



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidar +

“Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes dependentes”

Nome do Mestrando:

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Orientação: Edgar Duarte Canais

Mestrado em Associação, I Curso, 3º Semestre em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Cuidar +

“Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes dependentes”

Nome do Mestrando:

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Orientação: Enfermeiro Especialista Edgar Canais

Mestrado em Associação, I Curso, 3º Semestre em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“ Na verdade, o cuidar faz parte das necessidades básicas para a sobrevivência da vida humana: o **cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado**. *Cuidar, é AJUDAR A VIVER*”
(Collière, 1999 p.227).

Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial à memória dos meus avós José Sequeira e Leonilde Estevão, que enquanto estavam presentes sempre me apoiaram nesta minha iniciativa. Sobretudo ao meu avô Sequeira, à força que me transmitiu e inculuiu, foi de veras importante, sem o apoio dele na altura seria impossível, a ele, permaneça onde estiver e espero que fique a olhar por mim, dedico-lhe todo este esforço que passei até aqui.

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho, tive oportunidade de contatar com diversas pessoas tanto a nível singular como instituições, pelo que quero agradecer e deixar o meu reconhecimento e eterna gratidão pelas oportunidades que obtive. Gostaria de agradecer a todos aqueles que ao longo deste caminho marcaram a sua presença pelo apoio, estímulo, conselhos e motivação a todos eles o meu muito obrigado, agradecendo de forma particular:

- À **escola** por esta oportunidade que me proporcionou;
- À **UCC do Concelho de Lagoa**, por me ter deixado realizar estágio e me ter aberto esta porta de entrada, para conhecer novas realidades fora do meio hospitalar;
- A Enfermeira **Anabela Simões**, pela disponibilidade que sempre demonstrou;
- À Enfermeira **Ana Rita Gomes**, pela sua orientação disponibilidade, amabilidade, dedicação e esclarecimento de dúvidas, ajudando-me sempre que lhe foi pedido, agradeço também as sugestões que me foi dando de forma atempada para fazer sempre mais e melhor;
- A restante **equipa da ECCI**, pela disponibilidade que sempre tiveram para me ajudar e a forma calorosa que me integraram na unidade;
- Ao professor **Edgar Canais**, orientador científico, por toda a sua disponibilidade, incentivo e orientação ao longo do estágio;
- Aos **meus pais**, por serem quem são, pelo apoio infinito dado, por tudo o que fazem por mim e pelo inestimável orgulho que têm de mim;
- Aos **meus avós**, especialmente ao meu avô que no início desta “aventura” me apoio incondicionalmente e que neste momento deve estar orgulhoso, a ele o meu eterno agradecimento que foi um elo para que concorresse ao mestrado;
- Aos **meus amigos** por estarem sempre presentes, com todo o carinho, afeto, atenção, paciência, preocupação e motivação que demonstram constantemente;
- Às minhas **colegas de estágio**, pela ajuda e força que me deram;
- À minha **amiga e colega Catarina do Ó** que me ajuda nas traduções;

- À minha **amiga e colega Ana Ferreira** que no fim dos trabalhos, lê e relê os mesmos, é uma ajuda essencial;
- À “**Radio Lagoa**”, que estabeleceu parceria connosco neste projeto;
- À “**Gazeta de Lagoa**”, que estabeleceu colaboração neste projeto;
- À **Camara Municipal de Lagoa**, pelo patrocínio cedido e colaboração;
- Ao **Jumbo de Lagoa**, pelo patrocínio cedido e colaboração;
- Aos **prestadores de cuidados** da ECCI-UCC D’Alagoa.

Não existem palavras que consigam exprimir o meu profundo agradecimento, ainda assim aqui vos deixo a mais simples e sincera de todas que conheço.

A todos, o meu bem-haja e muito obrigado!

RESUMO:

A sobrecarga do cuidador informal integra uma problemática importante e atual a que devemos dar grande atenção.

Para a realização deste trabalho, recorre-se ao uso de um breve questionário estruturado que é preenchido pelo investigador bem como as escalas. A avaliação da sobrecarga é realizada com recurso a escala de Sobrecarga do Cuidador e a avaliação da dependência é realizada com recurso ao uso da escala de Barthel. Assim, este projeto tem como finalidade, integrar a comunidade neste projeto e estabelecer parcerias, no sentido de dar uma resposta mais efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade.

OBJETIVO: Diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através de um projeto de intervenção comunitário na UCC do concelho de Lagoa.

METODOLOGIA: A metodologia utilizada é projeto de intervenção, sendo um estudo transversal e descritivo, de carácter quantitativo.

RESULTADOS: Contribuir para o alívio da sobrecarga do prestador de cuidados de utentes dependentes UCC do concelho de Lagoa.

CONCLUSÃO: Os vários estudos mostram a importância de realizar projetos de intervenção nesta área, com vista a prevenir problemas de saúde nos cuidadores informais. A avaliação será realizada tendo em conta os objetivos delineados e as metas se foram atingidas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador, Sobrecarga, Idoso.

ABSTRACT:

Overload of Caregivers of Dependent Users

Informal caregiver overload integrates a major and current problem that we should pay close attention to. For the accomplishment of this work we use a brief structured questionnaire, filled in by the researcher as well a scale. The evaluation of the overload is performed through the Caregiver Overload scale and the evaluation of dependence is performed by the Barthel scale. Thus, this project aims to integrate the community in this project and establish partnerships, in order to give a more effective response to the problems / needs identified in the community.

