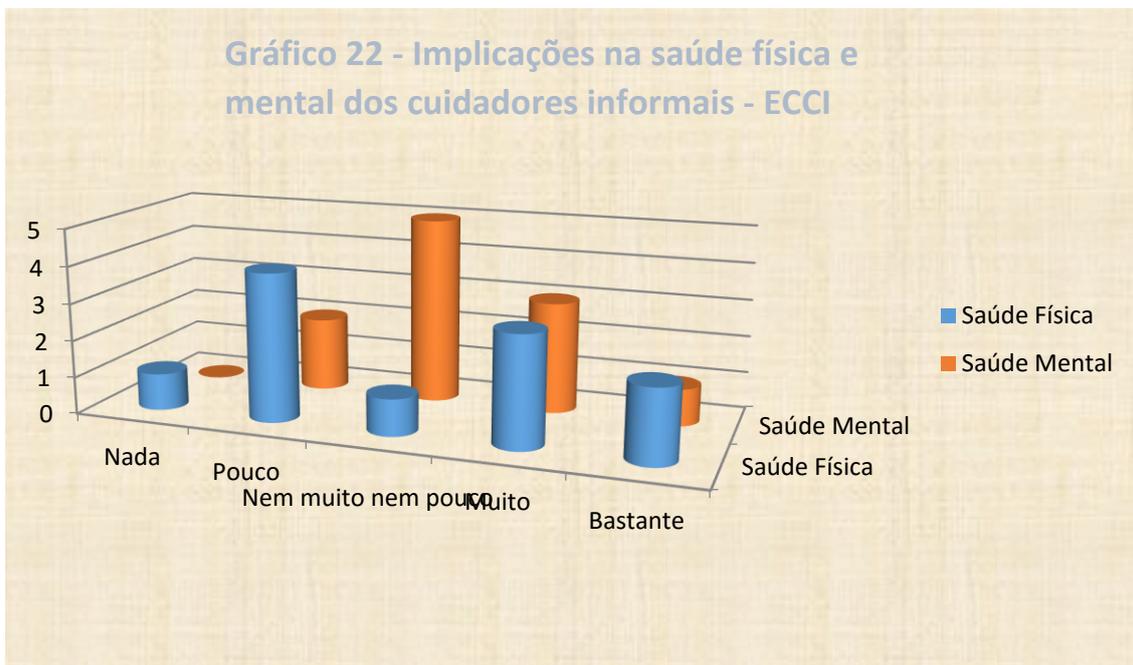
A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade (Santos, 2005). O sucesso da recuperação do doente no domicílio depende da preparação dos cuidadores informais para lhes prestar os cuidados necessários. O cuidador informal deverá ter os conhecimentos e competências necessárias sobre os cuidados a prestar e a situação em que está envolvido. A sua função deverá basear-se no auxílio e na atenção adequada à pessoa que apresenta limitações para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, procurando sempre

estimular a independência e respeitando autonomia do doente, nunca subestimando a sua dignidade enquanto pessoa.

Desta forma, foi imperativo conhecer as implicações que cuidar de um familiar representam para esta população, nomeadamente as implicações na sua saúde física e mental. Quando questionados quanto ao facto da prestação de cuidados ao familiar piorar o estado de saúde física e saúde mental, 4 dos cuidadores informais pertencentes ao Cantinho do Cuidador referiram que sofreram bastantes alterações, manifestado como um declínio evidente na saúde física, 3 cuidadores referem que a sua saúde física não piorou em nada com o utente a seu cargo, 1 refere que o estado de saúde física piorou pouco e 1 refere que piorou nem muito nem pouco. A nível da saúde mental, 3 referem que piorou pouco, 2 que piorou nem muito nem pouco, 1 menciona que piorou muito e 1 refere que a sua saúde mental piorou bastante (Gráfico 21).

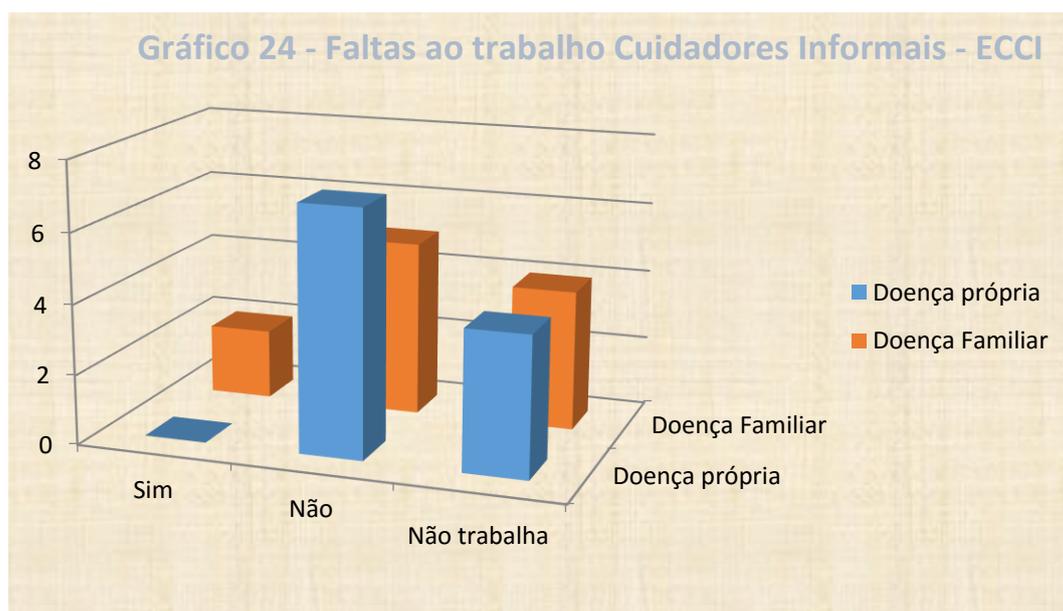
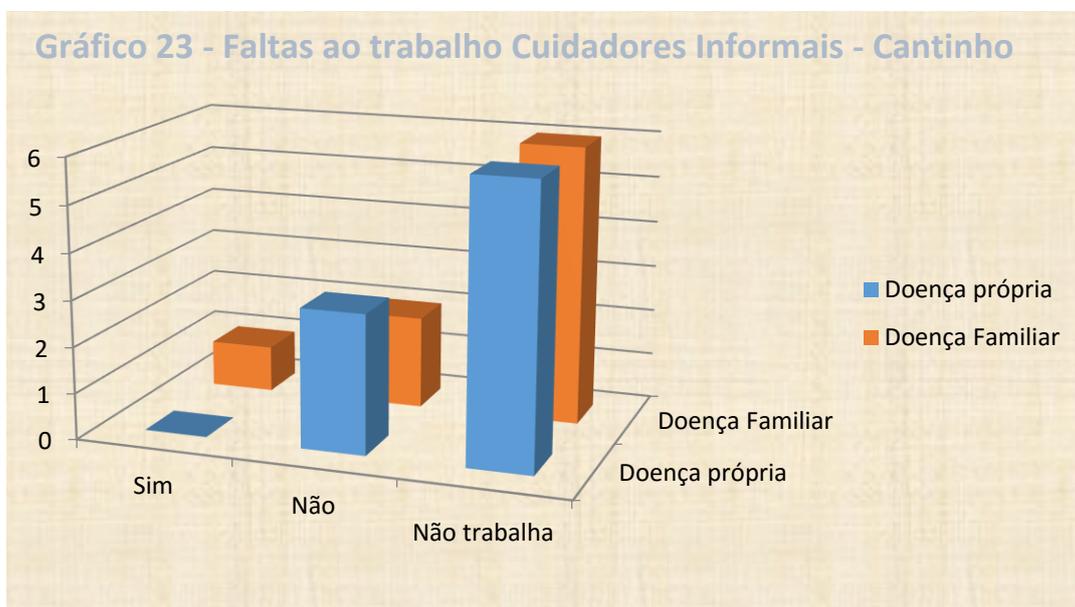


Relativamente aos cuidadores informais de utentes pertencentes à ECCI, 2 referem que esta prestação piorou bastante a sua saúde física, 3 que a sua saúde piorou muito com o utente a seu cargo, 1 refere que o estado de saúde física piorou nem muito nem pouco, 3 referem que a prestação afetou pouco a saúde física e 1 refere que não afetou em nada. A nível da saúde mental, 2 participantes referem que a situação piorou pouco o estado de saúde mental, 5 referem que piorou nem muito nem pouco, 3 participantes referem que piorou muito e 1 participante refere que a sua saúde mental piorou bastante (Gráfico 22).



De modo a poder aferir se a prestação de cuidados informais interfere na vida profissional dos cuidadores, procurou saber-se se o cuidador, nos últimos 6 meses, se viu forçado a faltar ao trabalho por motivo de doença sua e por motivo de doença do utente a quem presta cuidados, conforme Gráficos 23 e 24. Em ambos os grupos pode verificar-se que a maioria dos participantes não faltou a compromissos profissionais por motivo de assistência ao familiar a quem prestam cuidados. A nível dos cuidadores pertencentes ao cantinho, por doença própria, 3 dos participantes não faltaram a compromissos profissionais, enquanto que 6 não trabalham/estão reformados. Por doença do familiar a quem prestam cuidados, 1 dos participantes faltou a compromissos profissionais para poder deslocar-se às urgências do hospital com o familiar. Dos seis participantes que não trabalham/estão reformados, dois referiram que a reforma foi antecipada exatamente pela necessidade em cuidar do familiar. A nível da ECCI, por doença própria, nenhum dos

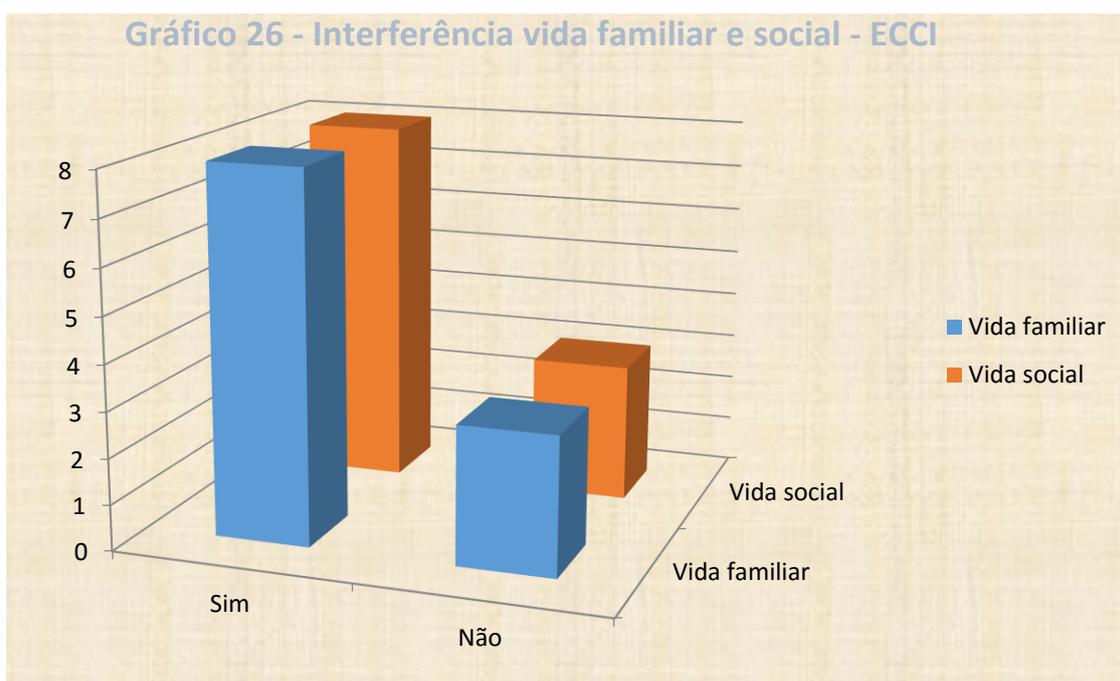
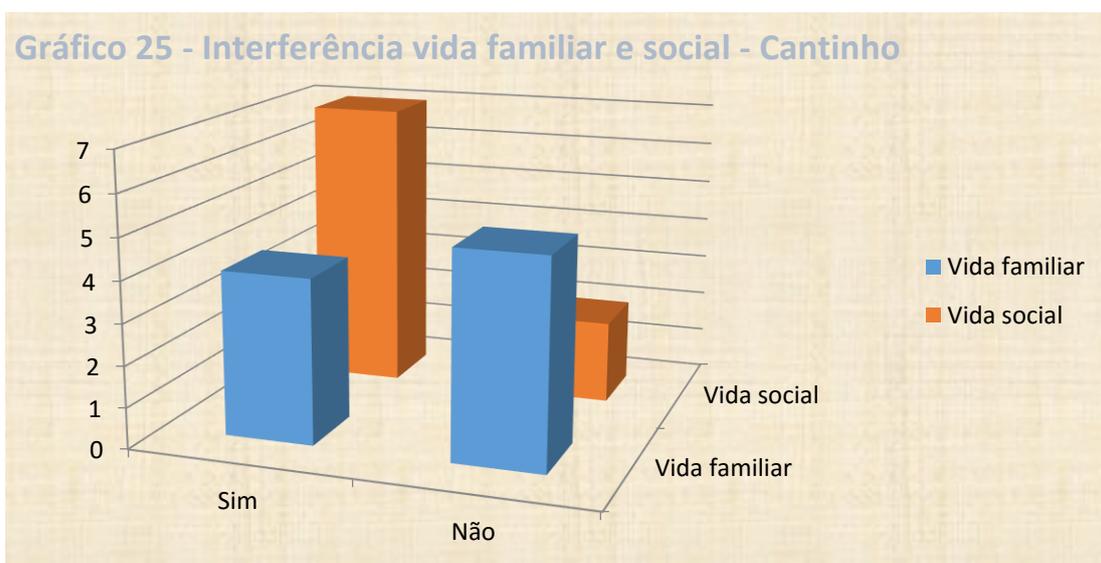
participantes se viu forçado a faltar a compromissos profissionais e quatro destes cuidadores não trabalham/estão reformados. Por doença do familiar a quem prestam cuidados, 2 dos participantes faltaram a compromissos profissionais.



Do mesmo modo, tentou perceber-se se a situação da pessoa de quem cuidam interfere significativamente na sua vida familiar e social, tendo como referência os últimos 6 meses (Gráficos 25 e 26). A nível dos cuidadores do cantinho, na vida familiar, quatro participantes referem alterações significativas. Do total, cinco não referiram interferência na sua vida familiar. No que diz respeito à vida social, sete participantes referem que a mesma foi significativamente afetada nos últimos seis meses, sendo a

justificação comum a todos: não ter tempo disponível. Dois participantes referem que a vida social não foi afetada.

No caso dos cuidadores informais de utentes pertencentes à ECCI, tanto a nível familiar, como a nível social verificou-se um equilíbrio nos resultados encontrados, sendo que oito referem alterações a nível social e familiar. Quando solicitados para especificar os motivos, mencionaram falta de disponibilidade. Apenas três não referem ter sentido alterações significativas na sua vida familiar e social.



Tendo em conta os objetivos definidos foi imprescindível identificar quais as maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores informais. Após análise dos resultados constatou-se que, comparando os dois grupos, a maior dificuldade sentida pelos cuidadores informais diz respeito à presença de fadiga física e psicológica.

A nível dos cuidadores pertencentes ao cantinho, ressaltaram a falta de apoio da restante família e a presença de fadiga física e psicológica em consequência do ato de cuidar, referidas por sete dos nove participantes. Cinco referiram a falta de convivência com os amigos e a falta de apoio psicológico, três indicaram a falta de tempo para si, o isolamento social e pouco cuidado com a alimentação ao longo do dia. Em menor número, dois referiram a falta de exercício físico e um cuidador referiu a dificuldade em conseguir ir ao supermercado/farmácia. Já no que diz respeito aos cuidadores informais de utentes integrados na ECCI, as maiores dificuldades referidas foram a falta de tempo para si próprios e a presença de fadiga física e psicológica ocasionada pela prestação de cuidados, evidenciadas por dez dos onze participantes. Nove consideram a prática de exercício físico como uma necessidade a que não conseguem dar resposta, seis referiram a falta de convívio com os amigos, a falta de apoio psicológico e o pouco cuidado com a alimentação. Apenas dois participantes referiram como dificuldade a falta de apoio da família e a impossibilidade de ir ao supermercado/farmácia. Um referiu ter faltado a consultas médicas e outro mencionou falta de dinheiro para medicamentos/ajudas técnicas.

Após identificadas as maiores dificuldades experienciadas pelos cuidadores informais no seu quotidiano, foram questionados relativamente às atividades que gostariam de ver desenvolvidas no Cantinho do Cuidador, uma vez que estas são direcionadas aos próprios, procurando assim dar alguma resposta às dificuldades sentidas. Segundo um estudo de Lavdaniti et al. (2011), o pessoal de enfermagem necessita de identificar as necessidades dos cuidadores informais de modo a poder responder de forma adequada a essas necessidades.

Pela análise dos dados efetuada, podemos verificar que foram sugeridas 10 atividades distintas. A totalidade dos participantes pretendeu ver desenvolvidas atividades cujo foco sejam os cuidados ao próprio cuidador (bem estar físico e mental), bem como passeios/ atividades culturais e atividades nas quais se fale sobre morte/luto. Oito dos participantes pretendem ver desenvolvidos Workshops sobre diversos temas, sem uma ligação necessária a cuidados/saúde (foram sugeridos temas como Jardinagem, Ginástica

e Cozinha). Sete pretendem ver desenvolvidas atividades nas quais se abordem algumas patologias (HTA, Diabetes, Alzheimer, Parkinson, Depressão, Incontinência Urinária, Alterações comportamentais), bem como sessões de Yoga/Massagem e relaxamento. Seis sugerem atividades relacionadas com os cuidados instrumentais prestados ao utente (higiene, alimentação, posicionamentos) e atividades que abordem a promoção do bem-estar físico e mental do utente. Cinco pretendem ver desenvolvidas atividades no âmbito da avaliação da glicémia, tensão arterial e respetiva interpretação de valores, bem como de atividades para prevenção de acidentes/quedas.

A nível dos cuidadores de utentes integrados na ECCI, começou por se perguntar se já conheciam ou já tinham ouvido falar no Cantinho do Cuidador, sendo que a totalidade referiu desconhecer a existência do mesmo. Depois de explicado o que significava o Cantinho do Cuidador e qual a sua função e utilidade para os cuidadores informais, foi realizada a questão relativamente às atividades que estes cuidadores gostariam de ver desenvolvidas no Cantinho do Cuidador (no caso de participarem no mesmo). A totalidade dos participantes pretendeu ver desenvolvidas atividades cujo foco seja a promoção do bem-estar físico e mental do utente, bem como a realização de passeios e atividades culturais. Dez referiram atividades cujo foco sejam os cuidados ao próprio cuidador (bem estar físico e mental), 9 manifestaram interesse em conhecer algumas patologias (HTA, Diabetes, Alzheimer, Parkinson, Depressão, Incontinência Urinária, Alterações comportamentais), bem como sessões nas quais os temas abordados sejam a morte/luto. Sete referiram vontade em participar em atividades sobre prevenção de acidentes/quedas, Workshops sobre diversos temas (jardinagem, cozinha, ginástica, cuidados com o corpo) e sessões de Yoga/massagem/relaxamento. Ainda 6 mostraram interesse em atividades sobre avaliações de glicémia e tensão arterial e interpretação dos respetivos valores e 5 gostariam de participar em sessões nos quais se abordassem os cuidados instrumentais ao utente (higiene, alimentação, posicionamentos).

Relacionando os dois grupos, as atividades pelas quais foi demonstrado maior interesse têm a ver com a realização de passeios e atividades culturais (20 em 20), cuidados ao próprio cuidador (19 em 20) e atividades onde se aborde a morte/luto (18 em 20).

Finalmente, foi avaliada a importância ou não da existência de um guia/manual do cuidador, abordando diferentes temas, consoante as necessidades identificadas. Foi explicada a estrutura prevista para o Manual, abordando os cuidados ao utente (instrumentais), cuidados ao próprio cuidador (comer melhor, vigiar a saúde, ocupar os

tempos livres) e recursos da comunidade (ajudas técnicas, apoios sociais, instituições). A totalidade dos participantes (20) viram importância e acharam necessário a existência do referido Manual e não tiveram sugestões quanto à estrutura do mesmo.

Ficou assim definida a base para a elaboração de um Manual destinado a Cuidadores Informais, com base nas necessidades reais dos mesmos.

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

Num estudo descritivo e quantitativo realizado por Pascoinho (2011), com uma amostra de 65 cuidadores informais de idosos seguidos em ambulatório no HDEF, EPE com o objetivo de avaliar as dificuldades sentidas pelo cuidador e as estratégias de *coping* utilizadas, pode concluir-se que estes cuidadores percebem poucas dificuldades no âmbito do processo de cuidados. As mais evidenciadas são as relacionadas com exigências físicas, financeiras e deficiente apoio profissional. As estratégias de *coping* utilizadas não são muito eficazes, sendo as mais úteis as relacionadas com ações que visam lidar com os acontecimentos/resolver problemas. Há relação entre a idade do cuidador informal e as dificuldades financeiras e as dificuldades relacionadas com o apoio profissional. Há também relação entre as dificuldades sentidas pelos cuidadores e o apoio profissional prestado, bem como relação entre as dificuldades do cuidador e o grau de dependência do idoso.