OBJECTIVE: To reduce the overhead caused by caring for dependent users in care providers through a community intervention project in the county of Lagoa

METHODOLOGY: The methodology used is an intervention project, being a transversal and descriptive, quantitative study

RESULTS: To contribute to the alleviation of the overload of the care provider of dependent UCC users of the municipality of Lagoa.

CONCLUSION: The various studies show the importance of carrying out intervention projects in this area in order to prevent health problems in informal caregivers. The evaluation will be carried out taking into account the objectives outlined and the goals have been achieved.

KEY WORDS: Caregiver, Overload, Elderly.

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 - Mapa da região do Algarve por Concelhos	42
Figura 2 - Concelho de Lagoa com limite de freguesias após reorganização administrativa em 2013	43
Figura 3 - Estrutura do Projeto - WBS	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1- Densidade Populacional de Portugal, Algarve e do Concelho de Lagoa (número médio de indivíduos por KM2)	55
Gráfico 2 - População residente no Concelho de lagoa segundo grupo etário ao longo dos anos .	56
Gráfico 3- Esperança de vida em Portugal	58
Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade em Portugal.....	60
Gráfico 5 - Índice de Envelhecimento segundo os Censos (Rácio %) dos Municípios do Algarve ...	60

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 - Recursos Humanos segundo as Unidades de Saúde - Centro de Saúde de Lagoa	44
Tabela 2 – Programas existentes na UCC do concelho de Lagoa	46
Tabela 3- Respostas formais a nível de lares/ estruturas residenciais para idosos no Concelho de Lagoa	48
Tabela 4- Respostas formais a nível de serviços de apoios domiciliário (SAD) no Concelho de Lagoa	49
Tabela 5- Respostas formais a nível de Centros de Dia no Concelho de Lagoa	49
Tabela 6- Respostas formais a nível de atendimento e acompanhamento social no Concelho de Lagoa	50
Tabela 7- Respostas formais a nível de centros sénior/ateliers seniores e projetos seniores no Concelho de Lagoa	50
Tabela 8- Respostas formais a nível da cantina social no Concelho de Lagoa	51
Tabela 9- Respostas formais a nível de cuidados continuados no Concelho de Lagoa	52
Tabela 10- Respostas formais a nível da universidade sénior no Concelho de Lagoa	52
Tabela 11- Respostas formais a nível do apoio alimentar no Concelho de Lagoa	52
Tabela 12 - População residente no Concelho de Lagoa segundo género e grupo etário.....	57
<i>Tabela 13 - Indicadores de População do Concelho de Lagoa, Algarve e Lagoa</i>	<i>58</i>
<i>Tabela 14 - População residente segundo os censos, por grandes grupos etários, Portugal Continental (1960-2011)</i>	<i>59</i>
Tabela 15- Obstáculos e modificações necessárias	82
Tabela 16- Entidades Envolvidas no Projeto	89
Tabela 17 - Orçamento do Projeto.....	89
Tabela 18 - Gestão do risco do Projeto	94
Tabela 19- Resumo da avaliação final das metas propostas.....	102

ÍNDICE:

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO:	7
ABSTRACT:.....	8
ÍNDICE DE FÍGURAS	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS:.....	10
ÍNDICE DE TABELAS:	11
ÍNDICE:.....	12
SÍGLAS / ABREVIATURAS	15
INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEORICO.....	21
1.1. Enfermagem Comunitária	21
1.2. Envelhecimento.....	23
1.2.1. Conceito de idoso e velhice	26
1.2.2. Evolução demográfica mundial e europeia.....	27
1.3. O Idoso Dependente	28
1.4. Prestador De Cuidados Informais.....	30
1.4.1. Sobrecarga.....	32
1.4.1.1. Instrumento de medida da sobrecarga do prestador de cuidados.....	33
1.4.1.2. Escala de barthel	34
1.4.2. Estratégia para lidar com a sobrecarga desenvolvidas pelos prestadores de cuidados (redes formais e informais)	34
1.4.2.1. Descanso do cuidador	36
1.5. Planeamento Em Saúde	37
1.6. Modelo Teórico De Promoção De Saúde De Nola Pender	39
CAPÍTULO II – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	42
2.1- Caraterização Do Ambiente	42
2.2- Caraterização Dos Recursos Materiais E Humanos.....	43
2.2.1. Resposta social para idosos no concelho de Lagoa.....	47
2.3- Descrição E Fundamentação Do Processo De Aquisição De Competências	54
2.4- Caraterização Geral Da População/Utentes	54
2.5- Cuidados E Necessidades Especificas Da População Alvo.....	61
2.6- Estudos Sobre Programas De Intervenção Com A População Alvo	64

2.7- Recrutamento Da População Alvo	68
3.1- Objetivos De Intervenção Profissional	69
3.2- Objetivos A Atingir Com A População Alvo	70
CAPÍTULO IV – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROJETO	71
4.1 – Metodologia	71
4.1.1- Instrumentos utilizados	71
a) Instrumento de diagnóstico	71
b) Instrumento de avaliação.....	72
4.1.2- Questões éticas	73
4.2. Definição De Prioridades.....	74
4.3. Finalidade	75
4.4. Objetivos, Indicadores E Metas.....	76
4.5. Análise Reflexiva Sobre As Estratégias Acionadas	81
4.6. Estrutura Do Projeto	82
4.7. Elaboração De Projetos E Programas.....	84
4.8.Preparação Da Execução.....	88
4.9. Entidades Envolvidas.....	88
4.10- Análise Estratégica Orçamental	89
4.11- Cronograma Do Projeto	91
4.12- Gestão De Risco	94
4.13- Execução	94
4.13.1- Atividades desenvolvidas e em desenvolvimento	95
CAPÍTULO V – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	100
5.1- Avaliação Dos Objetivos.....	101
5.2- Descrição Dos Momentos De Avaliação E Medidas Corretivas Introduzidas	106
5.3-Avaliação Da Implementação Do Projeto	107
CAPÍTULO VI – LIMITAÇÕES.....	111
CAPÍTULO VII – IMPLICAÇÕES / RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA	112
CAPÍTULO VIII–ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	114
8.1. Competências Especificas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária E De Saúde Pública	114
8.2. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista.....	119
8.3. Competências De Mestre	122

CONSIDERAÇÕES FÍNAIS	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	CXXXVI
ANEXO A – Questionário, Escala de Barthel, Escala de Sobrecarga do Cuidador – V. Portuguesa....	CXXXVII
ANEXO B – Respostas Da Entrevista.....	CXLIX
ANEXO C – Guião Da Entrevista	CLIII
ANEXO D – Pedido E Respostas Para A Comissão De Ética da ARS.....	CLV
ANEXO E – Pedido Para A Comissão De Ética Da Universidade De Évora.....	CCVII
ANEXO F – Resposta Ao Pedido Realizados À Comissão De Ética Da Universidade De Évora	CCIX
ANEXO G– Pedido Para Realização Do Projeto no ACES Barlavento E A Responsável Pela UCC.....	CCXI
ANEXO H– Resposta Ao Pedido Para A Realização Do Projeto À Diretora Da ACES Barlavento E A Responsável Pela UCC.....	CCXIV
ANEXO I – Ofício Para Colaboração Do Jumbo.....	CCXVIII
ANEXO J - Cartaz De Divulgação Do Projeto.....	CCXX
ANEXO K – Folheto De Convocatório Para Os Participantes.....	CCXXII
ANEXO L – Logotipo Do Projeto	CCXXIV
ANEXO M- Pedido De Utilização Do Logotipo.....	CCXXVI
ANEXO N – Pedido de Colaboração Para A Fisioterapeuta.....	CCXXIX
ANEXO O- Elaboração De Um Cartaz Para A Caminhada.....	CCXXXI
ANEXO P- Certificado De Participação Na Caminhada.....	CCXXXIII
ANEXO Q- Ofícios Enviados Para A Câmara Municipal De Lagoa.....	CCXXXV
ANEXO R – Ofícios Para A Rádio.....	CCXL
ANEXO S – Texto Para Passar Na Rádio.....	CCXLII
ANEXO T – Ofício Para O Jornal.....	CCXLIV
ANEXO T – Resposta Do Jornal.....	CCL
ANEXO U – Modelo De Plano De Educação Para A Saúde E Registo De Assiduidades	CCLII
ANEXO V – Registo De Assiduidades Das Tertúlias	CCLV
ANEXO W – Texto Para A CML Colocar No Seu Site Para Publicitar O Projeto	CCLVII
ANEXO Y – Elaboração Da Estrutura Para As T-shirts.....	CCLIX
ANEXO Z – Base Para Tratar Os Dados Do Questionário E Das Escalas	CCLXI
ANEXO ZZ – Artigo Realizado	CCLXIX

SÍGLAS / ABREVIATURAS

%	Percentagem
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diárias
A.C.E.S.	Agrupamento de Centros de Saúde
AIVD	Atividades instrumentais de vida diárias
APA	Associação Americana de Psicologia
A.R.S.	Administração Regional de Saúde
C.E.	Comissão Europeia
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CML	Câmara Municipal de Lagoa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DR	Diário da Republica
D.G.S.	Direção Geral da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
ESC	Escala de Sobrecarga do Cuidador
ESEJD	Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
ECCI	Equipa Cuidados Continuados Integrados
Enf	Enfermeiro
Nº	Número
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Pág.	Página
P.N.S.	Plano Nacional de Saúde
PS	Planeamento em Saúde
Prof.	Professor
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
S.I.N.U.S.	Sistema Informático de Unidades de Saúde
S.N.S.	Sistema Nacional de Saúde
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP	Unidade e Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
UE	União Europeia
VS	versos
WBS	Work Breakdown Structure

INTRODUÇÃO

Enfermagem, segundo Calçada (2013) “ (...), como todas as disciplinas, carece de atualizar constantemente o seu corpo de saberes e, é desta forma que consegue a independência, a autonomia, o prestígio e a credibilidade, com base na evidência científica vai se alterando ao longo do tempo assumido uma postura cada vez mais segura e vincando a sua posição”. Segundo o autor mencionado anteriormente, a enfermagem é, cada vez mais, uma profissão dinâmica na busca de uma melhoria contínua, tornando-se imprescindível a elaboração de trabalhos científicos entre os quais se encontram os projetos. Espera-se, do enfermeiro especialista, que este tenha e apresente não só conhecimento científico, técnico e empático, fundamentado na experiência, mas também um olhar crítico e reflexivo sobre as situações que se lhe são apresentadas. É apoiado nestas conjecturas que se adquire e desenvolve competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária (Calçada, 2013).

A Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados visa dar resposta a nível de quatro prestações de saúde sendo elas unidades de internamento (unidade de convalescença, unidades de media duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos), unidades de ambulatório, equipa hospitalar (equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, e equipas de gestão de alta) e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados- ECCI) (Manual do Prestador – Recomendações para a Melhora Contínua, 2011).

O envelhecimento da população, mostra sem dúvida um dos fenómenos demográficos mais inquietantes das sociedades atuais do século XXI. Este fenómeno, tem marcado reflexos de âmbito socioeconómico, com embate no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de carácter individual através da adoção de novos estilos de vida (INE, 2007), sendo esta uma problemática atual, complexa e que muito tem preocupado a nossa sociedade, contudo com o progresso da medicina, a evolução científica leva a que as pessoas aumentem a sua longevidade, aumentem a esperança média de vida e diminuam a mortalidade, assim sendo, é importante favorecer um envelhecimento saudável, proporcionando ao idoso melhor qualidade de vida, promovendo a sua saúde e prevenindo a doença, para que este seja cada vez mais saudável, mais autónomo e mais independente possível (INE, 2007).

A terminologia cuidador, faz referência à pessoa que é responsável pela assistência de alguém, devido a necessidade de ajuda (Graniza, 2001). Uma outra designação muito utilizada para cuidador informal, é a definição dada Leme e Silva “uma legião de conjugues, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade” (Leme, 1996). Uma outra definição utilizada desta terminologia é a que se usa na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em que refere, “Membro da Família Prestador de Cuidados”, o qual é definido como o “Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2011).

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), é uma escala traduzida e validada para a população portuguesa, por Sequeira (2007), a partir da versão original inglesa da “Zarit Burden Interview Scale”.

Atualmente a enfermagem, é fonte de produção conhecimento científico, e os enfermeiros têm habilidade de realizar diagnósticos de saúde, de implementar os mesmos com base numa prática baseada na evidência científica, uma vez que a qualidade e a importância dos conhecimentos dependente da qualidade e quantidade de conhecimento, assim sendo, nada melhor que enriquecer os conhecimentos para que se possa atingir a qualidade e até mesmo a perfeição nos cuidados prestados, contribuindo assim para ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida da nossa comunidade(Calçada, 2013).

O presente trabalho surge no âmbito do Estágio Final – Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, enquadrado no 1º Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco. O estágio final foi realizado numa UCC do concelho de Lagoa que decorreu entre 19 de setembro até 27 de janeiro de 2018.

De acordo com a Guia do estágio, o principal objetivo é realizar um projeto de intervenção comunitária.

O tema escolhido foi sugerido pela Enfermeira Orientadora e por mim aceite, visto ser uma necessidade identificada do local de estágio, UCC do concelho de Lagoa, e prendeu-se com a possibilidade de abordar um assunto atual, com pesquisas bibliográficas baseadas nas evidências científicas recentes.

O ponto inicial e de referência neste projeto, foi o diagnóstico de saúde realizado no estágio anterior no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Nesse diagnóstico, foi realizada uma entrevista à enfermeira responsável, em qual o diagnóstico se apoia e fundamenta.

Defino então como principal finalidade, integrar a comunidade neste projeto e estabelecer parcerias, no sentido de dar uma resposta mais efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade, que neste caso é diminuir/prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes.

Este relatório tem como objetivo principal: descrever todo o processo de aprendizagem enquanto aluna de especialidade de Saúde Comunitária e Saúde Pública, nos objetivos delineados. E como objetivos específicos: relatar e analisar as atividades realizadas durante o estágio de forma a construir o nosso perfil como especialista e mestre; desenvolver a capacidade de reflexão bem como as competências adquiridas ao longo do decorrer do estágio.

Relativamente ao trabalho encontra-se estruturado e organizado em três partes, nomeadamente: introdução, desenvolvimento e considerações finais. O desenvolvimento encontra-se dividido por capítulos, sendo que no primeiro capítulo, é realizado o enquadramento teórico sobre a temática abordada. No segundo capítulo, é realizado o diagnóstico da situação. No terceiro capítulo, foi realizada uma análise reflexiva sobre os objetivos, onde foram abordados os objetivos de intervenção profissional e a atingir com a população alvo. No quarto capítulo foi realizada uma reflexão sobre o projeto, em que foi abordado a metodologia, fundamentação das intervenções, definição de prioridades, finalidade, objetivos, indicadores e metas, foi também realizada uma análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, estrutura do projeto, elaboração de projeto e programas, preparação da execução, recursos materiais e humanos, contactos a desenvolver e entidades envolvidas, análise de estratégia orçamental, cronograma do projeto, gestão de risco e por fim execução do projeto. No quinto capítulo, foi realizada uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo do projeto, em que foi realizada uma avaliação dos objetivos, uma

descrição dos momentos de avaliação e medidas corretivas introduzidas e avaliação da implementação do projeto. No sexto capítulo, foram referidas as limitações do projeto. No sétimo capítulo, foram relatadas implicações e recomendação para a implementação deste trabalho. No oitavo capítulo, foi realizada uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas ao longo do estágio, subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, enfermeiro Especialista e Enfermeiro Mestre descrito pela Ordem dos Enfermeiros.