Krikorian et al. (2010) conduziram uma investigação qualitativa do tipo fenomenológico com uma amostra de 16 cuidadores de pacientes com dor oncológica e não oncológica em três instituições de saúde de Medellín. Os resultados evidenciaram que os níveis de sofrimento na maioria dos cuidadores eram altos. Também se observaram sentimentos contraditórios de tristeza e satisfação. No âmbito cognitivo associaram o sofrimento com dor e com o facto de fazerem bem a sua atividade. No aspeto comportamental apontaram que o sofrimento estava ligado à dificuldade para controlar os sintomas físicos do paciente e com o adiamento de atividades próprias da sua vida. O apoio psicossocial recebido pelos cuidadores não foi percebido como fator protetor para a diminuição do sofrimento; o tipo de dor estava relacionado com a experiência de sofrimento e o papel de cuidadores, que eram maioritariamente pacientes com dor oncológica. Os cuidadores entrevistados estavam em risco de apresentar *burnout* devido às múltiplas exigências da sua função.

Silva et al. (2013) realizaram uma revisão integrativa da literatura, recorrendo a bases de dados eletrônicas, durante os meses de Dezembro de 2010 a Abril de 2011, sendo que a mesma mostrou uma lacuna de estudos acerca das necessidades dos cuidadores informais no domicílio. Também identificou falta de evidências científicas de alta qualidade nesta área. Da literatura disponível, sobressaíram quatro temas principais: Informação e treino, suporte profissional, comunicação efetiva e suporte legal e financeiro.

Bee et al. (2008) com a realização de uma revisão sistemática da literatura concluíram que a pesquisa evidencia consistentemente a falta de suporte prático, frequentemente relacionado com informação inadequada. Estes *deficits* manifestam-se tipicamente quando os familiares adotam uma abordagem de tentativa e erro nos cuidados paliativos. O cuidar informalmente requer uma maior quantidade de informação focada na prática, melhorias na qualidade e aumento dos métodos de disseminação.

Lavdaniti et al. (2011) conduziram um estudo descritivo não presencial com uma amostra de 320 enfermeiros e 370 cuidadores intra-hospitalares no qual concluíram que os cuidadores informais intra-hospitalares perceberam que possuem maiores necessidades educacionais e informativas que o pessoal de enfermagem. Os resultados deste estudo também mostraram que o pessoal de enfermagem necessita identificar as necessidades dos cuidadores informais de modo a poder responder adequadamente a essas necessidades.

Foi ainda analisada a revisão sistemática da literatura conduzida por Cruz et al. (2010) na qual os principais resultados encontrados evidenciam alguns eixos, em torno dos quais se constroem as vivências do cuidador informal do idoso dependente, nomeadamente: os motivos de aceitação do papel; as dificuldades; as estratégias de *coping*; os fatores relacionados com a sobrecarga e as fontes de satisfação que advêm o ato de cuidar.

Existem diversos estudos sobre o papel dos cuidadores informais e poderá concluir-se que, de um modo geral, todos convergem para o tema da sobrecarga do cuidador e das dificuldades vivenciadas durante o desempenho da sua função, bem como do comprometimento físico e psicológico decorrentes deste papel.

3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Foi inicialmente definido que o público-alvo deste projeto seriam os cuidadores informais que participavam nas sessões do Cantinho do Cuidador, no ano de 2014, aos quais se adicionaram os cuidadores informais que prestam cuidados aos utentes integrados na ECCI da UCC. Daqui resultou um total de 20 cuidadores informais (9 utilizadores do cantinho do cuidador e 11 cuidadores pertencentes à ECCI).

Depois de aplicados todos os questionários, foram aferidas as necessidades dos cuidadores informais e delineadas as intervenções a realizar em sessões próprias. Foi realizada uma reunião com a equipa da UCC de Évora e apresentados os resultados dos questionários, bem como as atividades planeadas a desenvolver no Cantinho do Cuidador durante o período de 2015/2016, tal como evidenciado no ANEXO II.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Segundo Tavares (1990), os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projetos e define-os como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema. Estabelecer objetivos ajuda-nos a identificar as escolhas necessárias para o cumprimento da finalidade a que nos propomos, por isso deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis.

Os objetivos permitem assim quantificar o que se pretende atingir.

4.1 - OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

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

Neste relatório, referente ao projeto de intervenção na comunidade “Cuidar dos que cuidam – Uma abordagem às necessidades dos cuidadores informais”, foi estabelecido, como objetivo geral:

- Identificar as necessidades dos participantes nas atividades desenvolvidas no cantinho do cuidador (durante o ano de 2014) e dos cuidadores informais integrados na ECCI da UCC - Évora.

Pretendeu-se, com este objetivo, além de identificar as necessidades e dificuldades daqueles que prestam cuidados a outrem, agir no sentido de capacitar o grupo dos cuidadores informais, de modo a cuidarem também de si próprios contribuindo para que os cuidados ao familiar decorram sem detrimento ou prejuízo da sua própria saúde e condição física e mental.

4.2 - OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Segundo Tavares (1990), os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja atingido. Assim, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever sócio demograficamente os utilizadores do Cantinho do Cuidador e cuidadores informais pertencentes à ECCI da UCC - Évora;
- Identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelos utilizadores do Cantinho do Cuidador e cuidadores informais pertencentes à ECCI da UCC - Évora;

- Elaborar o plano de atividades a desenvolver no cantinho do cuidador durante o período de 2015/2016;
- Elaborar o Manual de apoio destinado aos cuidadores informais.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) é chegada a altura de se especificar quando, onde e como as atividades que integram o projeto devem ser concretizadas, bem como quem será encarregue de as administrar ou executar. Desta forma, pode concluir-se que qualquer projeto, após ser precedido por um diagnóstico de situação que servirá para definir prioridades, serão planeadas intervenções adequadas às necessidades da população-alvo. Neste projeto, após o diagnóstico de situação, procurou encontrar-se um conjunto de intervenções que pudessem ir ao encontro das reais necessidades dos cuidadores e em simultâneo também lhes permitisse espaço para verbalizarem as suas dúvidas e necessidade de ajuda.

De modo a atingir os objetivos deste projeto, foram realizadas as atividades que se descortinam no próximo ponto.

5.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

O projeto “Cantinho do Cuidador” já está implementado na UCC – Évora desde o ano de 2011. As sessões são planeadas pela equipa de enfermagem responsável, envolvendo os parceiros considerados pertinentes. Este projeto surgiu da constatação dos técnicos que intervêm no domicílio das dificuldades e limitações dos cuidadores. Caracteriza-se como um espaço de formação, apoio e sociabilização onde cuidadores informais e formais partilham vivências, experiências e emoções. Assume-se como uma resposta de apoio, acompanhamento e suporte aos Cuidadores Informais do concelho de Évora e assenta essencialmente em duas respostas: Acompanhamento Individual e Sessões Temáticas de divulgação e partilha. Para este Estágio Final, após a realização do diagnóstico da situação e depois de discutido o assunto com a equipa responsável pelo Cantinho foram definidas e planeadas as intervenções prioritárias, nomeadamente, Planear e implementar as atividades a desenvolver no Cantinho do Cuidador durante o período de 2015/2016 e Elaborar o Manual do Cuidador Informal.

Para tal, apresentam-se de seguida as intervenções consideradas adequadas.

- Construção/seleção dos instrumentos de recolha de informação

Para a caracterização da população-alvo foi criado um instrumento de colheita de dados (ANEXO III) de forma a permitir descrever sócio demograficamente a

população-alvo. Outro grupo de questões tem como finalidade determinar quais as maiores dificuldades que estes cuidadores enfrentam no dia-a-dia e também que atividades gostariam de ver desenvolvidas no contexto do Cantinho do Cuidador.

Fink e Kosecoff (1985) definem *survey*, termo inglês geralmente traduzido como informação de pessoas acerca das suas ideias, sentimentos, planos, crenças, bem como origem social, educacional e financeira. O instrumento utilizado no *survey*, o questionário, pode ser definido, segundo Yaremko et al. (1986), como um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede a sua opinião, os seus interesses, aspetos de personalidade e informação biográfica.

- Caracterização da população

Tal como referido anteriormente, a população consiste numa “coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definida por um conjunto de critérios” (Fortin, 1999, p.102).

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica da população foram apresentados no capítulo 3 do Relatório. Trata-se de uma população maioritariamente feminina (de um total de 20 participantes apenas 3 são homens) e idosa, em que, no que concerne aos cuidadores do Cantinho, a maior parte se situa na faixa etária entre os 61 e os 70 anos. Ao nível da ECCI, estes cuidadores dividem-se de igual modo pela faixa etária acima dos 70 anos (4 cuidadores), e entre os 30 e 41 anos (4 cuidadores).

Caracterizados socio-demograficamente, tentou perceber-se o impacto do ato de cuidar na vida destes cuidadores, bem como as maiores dificuldades experienciadas no dia-a-dia.

- Planeamento das atividades do Cantinho do Cuidador para o ano 2015/2016

O contexto de cuidar é complexo e envolve muitos fatores. As necessidades do cuidador implicam esforço físico, mental, psicológico e económico. Cuidar de um idoso dependente implica uma reorganização entre cuidador, idoso e família, para potenciar recursos e encontrar as melhores respostas. O grau de eficiência do papel de cuidador está também relacionado com o apoio formal que este recebe sendo este apoio mediador da sua ação. Verifica-se atualmente o aumento do número de

cuidadores idosos, muitas vezes também eles com limitações físicas decorrentes da idade. Assim, o ato de cuidar representa um fator acrescido de morbidade física e mental (Spar & La Rue, 2005 citados por Sequeira, 2007). Estes cuidados informais podem, do ponto de vista técnico, não ser os mais adequados. Contudo, constituem uma mais-valia humana e afetiva que importa preservar na história de vida de cada idoso e sua família.

Surge, assim, a necessidade de otimizar o papel do cuidador informal como prestador de cuidados ao idoso, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida no seu ambiente familiar. No processo dinâmico dos cuidados continuados (em que a situação de dependência afeta não só quem a sofre mas também os familiares mais diretos, por vezes com maior intensidade) a doença de um dos membros vai converter-se na doença familiar, o que na opinião de Sorensan e Luckman (1998), citados por Serra (2006) desencadeia sentimentos de depressão, ansiedade, frustração e exaustão.

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade (Santos, 2005).

Comparando as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais pertencentes aos dois grupos selecionados neste projeto, os resultados encontrados são díspares, apenas se aproximando na presença de fadiga física e psicológica. A nível das atividades a desenvolver, verifica-se um maior equilíbrio nos resultados obtidos, tal como evidenciado anteriormente, nomeadamente actividades relacionadas com cuidados ao próprio cuidador, passeios e actividades culturais e promoção do bem-estar físico e mental do utente e Deste modo, todas as atividades a desenvolver tiveram como base as necessidades aferidas na aplicação do questionário realizado aos cuidadores informais. Para cada sessão temática a preocupação era a de tentar escolher metodologias interativas e dinâmicas, que cativassem e envolvessem os participantes de modo que se sentissem o mais à vontade possível, num espaço seguro, onde pudessem verbalizar sentimentos e colocar dúvidas. Foi este o ponto de partida para a estruturação e organização das atividades a desenvolver no Cantinho do Cuidador durante o período compreendido entre Outubro de 2015 e Junho de 2016, conforme o ANEXO IV. Apesar do Estágio Final terminar no mês de Janeiro, foram planeadas todas as atividades até ao mês de Junho de 2016. A

realização das atividades tem periodicidade mensal, sempre às terças-feiras (de modo a ser mais facilmente memorizado pelos utentes).