Finalmente, a última parte do trabalho e não menos importante, consiste nas considerações finais, onde é apresentada e realizada uma análise global da elaboração de todo o trabalho, relatando as principais dificuldades sentidas, analisando o cumprimento dos objetivos inicialmente nomeados e por fim apresento as referências bibliográficas utilizadas ao longo de todo o trabalho. O presente trabalho encontra-se redigido nos termos no Novo Acordo Ortográfico, e estruturado segundo as normas da APA.

Relativamente à metodologia do trabalho, foram utilizados dois tipos de metodologia. Para a execução deste trabalho foi utilizada a pesquisa bibliográfica e a metodologia do planeamento em saúde em todas as suas fases. É de referir ainda que foi utilizado um questionário e uma entrevista. O questionário seria para aplicação nos prestadores de cuidados e a entrevista aplicada à enfermeira responsável pela ECCI no âmbito de averiguar o diagnóstico de saúde.

Este projeto pretende intervir juntos dos prestadores de cuidados, integrados na RNCCI, numa UCC do concelho de Lagoa a prestam cuidados, aumentando a sua literacia a nível de educação e promoção de saúde, assim sendo este projeto pretender justificar a pertinência do tema escolhido, sendo que este projeto pode ser replicado em todas as freguesias do Concelho de Lagoa. O estágio realizado foi um processo de desenvolvimento, com vista à aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista, estabelecidas pelo Regulamento nº 128/2011, Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública e Enfermeiro Mestre.

Sendo que o enfermeiro especialista distingue-se pelas competências específicas adquiridas e desenvolvidas, de forma a atingir ganhos em saúde, dando respostas a processos de vida e problemas de saúde relativamente com a pessoa, grupo e comunidade (regulamento nº 128/2011, 2011).

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEORICO

1.1. Enfermagem Comunitária

A saúde comunitária tem como principal objetivo a promoção da saúde, a fim de aperfeiçoar a capacidade de resposta a desafios do ambiente físico e social, quer na vida individual e coletiva. Para uma intervenção de forma positiva esta tem de envolver a comunidade e realizar parcerias com varias identidades, sendo que a sua estratégia combina varias vertentes entre elas a participativa e a educativa (Stanhope et al 1999). Para Stanhope e Lancaster (1999) a meta da saúde na comunidade é a melhoria da sua saúde.

Em consonância com o REPE, que faz referência ao artigo 4º no primeiro ponto cita “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” Mais abaixo no segundo ponto refere “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (REPE, 4º artigo), o mesmo encontra-se em concordância com o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro no artigo 9 na alínea “Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional.”

O enfermeiro procura, em todo o seu ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de, segundo o Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, 2009, p. 6548): “a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos”

Segundo, a Ordem dos Enfermeiros O.E. refere que “Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolvem uma prática globalizante centrada na comunidade”, ou seja, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública observar a sua comunidade e arranjar maneiras que dinamizem o envelhecimento, tornando-o um envelhecimento ativo (O.E 2010). Posteriormente a O.E. volta a referir “as mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades em saúde, tendo sido reconhecido, no últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, e é o que se pretende com este trabalho, arranjar habilidade do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, avaliar as diferentes necessidades da sua comunidade e que com o conhecimento e experiência clínica desenvolva um projeto de modo a dar resposta positiva à temática apresentada, respondendo assim de forma diferente perante a comunidade apresentada (diferentes pessoas, diferentes grupos, diferentes comunidades), proporcionando ganhos em saúde (O.E 2010).

Deste modo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem as suas vertentes de educação, orientação, aconselhamento, liderança, tendo responsabilidade de distinguir, difundir e promover investigação pertinente que permita desenvolver e aprimorar a prática de enfermagem, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa e comunidade (O.E 2010).

Assim sendo, com base no percurso de formação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, adquire, competências que lhe permitam uma avaliação e decisão de problemas de saúde pública, bem como, no desenvolvimento de programas de intervenção na comunidade, assegurando assim, o acesso aos cuidados de saúde de forma eficaz, integrados, continuados e ajustados (O.E 2010).

Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, promove atividades de educação para a saúde, manutenção, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados à comunidade (pessoa, família, grupos de determinada região) (O.E. 2010).

“As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são as seguintes: 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 P.N.S.; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (O.E 2010).

Baseando-se, na ciência e experiência o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, adota um raciocínio sobre respostas humanas aos processos de vida e aos dilemas de saúde, com reconhecida capacidade para responder às necessidades das pessoas, grupos e comunidades beneficiando ganhos em saúde (O.E 2010).

Validando, a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doença, reabilitação funcional e reinserção social em todas as oportunidades, a ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, é sem dúvida direcionada para o projeto de saúde dos grupos a experienciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais. Deste modo, o Enfermeiro Especialista tem um papel essencial, pois a sua área de intervenção é mais ampla e abrangente (O.E 2010).

Segundo, a DGS (2004) refere que “a promoção de um envelhecimento saudável com melhor qualidade de vida é uma prioridade, dada a preocupante ocorrência das doenças crónicas”, já o Enfermeiro Especialista, deve identificar essas áreas de necessidade e determinar intervenções para melhorá-las, sendo que, uma boa estratégia é contribuir para hábitos de vida saudáveis por parte da comunidade, dando importância a uma alimentação saudável, a prática regular de exercício físico, ambiente seguro e alertando para o excesso de medicação.