- Sessões de Educação para a Saúde

A promoção da saúde constitui um objetivo consensual da prática de enfermagem. Embora, de há longa data se aborde o conceito de promoção da saúde, a origem oficial da abordagem atual da promoção da saúde está associada à 1ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde que decorreu em 1986, da qual emergiu a Carta de Ottawa, na qual se definiu Promoção da Saúde como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. De modo a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo, ou grupo, deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, bem como satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A saúde é assim entendida como um recurso para a vida, não como uma finalidade de vida. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas. Portanto, promoção da saúde não é apenas responsabilidade do sector da saúde, mas vai além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar. Esta definição é abrangente, envolve e procura responsabilizar não só o sector da saúde mas também o setor económico e político na promoção e manutenção da saúde. A Carta de Bangkok para a promoção da saúde (2005), num mundo globalizado, volta a reforçar a ideia de que “ promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre sua saúde e os seus determinantes, e, assim, melhorar a sua saúde”, avançando algumas estratégias a serem implementadas, assim como algumas ações necessárias (“*build capacity*” para o desenvolvimento da prática da promoção da saúde, transferência de conhecimento e de pesquisa, e literacia em saúde). A educação para a saúde pode ser encarada como parte integrante dos esforços para a promoção da saúde. Stanhope e Lancaster (2011) definem educação para a saúde como uma das atividades realizadas por profissionais com o objetivo de promover a saúde. Segundo a OMS (1998) a educação em saúde compreende oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida, que são favoráveis ao indivíduo e

comunidade. Ainda segundo a OMS (1998), educação para a saúde não só se preocupa com a comunicação de informações, mas também com promover a motivação, habilidades e confiança (autoeficácia) necessárias para tomar medidas no sentido de melhorar a saúde. Educação em saúde inclui a comunicação de informações relativas às condições sociais, económicas e ambientais que afetam a saúde, bem como os fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de cuidados de saúde. Assim, a educação em saúde pode envolver a comunicação de informações e desenvolvimento de habilidades de organização de várias formas de ação para abordar social e economicamente os determinantes ambientais da saúde. A educação para a saúde é, portanto, essencial em enfermagem. A promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde exigem que as pessoas recebam informação compreensível relacionada com a saúde. A informação que os enfermeiros proporcionam capacita as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). Carvalho e Carvalho (2005) consideram que, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar. Almeida (2009) defende que as ações de educação para a saúde dirigidas às pessoas mais velhas deverão adotar metodologias em acordo com os princípios da educação de adultos, estas pessoas têm de ser vistas como portadoras de uma história de vida que poderá influenciar o processo de aprendizagem. Maldonado, Munoz e Nunez (2007) afirmam que indivíduos adultos aprendem apenas o que querem aprender. O interesse em aprender é influenciado pelas suas vivências, bem como por interesses e motivações do indivíduo num determinado momento de sua vida. Segundo Redman (2003), nas situações de ensino-aprendizagem a motivação está relacionada com a vontade da pessoa para aprender. Segundo Peixoto (2013) o papel do profissional de saúde/educador é preponderante, atendendo a que ao programar a Educação para a Saúde terá que possuir conhecimentos científicos, embora as competências interpessoais sejam também relevantes para produzir no indivíduo a necessidade e a vontade de mudar comportamentos. Para que a Educação para a Saúde seja efetiva, desempenhando o seu papel, promovendo a saúde, é necessário que o enfermeiro tenha em consideração que as pessoas mais velhas possuem as suas próprias vivências, havendo a necessidade de motivá-las para a necessidade de adotar comportamentos promotores de saúde.

- Sessões realizadas

As tarefas preparatórias são transversais a todas as sessões, passando pela distribuição de panfletos com informação sobre as atividades do Cantinho, envio de *emails* para a comunicação social (Diário do Sul), participação em programa da Rádio Telefonia de modo a apresentar, não só o Cantinho do Cuidador mas também a sessão que se irá realizar (data, horário e local), definição e preparação dos conteúdos e estratégias a usar na sessão, compras e confeção do lanche e preparação do espaço físico.

- 27 Outubro de 2015 – “**Turista na própria cidade**”. Em colaboração com a CME, que facultou a presença de um guia turístico, visitaram-se alguns pontos-chave da cidade de Évora, com a devida explicação histórica dos mesmos. Esta sessão foi planeada e implementada tendo em conta as necessidades identificadas relacionadas com a necessidade de realizar passeios e atividades culturais, como forma de aliviar a carga física e principalmente psicológica inerente ao papel de cuidador informal. Definiu-se também como a primeira sessão por ser dinâmica e “diferente” das habituais sessões em sala. Foi o primeiro momento do Cantinho do Cuidador no ano de 2015 e serviu como apresentação das restantes atividades a desenvolver. Apesar das condições meteorológicas não serem as melhores (chuva no dia anterior e dia muito nublado), a atividade contou com 7 cuidadores informais + 3 enfermeiros + 1 guia + jornalista do Diário do Sul.
- 24 Novembro de 2015 – “**Cuidar do Cuidador I**”. Em reunião com a equipa responsável pelo Cantinho do Cuidador ficou definido que a temática dos cuidados ao cuidador ficaria a cargo do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria (DSMP) do Hospital do Espírito Santo (HESE), dada a experiência e atividades já desenvolvidas na área, com reconhecido valor e anteriores colaborações com o Cantinho do Cuidador. Numa reunião inicial no serviço de Psiquiatria do HESE foi apresentado o projeto e dado conhecimento à equipa envolvida que se pretendia que fossem sessões dinâmicas e interativas, com continuidade de sessão para sessão, tendo sido a disponibilidade imediata. Foi uma sessão muito dinâmica, com a participação de todos os envolvidos, onde puderam

partilhar experiências, pedir opiniões e esclarecer algumas dúvidas, num ambiente seguro e confortável. Foi dinamizada por 2 enfermeiros do DSMP + 2 alunos estagiários de enfermagem. Estiveram presentes cerca de 20 utentes.

- 15 Dezembro 2015 – “**Conviver com a demência**”. Novamente em colaboração com o HESE, foi contactada uma médica Neurologista que trouxe a sua experiência em lidar e cuidar de doentes com demência. A escolha desta médica Neurologista, em particular, adveio de uma colaboração anterior, numa sessão direcionada aos profissionais da UCC-Évora, em que toda a equipa a classificou de forma muito positiva. Foi sempre tido em conta o esclarecimento de dúvidas dos cuidadores informais, direta ou indiretamente relacionadas com o assunto em questão. Pôde concluir-se, no final desta sessão, que existiam várias dúvidas acerca do tema demência, medicação, como lidar, como gerir, as quais foram esclarecidas e encaminhadas algumas situações que se revelaram necessitar de algum apoio mais específico. Estiveram presentes cerca de 20 utentes.
- 19 de Janeiro 2016 – “**Cuidar do Cuidador II**”. Continuação da temática pela equipa do DSMP do HESE. Presenciou-se nesta sessão uma ambivalência de sentimentos muito forte. Incidiu-se inicialmente na temática da “morte” e os participantes na sessão que já passaram por uma situação de perda tiveram aqui um momento de partilha onde puderam falar sobre a morte de um familiar e todos os sentimentos inerentes à mesma, com pessoas que passaram por uma situação semelhante. Partilhou-se choro e histórias de vida difíceis e trágicas. E, deste momento “pesado”, é de elogiar a capacidade do enfermeiro de transitar, gradualmente, para um final de sessão com sorrisos e boa disposição de todos os participantes. Estiveram presentes cerca de 30 utentes.
- 23 de Fevereiro 2016 – “**Rostos que cuidam**”. Projeto pessoal do mestrando, aproveitado para a realização de uma atividade direcionada para os cuidadores. Estes cuidadores, na sua maioria, vivem uma grande parte das suas vidas em função de outra pessoa. Raras são as vezes que dispõem de algum tempo para si. Raras são as vezes onde podem “perder” tempo com eles próprios e dedicar alguma atenção à sua própria condição.

Após a sessão de 19 de Janeiro, foram convidados os cuidadores presentes para a realização de um retrato. O objetivo era poder dar um rosto, uma imagem, a quem vive “na sombra” de outra pessoa, de maneira a que estes cuidadores, através da sua participação na sessão, pudessem ter um tempo para se observarem. Assim, realizou-se no dia 23 de Fevereiro uma exposição com 13 cuidadores retratados pela objetiva do fotógrafo José Saruga. Após a captura da imagem, foi pedido aos cuidadores que definissem, em poucas palavras, o que entendem por “cuidar” e qual, para eles, o significado do Cantinho do Cuidador. As fotografias foram impressas no formato 30x40cm e acompanhadas individualmente pelas respostas dos cuidadores às questões realizadas. A exposição teve lugar na sala de exposições do INATEL, que cedeu o espaço durante uma semana, passando posteriormente para a ESESJD. Finalizada a exposição, todas as fotografias serão entregues aos cuidadores retratados. O texto de apresentação da exposição e o convite para a mesma podem ser consultados no ANEXO V.

A partir desta altura, apesar de já não participar ativamente na realização das atividades, pelo facto de ter terminado o Estágio Final, colaborou no planeamento e na preparação das mesmas, nomeadamente:

- 22 de Março 2016 – **“Visita ao Jardim Zoológico em Lisboa”**. Novamente com a colaboração da CME, e aproveitando as férias escolares da Páscoa, foi requisitado e prontamente cedido um autocarro e respetivo condutor de modo a poder realizar uma visita, na altura, a local a ainda a definir pelos cuidadores numa sessão, dando assim resposta à necessidade identificada pela totalidade dos inquiridos relativamente à realização de passeios e atividades culturais. O objetivo inicial tinha como fim a visualização de uma peça de teatro de Revista, sendo que não ficou delineada à partida qual a peça a visualizar pela efemeridade das peças em exibição. Posteriormente, constatou-se que das peças em exibição em Lisboa, nenhuma dispunha de matiné, pelo que foi necessário explorar novas hipóteses. Durante a sessão de 23 de Fevereiro (apresentação da exposição), e aproveitando a presença de um grande número de cuidadores informais, participantes habituais no Cantinho, foi feita uma sondagem

pelos presentes relativamente a locais que gostariam de visitar. Foram efetuadas algumas sugestões, sendo que a escolha recaiu sobre o Jardim Zoológico de Lisboa. Participaram 23 utentes.