1.2. Envelhecimento

A designação do envelhecimento ativo, tem vindo a ser esclarecida em resposta a problemática do envelhecimento da população. Embora, a temática seja comum a todas as organizações internacionais, a abordagem desenvolvida por eles nem sempre é concomitante. As pessoas envelhecem de forma e em ritmo diferente. Para Fontaine (2000), existem três tipos de idades: a biológica (estando ligada ao envelhecimento orgânico), a psicológica (refere-se a competências comportamentais) e a social (relação interpessoais).

Feio (2005), refere envelhecimento como sendo a “baixa capacidade de adaptação as adversidades, tornamo-nos mais lentos, menos atentos e mais frágeis ou, de forma reflexa, o mundo torna-se mais complexo, mais rápido, mais imprevisível e mais agressivo, emprestando-nos uma sensação de isolamento e de insuficiência que por ser a nossa é difícil de relativizar.”

O envelhecimento pode ser restringido como um procedimento sócio-vital multifacetado ao longo de todo o percurso de sua vida. A velhice, denota o estado de “ser velho”, idoso, contexto pelo qual origina um processo de envelhecimento que gerações experienciaram e experienciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais (Lima et al., 2008).

O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que abrange o ser humano no desenvolvimento da sua existência, transforma a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história. Segundo, os autores Ribeiro e Paúl (2012) o envelhecimento tem sido redigido como um processo, ou conjunto de processos, pertencentes a todos os seres vivos e que se manifesta pela perda da aptidão de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, estando assim relacionado a inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde desta população.

Atualmente, com um acentuado envelhecimento da população a nível mundial, efeito, do aumento da esperança média de vida e da diminuição da fertilidade (Ribeiro et al, 2012).

Nos dias de hoje, o envelhecimento da população apresenta um dos principais fenómenos populacionais e sociais das sociedades modernas, com maior ocorrência nas sociedades desenvolvidas (Ribeiro et al, 2012).

O conceito de “ativo” refere-se, a uma participação e envolvimento em vários aspetos, como por exemplo social, cultural económico, civil e espiritual, não é somente a capacidade do idoso se encontrar ativo fisicamente, de laborar, este conceito enfatiza a importância de promover o seu bem-estar e sobretudo a qualidade de vida (Ribeiro e Paúl 2012).

Os idosos, com o avançar da idade e diminuição das suas capacidades vão se tornando “desnecessários”, reconsidera-se que são um entrave para o desenvolvimento da população é um grande preconceito. Não se pode negar, que essa população apresenta diversas fragilidades, mas é necessário entender que as mesmas já contribuíram para o desenvolvimento da sociedade noutra

altura. É necessário introduzir novos conceitos e maneiras de viver para a readaptação a uma nova realidade (Sousa e Oliveira 2015).

Os determinantes do envelhecimento ativo são de ordem pessoal, comportamental, serviços sociais e de saúde, económica, sociais e meio físico. Os determinantes de cariz *pessoal* referem-se a fatores biológicos, genéticos e psicológicos; Os determinantes de ordem *comportamental* referem-se a estilos de vida saudáveis e participação ativa nos cuidados da sua própria saúde; Os determinantes de cariz *económico* referem-se aos rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno; Os determinantes de cariz do *meio físico* referem-se á acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa e potável, ar puro e alimentos seguros; Os determinantes do cariz *social* referem-se ao apoio social, educação, alfabetização e prevenção de violência e abusos e por fim e não menos importante os determinantes relativos aos *serviços sociais e de saúde* referem-se a que as pessoas beneficiam e sejam orientadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças e que tenham estes serviços acessíveis e de qualidade (Ribeiro e Pául 2012).

Ribeiro e Paul (2012:85) referem que “(...) não é por acaso que no modelo há uma clara referência à *cultura* e ao *género* como fatores determinantes transversais e filtros de toda a compreensão do fenómeno (...)”, mais a frente iremos fazer referência a este ponto da temática abordada. Estes determinantes, têm causado, inúmeras discussões tanto a nível de governo como de instituições e têm feito surgir imensas políticas e medidas de melhoramento das mesmas, como por exemplo o Plano Nacional de Saúde e suas medidas implementadas ao longo dos anos. Estas têm vindo a ser cada vez mais individualizadas e adaptadas a pessoas singulares (Ribeiro e Pául 2012).

Segundo Ribeiro e Paúl (2012), existem conceitos importantes acerca deste paradigma que não devemos de descurar sendo eles os seguintes *autonomia* (associada ao controlo de vida individual e a capacidade de decisão), *independência* (capacidade de cuidar de si próprio, na manutenção de si e no exercício de competências do mundo), *expetativa de vida saudável* (tempo de vida sem necessitar de cuidados especiais) e qualidade de vida (modo complexo em que refere a saúde física, psicológica, o nível de dependência, relações sociais e crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra inserida).

Os três pilares básicos em que se sustenta o modelo de envelhecimento ativo, remetem aos fatores de participação (comunidade em que se encontra introduzido, marcada pelas ligações instituídas com os diferentes subsistemas), de saúde (baseados em diagnósticos médicos, ou entendida pelo próprio idoso, a qual se ergue desde logo como um dos aspetos centrais do envelhecimento) e de segurança (muito abrangentes, planeamento urbano, lugares habitados, espaços privados, clima social de não violência das comunidades) (Ribeiro et al, 2012).