- 19 de Abril 2016 – **“Morte e luto”**. Sessão a realizar em parceria com uma enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos do HESE, colaboradora nas atividades do Cantinho e sugerida pelas enfermeiras responsáveis pelo cantinho do cuidador.
- 17 de Maio de 2016 – **“Apoio nos cuidados diários”**. Dada a heterogeneidade do grupo participante nas sessões e a entrada de novos membros de um ano para outro, a equipa responsável pelo Cantinho do Cuidador decidiu incluir este tópico nas atividades a desenvolver, mesmo não sendo das atividades mais “sugeridas” aquando da realização dos questionários. Esta componente instrumental reveste-se de uma importância essencial na prestação de cuidados destes cuidadores informais. Um reforço dos conhecimentos já existentes são uma mais-valia que irá permitir a prestação de melhores cuidados à pessoa dependente. Será uma sessão teórico-prática, na qual serão abordadas as principais atividades de vida diárias.
- 14 de Junho 2016 – **“Cuidar do Cuidador III”** surge no seguimento das sessões desenvolvidas pelo DSMP, ficando a cargo destes profissionais a escolha do tema específico da sessão.
- Final de Junho 2016 – **Jantar convívio feira de São João**. Como já vem sendo hábito, e de modo a terminar a “época” do Cantinho do Cuidador, é realizado um jantar nas festas populares da cidade. Não é tanto um momento de formação mas sim um momento de convívio, partilha e descontração.

Um dos problemas iniciais identificado pelas enfermeiras responsáveis pelo Cantinho do Cuidador que exigia atenção imediata estava relacionado com o local de realização das sessões. Definido não só pelas enfermeiras diretamente envolvidas como também por alguns participantes nas sessões como “escuro”, “frio” e “pouco acolhedor”, era prioritário que se resolvesse este problema de modo a poder facilitar todo o processo de aprendizagem e partilha de experiências e proporcionar um local seguro que potenciase o bem-estar e o à vontade dos cuidadores. Assim, depois

de visitados alguns espaços na cidade, entrou-se em contacto com a Metalentejo, uma associação para o bem-estar psicossocial da comunidade. É uma IPSS dedicada ao apoio e reabilitação da pessoa com doença mental, seus familiares e cuidadores. Com a recente reabilitação da sede (localizada em frente ao Hospital do Patrocínio), foi requisitada a cedência de uma sala para a realização das sessões do cantinho. A resposta foi positiva e a sessão de 24 de Novembro teve lugar na referida sala, que se revelou pequena, tendo em conta o número elevado de participantes. Manteve-se a necessidade de encontrar um espaço que pudesse receber as sessões do cantinho. Problema resolvido posteriormente pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) que, ao ter conhecimento da situação, se prontificou a disponibilizar a sala/auditório da ESESJD para as sessões. É este o espaço “oficial” no qual se realizarão as restantes sessões do ano 2015/2016.

- Elaboração do Manual do Cuidador Informal

Simultaneamente ao planeamento das atividades descritas, este Estágio de Intervenção Comunitária tinha como objetivo a elaboração de um Manual destinado aos cuidadores, baseado nas necessidades identificadas nos questionários efetuados e na experiência e opinião das enfermeiras diretamente envolvidas e responsáveis pelo Cantinho do Cuidador. Pretendeu-se, dada a limitação temporal, adiantar o máximo possível a componente teórica do Manual. Assim, optou-se pela divisão do manual em 3 capítulos principais, a saber: Cuidar do Cuidador; Cuidados à pessoa dependente; Recursos da comunidade.

Ao nível do cuidar do cuidador, dividiu-se também por subcapítulos onde se decidiu destacar: Vigilância de Saúde (com algumas informações sobre como manter a saúde e prevenir a doença); Alimentação (onde se incluíram recomendações para uma alimentação equilibrada, variada e saudável); Exercício Físico (com benefícios e exemplos de exercícios acessíveis); Sono (com recomendações de modo a criar e manter um padrão de sono saudável e evitar o sono de má qualidade); *Stress* (como evitar e controlar ambientes de stress) e Comunicação.

A nível dos cuidados à pessoa dependente, procurou-se incidir sobre as atividades de vida diárias, com explicações sobre o modo mais correto de as realizar. Deste

capítulo fazem parte a Higiene (Na banheira, na cama e higiene da boca); Alimentação (orientações para alimentar outra pessoa; alguns problemas mais comuns; alimentação por sonda); Locomoção (com exemplos de alternância de decúbitos e transferências da cama para cadeira); Eliminação (dando-se destaque ao uso da fralda, preservativo urinário, cateter urinário e ostomias); Sono (onde constam algumas recomendações de modo a que a falta de sono ou sonolência em excesso não interfiram na qualidade de vida da pessoa cuidada e do cuidador). Além das atividades de vida, optou-se por criar um subcapítulo intitulado “Prevenir complicações”, onde se incluíram algumas complicações que colocam em causa a integridade física do utente e podem ser evitados com as devidas precauções/cuidados (Engasgamento; Quedas; Úlceras de pressão; Erros com a medicação).

A nível dos recursos da comunidade disponíveis, reuniram-se as informações necessárias de modo a construir uma tabela de fácil acesso que permita ao cuidador identificar a valência que necessita do modo mais direto possível (inclui informações relativamente a centros de convívio, centros de dia, lares, apoio domiciliário, instituições de apoio social e instituições relacionadas com cultura, lazer e atividade física). Em anexo encontra-se a versão de trabalho deste manual, uma vez que a componente teórica foi entregue ao responsável pelo design gráfico do mesmo e, até ao momento está em construção (ANEXO VI)

5.2 - METODOLOGIA

Os Cuidados de Saúde Primários são o pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde, pois tratam-se do primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção e proteção da saúde, a prevenção e prestação cuidados na doença, bem como a eficaz ligação e articulação com os outros níveis do sistema de forma a garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que se revistam como elemento chave na obtenção da saúde para todos.

Desta forma, é fundamental que se identifiquem os problemas (fatores determinantes), bem como necessidades de saúde para que as abordagens a delinear sejam as adequadas às reais necessidades da população. Para que isto aconteça é então necessário, por um lado planear e não apenas dar resposta à procura dos cuidados de saúde, por outro articular-se com outros sectores, estabelecer parcerias de forma a promover a literacia e a capacitar os utentes. Relativamente ao primeiro aspeto, ou seja

relativamente ao Planeamento em Saúde, este pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p 23). Pode concluir-se que o planeamento em saúde consiste em elaborar um curso de ação, face às necessidades sentidas. Pretende-se alcançar uma melhoria no estado de saúde de uma população, comunidade, e assim obter ganhos em saúde.

O planeamento é a determinação de uma sequência de ações que têm por objetivo alcançar um resultado desejado. É ele que determina aquilo que deve ser feito e como deve ser feito. Deve procurar maximizar os resultados e minimizar as deficiências, buscando maior eficiência, eficácia e efetividade. O seu objetivo deve ser definido de forma clara, com precisão, para favorecer a implementação do próprio plano, segundo Gama (2010). É então necessário um método de planeamento que possibilite a compreensão e a partilha de uma mesma linguagem (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados, etc.), que seja capaz de contribuir para o diálogo e para a efetiva participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano (Campos, Faria & Santos, 2010).

A OMS teve um papel imprescindível como principal impulsionador do desenvolvimento do planeamento na saúde, tendo recomendado aos governos na conferência de Alma Ata, em 1978, o aperfeiçoamento da estrutura administrativa e que se aplicassem métodos de gestão apropriados para planear e implementar os Cuidados de Saúde Primários. O planeamento em saúde surge, não só como um instrumento tradutor de políticas e objetivos de saúde, mas também como a tradução da ação concreta de desenvolvimento na área da saúde (Imperatori & Giraldes, 1986).

Imperatori e Giraldes (1993) referem seis tipos de razões para a necessidade do planeamento da saúde:

- Porque os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente;
- Porque é necessário intervir nas causas dos problemas;
- Porque é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher;
- Porque é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção;

- Porque é necessário evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- Porque é necessário utilizar e adequar os serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados.

O grande objetivo do planeamento em saúde é melhorar o nível de saúde das populações, procurando mudanças no comportamento, essencialmente ao nível das atitudes e comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis e com a utilização de serviços. Imperatori e Giraldes (1986) entendem o planeamento em saúde como um processo contínuo e dinâmico, que contém três fases importantes: Elaboração do plano, Execução e Avaliação, constituídas pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Na fase da execução operacionaliza-se o projeto elaborado. Na fase final, realiza-se uma avaliação de todo o projeto, bem como os ganhos produzidos e/ou redefinição do mesmo. Todas as diferentes fases encontram-se interdependentes e interrelacionadas. É imprescindível o estabelecimento de um processo dinâmico e permanente, que permita alterações e correções, necessárias às permanentes transformações das situações e populações.

A experiência na área de enfermagem mostra que, a prestação de cuidados em enfermagem não se pode reger pela improvisação e falta de sistematização, da qual resultaria ineficiência e ineficácia. O planeamento corretamente elaborado recompensa o tempo e energia nele despendido. A administração dos cuidados de enfermagem é orientada para o utente, envolvendo o planeamento de todos os atos de enfermagem que, de forma direta ou indireta, respondem às necessidades de enfermagem dos seus utentes, famílias e comunidades (Gama, 2010).

No que diz respeito a este projeto, para cada sessão temática a preocupação era tentar escolher metodologias ativas e participativas que envolvessem os cuidadores informais de modo a que estes se sentissem à vontade para verbalizar sentimentos e colocar dúvidas, num ambiente que considerassem seguro e propício para se “exporem”.

5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

A seleção de estratégias corresponde à 4.^a etapa do planeamento em saúde. Nesta fase, pretende-se que seja definido o conjunto de técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados na etapa anterior (Imperatori & Giraldes,

1993), ou seja, delinear as diferentes formas de resolver um problema. No fundo responder à questão: Como?

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

Assim, de modo a tentar atingir os objetivos definidos anteriormente, foram selecionadas duas estratégias em particular:

- Estabelecimento de Parcerias

O envolvimento com outras pessoas ou organizações incluem parcerias, ou seja, alianças para a saúde. Laverack (2008) refere-nos que as parcerias demonstram capacidade para trabalhar em Rede e em colaborar e desenvolver relações que promovam interdependência, baseadas no reconhecimento de interesses sobrepostos ou mútuos e no respeito interpessoal e entre organizações.

A criação de parcerias foi um aspeto essencial para a consecução deste projeto, uma vez que permitiu a conciliação ao nível das várias iniciativas já existentes e disponíveis ao serviço da população, sendo o projeto aceite e validado por todas as partes intervenientes.

As parcerias, segundo Laverack (2008) citando Fawcett et al. (1995) são como catalisadores para capacitar os membros de uma comunidade a tomarem medidas no sentido de realizar mudanças nas políticas e práticas que influenciam o seu meio. As parcerias podem ser especialmente eficazes na capacitação da população porque todos os parceiros intervenientes compartilham as mesmas responsabilidades, tarefas e recursos.