1.2.1. Conceito de idoso e velhice

O idoso e a velhice, fazem menção a modificações de um contexto temporal, ou seja, o tempo (idade) da pessoa, podemos estar a referir a idade cronológica, biológica, psicológica ou até mesmo a idade social (Oliveira, 2005). Este conceito, idoso, varia de autor para autor, podendo ter vários termos a ele associado como refere Cruz 2012, como por exemplo: velho, terceira idade, ancião, idade avançada entre outros (Cruz, 2012). Segundo a OMS, a idade é instituída dependente do nível socioeconómico de cada nação, havendo diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, sendo que nos países em desenvolvimento idoso é considerado como pessoa com mais de 60 anos de idade e nos países desenvolvidos idoso é considerado pessoa com idade superior a 65 anos (WHO 2002). Recentemente, o conceito de idoso na sociedade atual referia-se, à sua expectativa de vida que era curta e sem saúde, mas com o avançar da medicina alterou-se. Embora o idoso e a velhice façam parte da vida sociocultural, muitas vezes não têm lugar nela, sendo desprezados e reprimidos deste meio (Ribeiro et al, 2012).

A velhice é um juízo abstrato, difícil de definir, dependendo de autor para autor cada um adota o seu conceito para velhice, já o conceito de velhice para Fernández-Ballesteros é definido como sendo uma derivação de velho (Fernández-Ballesteros, 2000). A velhice, é o que serve para referir o período de vida em que as pessoas “ficam velhas” assim descreveu Simone de Beauvoir (1990) como sendo uma conceção abstrata, um grupo socialmente produzido. Enquanto Sánchez e Ullacia (2006), Grazina e Oliveira (2001), entendem “por velhice a etapa da vida que se inicia aos 65 anos e termina com a morte”, já Fontaine (2000), refere que, velhice é “baixa o início desta etapa para os 60 anos”. Como já referido anteriormente, as várias definições de velhice, variam de autor para autor, podem estas ser associadas entre 3 a 5 dimensões: a dimensão cronológica, a biológica, a sociológica, a funcional e a psicológica.

1.2.2. Evolução demográfica mundial e europeia

O envelhecimento populacional é um acontecimento assinalado em todos os países desde a Segunda Guerra Mundial (Fontaine, 2000). Este envelhecimento mostra um dos fenómenos demográficos mais inquietantes das comunidades modernas do século XXI, uma vez que se trata de um fenómeno com reflexos de contorno socioeconómico.

Em Portugal, a proporção da população com 65 anos ou mais era, em 2011, de 19%. Este valor contraria com os 8% verificados em 1960, e com os 16% da década anterior. O indicador de envelhecimento da população reflete também esta disposição. Um dos grandes desafios e das maiores conquistas da humanidade é o envelhecimento das sociedades. Como já foi referido anteriormente, o envelhecimento é uma problemática da sociedade e também tem incitado inúmeros debates (Moura, 2009).

Ribeiro e Paul (2012:14) referem que “o Envelhecimento demográfico da população portuguesa é um dado conhecido e que se prevê que continue nas próximas décadas.” A segunda metade do século XX, destaca-se o envelhecimento da população, caracterizado por um constante processo de modificações demográficas. Estas modificações, caracterizam-se pela redução de taxas de mortalidade, diminuição das taxas de natalidade (Moura, 2009) e pelo decréscimo da fecundidade (Silva, 2011).

Na última década, agravou-se a diferença entre jovens e idosos. A União Europeia (U.E.) deparar-se num procedimento considerável de envelhecimento da população. Segundo previsões em 2060 na U.E., haverá apenas duas pessoas em idade ativa (15-64A) para cada pessoa com mais de 65 anos, sendo que neste momento a relação é de quatro para uma (Comissão Europeia 2010).

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012) divulga que Portugal, nos próximos 50 anos, irá admitir um acréscimo no índice de envelhecimento da população, em que a população jovem irá diminuir de 15,3%, em 2008, para 11,9%, em 2060. Verificar-se-á assim, um alargamento revelador da população acima dos 65 anos de idade, passando de 17,4%, em 2008, para 32,2%, em 2060.

Calado (2004), diz-nos que o envelhecimento demográfico está a aumentar. Importa também, referenciar que o envelhecimento demográfico não é em si um problema social, pois o verdadeiro

problema social é composto pela falta e inadequação das soluções da organização social, para sustentar as carências dos idosos e a carência de articulação dessas respostas com a sociedade civil. É essencial, refletirmos acerca da vasta proporção de indivíduos idosos que não tem acesso à informação e uma localização favorecida, que não usufruam de bens e equipamentos, usualmente instalados nas grandes cidades, para além de viverem com fracas condições económicas.

Resumidamente, o aumento da esperança média de vida resulta de uma evolução dos cuidados de saúde, do conhecimento médico, técnicas de diagnóstico e indústria farmacêutica. (Lage, 2005). Porém o envelhecer saudável tornou-se um dos grandes objetivos das populações que se projetam no tempo e aspiram na sobrevivência sadia (Fernandes 2007).