Este projeto de intervenção comunitária veio incidir sobre um outro, já implementado desde 2011, o Cantinho do Cuidador. E, como tal, além de se estabelecerem novas parcerias, recorreu-se às parcerias já implementadas, como estratégia de potenciação dos recursos disponíveis na comunidade, mas também como forma de envolver essas entidades e técnicos na sensibilização das pessoas, por forma a aderirem ao projeto. Além do envolvimento da Fundação Eugénio de Almeida, através do seu Banco de Voluntariado de proximidade (que facilitava aos cuidadores informais participar nas sessões pois, caso pretendessem, teriam um acompanhamento do utente/familiar a quem prestam cuidados, para que nunca ficasse sozinho no domicílio), foram endereçados convites a profissionais de diferentes áreas para dinamizarem sessões

temáticas, de forma a enriquecer cada sessão com o “*know-how*” próprio de quem está confortável e possui competências e conhecimentos específicos acerca dos temas. O envolvimento dos órgãos de comunicação social locais também se revelou muito produtivo pois os cuidadores recebiam em casa informação do projeto (através das entrevistas na rádio e rubrica no jornal da região) e eram convidadas a participar.

- Sessões de Educação para a Saúde

Tal como já descrito anteriormente no ponto 5, a educação para a saúde pode ser encarada como parte integrante dos esforços para a promoção da saúde. Stanhope e Lancaster (2011) definem educação para a saúde como uma das atividades realizadas por profissionais com o objetivo de promover a saúde.

A Educação para a Saúde é essencial em enfermagem. A promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde exigem que as pessoas recebam informação compreensível relacionada com a saúde. A informação que os enfermeiros proporcionam capacita as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). Carvalho e Carvalho (2006) consideram que, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

Segundo Peixoto (2013) o papel do profissional de saúde/educador é preponderante, atendendo a que ao programar a sessão de Educação para a Saúde terá que possuir conhecimentos científicos, embora as competências interpessoais sejam também relevantes para produzir no individuo a necessidade e a vontade de mudar comportamentos. Para que a Educação para a Saúde seja efetiva, desempenhando o seu papel, na promoção da saúde, é necessário que o enfermeiro tenha em consideração que as pessoas mais velhas possuem as suas próprias vivências e experiência de vida, pelo que é necessário motivá-las para a importância de adotar comportamentos promotores de saúde.

Foram planeadas e desenvolvidas 10 sessões de educação para a saúde durante este projeto, conforme anteriormente apresentado, em capítulo próprio.

5.4 - RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A identificação dos recursos humanos e materiais é essencial, já que da sua determinação dependerá o processo de planeamento (Tavares, 1990). Os recursos deverão ser adequados às necessidades estimadas como garantia do sucesso das intervenções, uma vez que são fundamentais para que o projeto, previamente planeado, possa ser continuado.

- Recursos Humanos envolvidos no projeto, até ao momento (já que o mesmo terá continuidade até Junho de 2016):

Equipa do cantinho do cuidador da UCC de Évora; Mestrando; Guia turístico da CME; Dois elementos da equipa de Enfermagem do DSMP do HESE; Médica Neurologista; Estudantes de Enfermagem da ESESJD; Responsável da Fundação Inatel; Enfermeira da UCI do HESE; Administrativa da UCC (responsável pela realização dos telefonemas a informar os cuidadores em todas as sessões); Responsáveis pela Metalentejo (disponibilização e cedência do espaço); Diretor da ESESJD (disponibilização e cedência do espaço para realização das sessões e disponibilização de espaço para exposição fotográfica); Banco de Voluntariado de proximidade da Fundação Eugénio de Almeida; *Designer* gráfico Nuvem K (elaboração da componente gráfica e impressão do Manual destinado aos cuidadores informais); Representantes de alimentação entérica (Apoios monetários para Manual); Representantes das Juntas de freguesia da Horta das Figueiras/Malagueira, Bacelo/Senhora da Saúde e Centro Histórico.

- Recursos físicos envolvidos no projeto, até ao momento:

Um dos problemas iniciais identificado pelas enfermeiras responsáveis pelo Cantinho do Cuidador que exigia atenção imediata estava relacionado com o local de realização das sessões. Definido não só pelas enfermeiras diretamente envolvidas como também por alguns participantes nas sessões como “escuro”, “frio” e “pouco acolhedor”, era prioritário que se resolvesse este problema de modo a poder facilitar todo o processo de aprendizagem e partilha de experiências e proporcionar um local seguro que potenciase o bem-estar e o à vontade dos cuidadores. Assim, tal como anteriormente referido, realizou-se no dia 24 de Novembro a primeira sessão num novo espaço, a sala polivalente da Metalentejo, uma associação para o bem-estar psicossocial da comunidade, que veio a revelar-se pequena, tendo em conta o número elevado de participantes. Manteve-se a necessidade de encontrar um espaço que pudesse receber as sessões do cantinho.

Problema resolvido posteriormente pelo Diretor da ESESJD, que, ao ter conhecimento da situação, se prontificou a disponibilizar a sala/auditório da ESESJD para as sessões. É este o espaço “oficial” no qual se realizarão as restantes sessões do ano 2015/2016.

- Recursos materiais envolvidos no projeto, até ao momento:

Os recursos materiais utilizados nas sessões do cantinho podem ser classificados em dois grandes grupos:

- Material de escritório e audiovisual: cartazes; panfletos; impressões; papéis; canetas; colas; etc... despendido na divulgação do projeto e preparação e realização das sessões foi suportado pela UCC. Os recursos audiovisuais utilizados (computadores, projetores, telas, etc.) fazem parte do espólio da equipa.
- Alimentos e material descartável para o lanche no final de cada sessão realizada.

5.5 - CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

No sentido de realizar um projeto de intervenção comunitária como o descrito neste Relatório é imperativo estabelecer contactos e envolver a comunidade em que está inserido para que seja possível a concretização do mesmo. Desse modo, o trabalho em parceria foi valorizado desde o primeiro momento.

Os contactos foram realizados inicialmente por *e-mail* ou por telefone e posteriormente realizadas reuniões informais onde foi apresentado o projeto e o pretendido de cada parceria que se desejava ver envolvida. Posteriormente, estes contactos eram oficializados através de ofícios.

Algumas entidades envolvidas neste projeto:

- Unidade de Cuidados na Comunidade Évora.
- Câmara Municipal de Évora – Disponibilização de Guia Turístico e Autocarro para visita.
- Metalentejo – Disponibilização de sala para realização das sessões.
- Hospital do Espírito Santo – Elementos do Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica; Médica Neurologista; Enfermeira da Unidade de Cuidados

Intensivos. Departamento de Comunicação e Imagem, através da divulgação de Powerpoint sobre o Cantinho do Cuidador e as atividades planeadas (Anexo VII).

- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Colaboração dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem; Disponibilização de sala para realização das sessões; Disponibilização de espaço para exposição fotográfica.
- Fundação INATEL – Disponibilização de sala para exposição fotográfica.
- Rádio Telefonía / Diário do Sul – Divulgação das sessões e entrevista aos responsáveis pelas sessões do Cantinho do Cuidador.
- Juntas de Freguesia da Cidade e bairros adjacentes – Apoio monetário na elaboração do Manual destinado aos cuidadores informais.
- NuvemK – Design gráfico e impressão do Manual do Cuidador Informal.

5.6 - ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

O projeto Cantinho do Cuidador, como existe desde 2011, está devidamente orçamentado, o que não significa que a verba disponível seja a suficiente. Todos os preletores convidados a participar nas sessões do Cantinho do Cuidador fizeram-no a título voluntário, não usufruindo de qualquer remuneração.

Os gastos inerentes ao projeto desenvolvido relacionaram-se maioritariamente com materiais consumíveis, material de apoio e horas de trabalho dos profissionais.

Os recursos materiais utilizados nas sessões do cantinho podem ser classificados em dois grandes grupos:

- Material de escritório e audiovisual: cartazes; panfletos; impressões; papéis; canetas; colas; etc... despendido na divulgação do projeto e preparação e realização das sessões foi suportado pela UCC. Os recursos audiovisuais utilizados (computadores, projetores, telas, etc.) fazem parte do espólio da equipa.
- Alimentos e material descartável para o lanche no final de cada sessão. O material descartável é fornecido pelo armazém da Administração Regional de Saúde do Alentejo. A direcção da UCC disponibiliza 15€ para cada sessão, destinados à aquisição de alimentos. Além disso, em cada sessão, fruto da boa vontade e disponibilidade de alguns participantes prendados nas artes culinárias, podem-se encontrar bolos e petiscos diversos.

A Tabela 6 resume a estratégia orçamental deste projeto, com valores aproximados:

TABELA 6: Estratégia Orçamental do Projeto

Recurso	Especificação	Custo
Material de apoio	Fotocópias	300,00€
	Papel A4	80,00€
	Tinteiro para Impressora	80,00€
	Impressão Fotográfica	20,00€
	Material para Exposição Fotográfica	60,00€
Material de consumo	Eletricidade, Internet, Software edição de imagem	600,00€
Vencimento do Enfermeiro	Horas de trabalho	2.500,00€
Vencimento do Fotógrafo	Horas de trabalho	500,00€
Combustível	Deslocações	300,00€

5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma é uma representação gráfica do tempo investido numa determinada tarefa ou projeto, de acordo com as atividades definidas no âmbito desse mesmo projeto. É uma ferramenta que ajuda a controlar e visualizar o progresso do trabalho. Citando Carvalhosa et al. (2010) é um elemento fundamental para a vida do projeto, pois servirá como base referencial para a execução e acompanhamento do mesmo, bem como para futuras avaliações.

Relativamente à execução deste projeto, o cronograma (ANEXO VIII) sofreu ajustes ao inicialmente previsto, facto que será devidamente analisado e explicado no capítulo seguinte.

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Segundo a OMS (1981) citada em Tavares (1990) a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Sendo o final do planeamento integra-se também em cada uma das suas etapas. Avaliar de forma correta e objetiva é a única forma de comparar o estado inicial e final relativamente à população-alvo. Avaliar é calcular o “valor” das intervenções efetuadas. Avalia-se para melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência.

Neste projeto, a avaliação foi um processo contínuo e transversal a todas as etapas do seu desenvolvimento, uma vez que, sendo comumente designada como a última etapa do processo de planeamento em saúde, a avaliação integra-se também em cada uma das etapas anteriores uma vez que, segundo Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento da saúde deverá ser entendido como um processo contínuo e dinâmico. Em saúde não se pode considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazer essa etapa. Como tal, o processo de avaliação revela-se como uma etapa fundamental de um projeto de intervenção comunitária, embora pese o facto de nem sempre ser fácil de analisar. Neste projeto, foi realizado um diagnóstico de situação, foram identificadas as necessidades e foi planeado um plano de atividades e respetivas estratégias, tendo em conta essas mesmas necessidades e os objetivos definidos.

6.1 - AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

No projeto “Cuidar dos que cuidam – Uma abordagem às necessidades dos cuidadores informais”, que teve como objetivo principal a identificação das necessidades dos participantes nas atividades desenvolvidas no cantinho do cuidador (durante o ano de 2014) e dos cuidadores informais integrados na ECCI da UCC, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1 - Descrever sócio demograficamente os utilizadores do Cantinho do Cuidador e cuidadores informais pertencentes à ECCI da UCC - Évora;

A caracterização sociodemográfica dos utilizadores do Cantinho do Cuidador foi possível pela análise dos dados recolhidos através do instrumento de recolha de dados, já descrito em capítulo anterior, bem como os principais resultados.

2 - Identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelos utilizadores do Cantinho do Cuidador e cuidadores informais pertencentes à ECCI da UCC - Évora;

Depois de, em reunião com a equipa responsável pelo Cantinho do Cuidador, serem aferidas as principais necessidades e dificuldades dessa mesma equipa, recorreu-se à análise dos dados recolhidos através do instrumento de colheita de dados, anteriormente apresentado, para identificar as necessidades e dificuldades não só dos utilizadores do cantinho do cuidador mas também dos cuidadores informais integrados na ECCI, perfazendo assim um total de 20 pessoas. Estes resultados podem ser consultados detalhadamente no capítulo 3 deste Relatório.

3- Planear as atividades a desenvolver para o Cantinho do Cuidador durante o período de 2015/2016;

Aplicados todos os questionários e analisados os dados obtidos, foi possível identificar as necessidades e dificuldades dos cuidadores informais, também já anteriormente apresentadas de forma detalhada no capítulo 3 do presente Relatório. Tendo em conta o diagnóstico da situação, foi elaborado o plano de atividades do Cantinho do Cuidador para o ano de 2015/2016. Foram planeadas 10 sessões, em estreita relação de multidisciplinaridade com profissionais de áreas distintas, assente em parcerias, de modo a dar resposta às dificuldades/necessidades identificadas. Estas sessões encontram-se descritas detalhadamente no capítulo 5 e terminarão em Junho de 2016.

4- Elaborar o Manual de apoio destinado aos cuidadores informais.

Simultaneamente ao planeamento das atividades a realizar no âmbito do Cantinho do Cuidador para o ano 2015/2016, era objetivo do Estágio Final, tendo em conta as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem responsável pelo Cantinho do Cuidador, a elaboração de um Manual destinado aos cuidadores informais, com impressão física e distribuição gratuita, onde facilmente pudessem recorrer em caso de dúvida ou dificuldade na realização da sua função de cuidador. Assim, recorrendo também aos dados recolhidos através dos questionários e à experiência das enfermeiras diretamente envolvidas e responsáveis pelo Cantinho

do Cuidador optou-se pela divisão do Manual em 3 capítulos distintos: Cuidar do Cuidador; Cuidados à pessoa dependente; Recursos da comunidade.

6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O projeto “Cuidar dos que cuidam – Uma abordagem às necessidades dos cuidadores informais” construiu-se de forma a integrar o plano de ação da UCC de Évora para o ano 2015/2016. Este projeto teve como horizonte temporal os anos 2015 e 2016, tendo sido elaborado um plano de atividades iniciado em Outubro de 2015, com continuidade até Junho de 2016. Este projeto está implementado desde o ano de 2011, depois de ser identificado como uma necessidade pela equipa de enfermagem que prestava cuidados no domicílio, tendo sido verificado não só a falta de conhecimentos relativamente ao papel de cuidador, mas também a necessidade de um espaço de partilhas e "descanso" desse papel. O Manual foi construído tendo em conta os contributos da equipa e as sugestões dos cuidadores informais, em resposta às necessidades por eles enunciadas, tendo em conta o diagnóstico da situação.

6.3 - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTRODUZIDOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Para Tavares (1990) a avaliação, ainda que possa ser considerada a última etapa do planeamento em saúde, poderá relançar um novo ciclo e, se for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico e à reformulação de objetivos e metas. Essa foi também a filosofia subjacente a este projeto.

Após cada sessão temática era feito um ponto da situação e uma breve análise ao decurso da mesma, onde ocorria troca de ideias e opiniões entre os responsáveis diretamente envolvidos. Além deste momento presencial, posteriormente por correio eletrónico, eram partilhadas algumas opiniões e sugestões, o que se revelou de extrema importância pois permitiram avaliar o que tinha ocorrido e introduzir medidas corretivas entre as sessões, se necessário. No final de todas as sessões também era pedido aos participantes que avaliassem a sessão e que partilhassem opiniões e sugestões relativamente à forma de melhorar ou inovar a sessão seguinte.

A principal medida corretiva introduzida foi a mudança do local de realização das sessões temáticas, pelos motivos já anteriormente apontados.

Tal como em todos os projetos em que se participa ao longo da vida, seja a nível académico, profissional ou pessoal, as dificuldades são esperadas e surgem dos mais

diferentes modos, sendo que é na forma como se enfrentam esses mesmos problemas e se ultrapassam que nos definimos e crescemos pessoal e profissionalmente. No percurso deste projeto foram várias as dificuldades encontradas, umas com mais impacto, outras com menos. Deparámos-mos com a ausência de resposta a contactos efetuados, a inércia/indiferença de algumas pessoas com as quais se contava para uma divulgação mais ativa do projeto mas, importa ressaltar que no final, o que conta é a forma como se ultrapassam os obstáculos, o que neste caso foi conseguido, à exceção de uma situação que foi a avaliação efetiva e objetiva, do efeito do Cantinho do Cuidador na vida desses cuidadores informais. Esta lacuna, já há muito está sinalizada pelos responsáveis do projeto. No entanto, no final do Estágio, este assunto foi debatido em reunião e foram deixadas algumas sugestões quanto à forma de avaliar o efeito destas sessões e restantes atividades do Cantinho na vida dos cuidadores a quem se destinam. Será que influenciam, efetivamente a sua prática enquanto cuidadores informais? Qual o impacto na sua vida? Partindo do princípio de que o grupo não é constante (não só de uma sessão para outra mas também da primeira sessão para a última) torna-se difícil uma avaliação objetiva dos efeitos do Cantinho do Cuidador na vida destas pessoas e, dada também a heterogeneidade do grupo. Contudo, verificou-se ao longo das sessões realizadas, que as mesmas eram utilizadas pelos participantes como um “escape”, um momento onde desabafavam, onde se “abriam” e se sentiam num ambiente seguro, entre pessoas com as quais se identificavam, que partilhavam uma dor comum e histórias semelhantes. A troca de experiências era sentida como uma mais-valia. Esta constatação, não sendo muito objetiva, não deixa de ser um indicador positivo. No final das sessões era feita uma avaliação positiva das mesmas e era visível o agradecimento sincero dos participantes... o sorriso. Assim sendo, e considerando que o Cantinho do Cuidador tem como objetivo ser um espaço de partilha de experiências e ajuda, parece cumprir a missão para o qual foi criado.

Apesar disso, é importante usar um instrumento ou uma forma objetiva de avaliar o projeto e, em última instância, o efeito destas sessões na vida dos cuidadores. Após alguma discussão ponderou-se avaliar a sobrecarga dos cuidadores, com recurso a uma escala, na primeira e na última sessão realizadas, salvaguardando o facto de nem todos frequentarem todas as sessões e correndo o risco de quem esteve na primeira não estar na última.

Este projeto – O Cantinho do Cuidador – tem reunidas as condições para ter continuidade, atendendo à sua vida que conta já com quase 5 anos de existência e pelo

que já está sedimentado. Por outro lado, é intenção dos responsáveis utilizar os dados e a informação resultante deste projeto para que o Cantinho possa dar resposta às reais necessidades dos cuidadores informais.

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A evolução e as transformações sociais e políticas ocorridas nas últimas décadas introduziram mudanças significativas, tanto na vida pessoal, como na vida social, das populações atuais. O envelhecimento das populações, a integração da mulher no mundo laboral e o aumento das doenças crónicas, são alguns dos fatores que têm conduzido à reorganização dos cuidados de saúde.

Tendo em vista o crescente número de cuidadores familiares que passaram a desenvolver atividades de cuidado a familiares, no próprio domicílio, decorrente do aumento de doenças crónicas e em função de uma postura pós-moderna que privilegia a (des)hospitalização, é de fundamental relevância que a enfermagem reúna as condições e competências técnicas, científicas, comunicacionais e de suporte, adequadas a esta realidade.

Esse entendimento abarca a perceção de que o papel do cuidador torna-se acentuadamente doloroso e difícil, acrescentando-se ainda que, não raro, de um momento para outro, é levado a fazer uso de habilidades que muitas vezes não possui e que certamente não teria em mente vir a desenvolver.

O apoio aos mais dependentes deve ser pensado num contexto vasto e dinâmico, tendo em conta as mudanças verificadas nas estruturas familiares e nas relações de amizade e vizinhança. A família continua a desempenhar um papel importante no apoio aos mais idosos. Esta solidariedade intergeracional sofreu, no entanto, algumas alterações na sua forma, tanto a nível afetivo, como instrumental, condicionando o papel das redes de suporte social.

Segundo o publicado em Diário da República (2001), a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o Enfermeiro Especialista

em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), são quatro os domínios de competências comuns do enfermeiro de cuidados gerais (responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais). Estes quatro domínios são então alvo de desenvolvimento e aprofundamento quando passamos a falar das competências do Enfermeiro Especialista. Ainda, segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados à população a que se referem.

Assim, tal como descrito no Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Ordem dos Enfermeiros:

- **Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

Foi realizado um diagnóstico de situação com base na colheita de dados à população identificada (aplicando a alínea a) do artigo 4º. Não só as sessões planeadas e desenvolvidas mas também a elaboração do Manual do Cuidador Informal tiveram como objetivo a capacitação da população alvo, numa tentativa de dotá-los de conhecimento e estratégias que lhes permitissem desempenhar o papel de cuidador informal não só de forma adequada mas também respeitando a sua própria condição física e psicológica, remetendo-nos aqui para a alínea b) do regulamento acima referido.

- **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.**
A alínea c) do regulamento da Ordem dos Enfermeiros, diz-nos que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. O presente projeto foi elaborado tendo em conta o plano de ação da UCC – Évora, integrada na missão do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com especial incidência, neste caso, no envelhecimento ativo.

Importa ainda referir que na implementação deste projeto foi tido em consideração as preferências dos indivíduos, ressaltando sempre uma prática baseada no domínio ético-deontológico, sendo assim respeitados os direitos humanos numa prática responsável de autoconhecimento fundamental nos cuidados de enfermagem com qualidade. Em saúde, e como não poderia deixar de ser em enfermagem, não existem cuidados sem uma componente ética, onde se apela aos valores humanísticos, encontrando-se estes no centro da sua existência e da sua atividade. Desde sempre, a enfermagem teve a responsabilidade de cuidar dos indivíduos, quando as suas condições e recursos os impossibilitam de tomar conta de si mesmos. O que significa ter presente que cada pessoa tem uma forma particular de viver essa experiência de doença, respeitando-a seja qual for a sua condição.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em conta os objetivos inicialmente propostos, considera-se que os mesmos foram cumpridos, uma vez que, com base no diagnóstico da situação, procedeu-se à planificação e implementação das atividades do Cantinho do Cuidador. Todas foram cumpridas até à data da realização deste relatório e, as restantes, previstas até final de Junho de 2016, ficaram planeadas (com local e intervenientes nas sessões confirmados). No que diz respeito à elaboração do Manual do Cuidador, o objetivo também foi atingido pois, o mesmo ficou estruturado. Resta elaborar o *design* gráfico (trabalho já entregue a um especialista na área) e as notas introdutórias e finais. Concomitantemente à aquisição de orçamentos para o *design* gráfico + impressão do manual, foram também enviados pedidos de apoio a diversas instituições e entidades (ANEXO IX) que poderiam ter interesse em colaborar, tendo a resposta ultrapassado as expectativas iniciais, sendo que o valor atingido até à data é superior ao orçamento recebido inicialmente para o design gráfico e impressão de 200 manuais no formato A5, permitindo desta forma aumentar o número de cópias impressas para posterior entrega aos cuidadores.

Importa salientar, mais uma vez, a importância das parcerias multidisciplinares no decorrer deste projeto de intervenção, sem as quais o mesmo não se teria desenvolvido de igual modo, pois permitiu que as intervenções ficassem enriquecidas com os saberes, experiência e competências de profissionais diferenciados, proporcionando uma resposta mais eficaz e acessível e uma melhor gestão dos recursos.

Quanto à construção de um Manual de apoio ao cuidador informal, o mesmo foi encarado como um objetivo de extrema importância e necessidade, dada a sua utilidade.

Fica o sentimento de trabalho realizado e um orgulho imensurável por saber que estão reunidas as condições para que o Manual sirva o propósito para que foi construído e haja a possibilidade de ele chegar a 200 cuidadores informais, sendo-lhes útil numa fase de dúvidas, medo e insegurança, com respostas e soluções que influenciem positivamente a prestação de cuidados à pessoa dependente e propiciem momentos nos quais o cuidador cuide de si próprio, de modo a manter um equilíbrio físico e psicológico adequado.

Termina-se este relatório com a garantia de que esta foi uma experiência enriquecedora, não só a nível profissional como também a nível pessoal, sempre com o objetivo bem presente de atingir mais e melhor. Foi uma jornada exigente, na qual o equilíbrio entre as componentes profissional, académica e pessoal/particular foi, por

vezes, afetado e foi da superação desse desequilíbrio que saiu um melhor profissional, um melhor estudante e uma melhor pessoa, sendo que se salienta a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública. Com a implementação deste projeto foi possível estabelecer, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Às vezes o dia não chega para tudo, mas faz-se sempre o melhor que se consegue...

(Autor desconhecido)

9 – REFERÊNCIAS

- Almeida, Mariana Coimbra Ferreira (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos. Elementos para uma política integrada de envelhecimento*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2009. Dissertação de Doutoramento
- Alvarez, A.M. (2001). – *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora, no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. – Tese (Doutoramento) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001;
- AMDE, Associação de Municípios do Distrito de Évora (2008). *Programa Territorial de desenvolvimento do Alentejo Central*. Disponível em: http://webb.ccdra.gov.pt/docs/desenv_regional/2014-2020/PTD-AlentejoCentral.pdf
- Andrade, F.M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Mestrado.
- Bee, P., Barnes, P., Luker, K. (2008). *A systematic review of informal caregivers needs in providing home-based end of life care to people with cancer*. Journal of Clinical Nursing.
- Berta, M. (2002). *Cuidados continuados: família, centro de saúde, e hospital como parceiros no cuidar* - Coimbra: Formasau, 2002;
- Brito, L. (2001), *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- Campos, F., Faria, H., Santos, M. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. Universidade federal de Minas Gerais (2ª ed.). Belo Horizonte: Nescon, Coopmed.
- Carta de Bangkok (2005), *6ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*, Bangkok, Tailândia
- Carta de Ottawa (1986), *1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*, Ottawa, Canadá
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2005). *Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho, 2005.

- Carvalhosa, S. F., Domingos, A. & Sequeira, C. (2010). *Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária*. Gerações. Análise psicológica N°3 (XXVIII), 479-490. Recuperado de: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/319/pdf>
- Cerqueira, M.M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidado do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau, 2005.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, 1999.
- Cruz, D. [et al.] (2010) - *As vivências do cuidador informal do idoso dependente*. Revista de enfermagem Referência – III Série – n°2 – Dezembro 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a14.pdf>
- Cupertino, A.P., Aldwin, C.M. & Oliveira, B.H. (2006). *Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto-percebida de cuidadores*. Interação em Psicologia. 2006, Vol. 10, 1, pp. 9-18.
- Decreto-lei n°28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Diário da República, 1.ª série — N.º 38
- Decreto-Lei n°128/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 (2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 35
- Decreto-Lei n°137/2013 de 7 de outubro de 2013 (2013). Diário da República, 1.ª série — N.º 193
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Revisão e Extensão a 2020*. Recuperado de: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Duarte, Y., Diogo, M. J. colab. Alessandra Tieppo... [et al.] (2000). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico* - São Paulo: Editora Atheneu, 2000;
- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa
- Fink, A., & Kosecoff, J. (1985). *How to conduct surveys: A step-by-step guide*. Beverly Hills: Sage.
- Fortin, M.F. (1999) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 1999.
- Gama, B. (2010). *As funções administrativas e o planeamento em enfermagem*. Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de enfermagem: Administração em Enfermagem I, Brasil

- Gemito, M (2004) - *O Quotidiano Familiar do Idoso numa Freguesia Rural do Alentejo*,
Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora: Universidade de Évora
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (2ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*, disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros
- Instituto Nacional de Estatística (2006). *Anuário Estatístico da Região Alentejo*. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=11308767&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*, disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros
- Instituto Nacional de Estatística (2012) – *Anuário Estatístico da região Alentejo*. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=210190897&att_display=n&att_download=y
- Karsch, U. M. (2003). *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. Cad. Saúde Pública. [online]. jun. 2003, vol.19, no.3, Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102;
- Krikorian, A., Veléz, M., González, O., Palacio, C. & Vargas, J. (2010) – *A experiência de sofrimento em cuidadores principais de pacientes com dor oncológica e não oncológica*. Avances en Enfermería Vol.XXVIII No.1 Enero-Junio 2010
- Lage, M.I. (2007) *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Porto: Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento.
- Lavdaniti, M, Vasilios R, Markos S, Maria P, Tsaloglidou A, Charikleia G, Ismini S, Despina S-K (2011), *In-hospital informal caregivers needs as perceived by themselves and by the nursing staff in Northern Greece: A descriptive study*. Disponível na World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200151/>
- Laverak, G. (2008). *Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

- Leopardi, M. T. (1992). *Necessidades de saúde e cidadania*. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 1, n.1, p. 54-79, jan/jun. 1992.
- Maldonado, M; Munoz, E; Nunez, V (2007) - *Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach*. BMC Public Health
- Marques, S. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Formasau, 2007.
- Martins, T., Ribeiro, J.L.P. & Garrett, C. (2003) *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. Psicologia, Saúde & Doenças. 2003, Vol. 4, 1, pp. 131-148.
- Martins, A. P. L. (2000). *O movimento da Escola Inclusiva: Atitudes dos Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Universidade do Minho, Braga.
- Martins, T. (2006), *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures. Lusociência
- Ministério da Saúde (1989). *Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde*, 1989;
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*
- Ministério da Saúde (2010). *Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários*
- Ministério da Saúde (2012). *Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde* - Documento de trabalho – versão de 2012.09.30
- Ministério da Saúde (2014). Manual de Procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCI. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual_Proced_Implement_Desenvol_ECCI_Jun2014.pdf
- Moreira, I. (2006), *O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. 2.^a Edição. Coimbra: Formasau, 2006.
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., Pereira, M., Pardal, P., Seixas, T., Ramos, V. (2012) *Os cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde*. Ministério da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Recuperado

- de:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Health Promotion Glossary*. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Pascoinho, A. (2011) - *Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: dificuldade e estratégias de coping no processo de cuidar*. Onco news
- Paúl, C. & Fonseca, A. (1999). *A Saúde e Qualidade de Vida dos Idosos*. Psicologia, Educação e Cultura. 1999, Vol. 3, 2, pp. 345-362.
- Pearlin, L.I.; Mullan, J.T.; Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990), *Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures*. The Gerontologist. 1990, Vol. 30, 5, pp. 583-594.
- Peixoto, I. (2013). *Educação para a Saúde – Contributos para a Prevenção do Cancro*. Loures: Lusociencia
- Pestana, D. (2006). *Introdução à probabilidade e estatística*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed., Porto Alegre, Artes Médicas
- Pordata. (2011) - *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Recuperado de: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjepZSFjc3LAhVFTBQKHcB2AowQFgg_MAY&url=http%3A%2F%2Fcensos.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D148313382%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AFQjCNG2UWIY7C5OnzYDLfDTppWtEcqBEw&sig2=XnuzbRyIM1LQ_hoN76hFFg
- Redman, B. (2003). *A Prática de Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência, 2003, 9º edição.
- Santos, P.A. (2005) *O Familiar Cuidador em Contexto Domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
- Sequeira, C (2007), *Cuidar de Idosos Dependentes*; Coimbra, edições Quarteto
- Sequeira, C. (2010), *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. Referência. II Série, 2010, Vol. 12, pp. 9-16.

- Serra, I (2006) – *Intervenção Comunitária em Cuidados Continuados, a acção dos cuidadores informais*, dissertação de Mestrado de Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, Évora: Universidade de Évora
- Silva, A., Teixeira, H., Teixeira, M. & Freitas, S. (2013) - *The need of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/234068502_The_needs_of_informal_caregivers_of_elderly_people_living_at_home_An_integrative_review
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011) – *Enfermagem de Saúde Pública*, Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990) – *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Edição: Ministério da Saúde. Cadernos de Formação 2
- Veríssimo, C.M.F., Moreira, I. M. P. B. *Os cuidadores familiares/informais: cuidar do doente idoso dependente em domicílio* - Pensar Enfermagem. - Lisboa. - Vol. 8, nº1 p.61-65 (1º Semestre) 2004;
- Yaremko, R. K., Hararim H., Harrison, R.C., & Lynn, E. (1986). *Handbook of research and quantitative methods in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

ANEXOS

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO II – CANTINHO DO CUIDADOR – APRESENTAÇÃO À EQUIPA

ANEXO III – QUESTIONÁRIO

ANEXO IV – PANFLETO DE DIVULGAÇÃO DO CANTINHO DO CUIDADOR

ANEXO V – EXPOSIÇÃO FOTOGRÁFICA – APRESENTAÇÃO E CONVITE

ANEXO VI – COMPONENTE TEÓRICA - MANUAL DO CUIDADOR

ANEXO VII - DIVULGAÇÃO CANTINHO DO CUIDADOR 2015-2016

ANEXO VIII – CRONOGRAMA

ANEXO IX – CARTA PEDIDO APOIO MANUAL CUIDADOR