1.3. O Idoso Dependente

Os conceitos, de, dependência, autonomia e funcionalidade, são conceitos que fundamentam na decisão e juízos para a orientação clínica (Martins et al, 2016). A funcionalidade está relacionada com o processo de desenvolvimento dum atividade, a autonomia está relacionada com a decisão sobre a ação enquanto a dependência é a adaptação do organismo a uma situação física ou psicológica (Martins et al, 2016).

Sequeira (2010), refere que, a dependência pode acontecer devido a duas vertentes ou por um acontecimento não previsto (por exemplo um acidente) ou de forma progressiva com a diminuição das capacidades e das estruturas do organismo. De modo geral, o autor ainda refere que a dependência física é um comprometimento das atividades básicas de vida diárias (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Já a dependência, é um conceito multidimensional que incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais (Martins et al 2016). Segundo o Decreto-lei número 101/2006 (artigo 3º. Alínea h) a dependência é “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.”

O conceito de autonomia, pode ser observado como a capacidade de decidir com responsabilidade e autogovernar e auto-orientação segundo ICN (2011) Este conceito, por vezes está associado a dependência ou independência da pessoa, contudo não se devem confundir.

A funcionalidade encontra-se relacionada com o estado de Saúde, é o que permite viver de forma independente sem possuir qualquer dependência ou incapacidade. A funcionalidade, é uma terminologia utilizada para todas as funções do corpo, atividades e participação. A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), é o modelo atual usado pela Organização Mundial da Saúde para saúde e incapacidade, e constitui a base conceitual para definição, medição e evolução de políticas nesta área. A CIF, refere que a funcionalidade e a incapacidade indicam que um indivíduo pode ou não realizar as suas atividades do quotidiano (OMS, 2015).

Segundo o Decreto-lei número 101/2006 (artigo 3º. Alínea i) a funcionalidade é “a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente”.

Tendo sido mencionado anteriormente, o envelhecimento dá-se de forma diferente de pessoas para pessoa, e com o passar dos anos, o índice de longevidade encontra-se a aumentar o que fará com que a pessoa não consiga permanecer saudável ao longo dos anos, e irá tendo algumas limitações ficando possivelmente com dependência com o avançar da idade.

Para Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010:14), estes autores citam que “os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações de perda de autonomia e dependência”.

Já Imaginário (2004:49), coincide com a mesma linha de pensamento dos autores anteriores, e afirmar que “o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário”.

Em muitos dos casos a dependência pode ser o espelho de uma perda geral das funções fisiológicas oriundas do próprio processo de senescência, ou por uma ou varias doenças crónicas que ajudam a degradação da dependência.

Em concordância com a Direção Geral de Saúde (2006:11), refere que “as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais”, ou seja, de acordo com o referido na DGS, as patologias crónicas tendem a ser mais cedo ou mais tarde a alterar o ritmo de vida e a baixar a capacidade funcional da pessoa, podendo levar a dependência por completo do indivíduo.

Segundo o documento publicado pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009:8), “consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas de vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem”.

Após avaliação de dependência da pessoa, é necessário e fulcral conhecer o grau de incapacidade funcional, pois segundo Figueiredo (2007), é fundamental exercer ajuda nos cuidados necessários à pessoa, sabendo qual e o grau de dependência e a ajuda necessária.

1.4. Prestador De Cuidados Informais

De acordo com Oliveira (2000:437) “a incapacidade adquirida, não discutindo para já a influência da sua maior ou menor gravidade, pode desafiar muitos dos princípios fundamentais da vida de qualquer pessoa. (...) A pessoa em causa confronta-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares como até então sucedia”.

Nos dias que correm, ser prestador de cuidados, não é tarefa fácil, muito pelo contrário, é uma missão bastante complexa e multifacetada. É essencial, abordar o conceito de prestador de cuidados para compreender melhor a sua complexidade e sua extensão. É importante, salientar que o mesmo pode ter diferentes referências, tais como prestador de cuidados formais ou informais (Sequeira, 2010).

Para Figueiredo (2007:103), cuidador formal é “o profissional que é contratado para a prestação de cuidados” e cuidador informal integra “os familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que prestam cuidados de forma não remunerada”. Já para Martins (2006: 60) refere-se que: “a desig-

nação de cuidador informal surge por contraste aos profissionais dos serviços de saúde, que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram de livre vontade e tiveram preparação académica e profissional. (...) O indivíduo funcionalmente dependente, procura ajuda primeiro no seio da família, sendo os familiares diretos os mais solicitados para desempenharem este papel”.

Segundo Martin (2005:184), distinguir em cuidador informal, em dois tipos de cuidadores, o primário e o secundário. Sendo que o primário é “quem realiza mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa dependente” e cuidador informal secundário “o cuidador que não tem as responsabilidades principais no cuidado”. Já Néri et al (2002), tem a mesma linha de pensamento, e para além dos dois referidos anteriormente acrescenta um novo, o terciário. Deste modo, designam de cuidador primário “são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e são os que realizam a maior parte das tarefas” e cuidador secundário “ambos podem realizar as mesmas tarefas ter as mesmas competências, mas o que distingue um do outro e a nível da responsabilidade e decisão. Já os cuidadores terciários, “são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado. Substituem o cuidador primário por curtos períodos e, geralmente, realizam tarefas especializadas, tais como compras, pagar contas e receber a pensão” (Neri et al, 2002: 779).

Em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) materializa, “Membro da Família Prestador de Cuidados”, o qual é determinado como o “Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2011:115)

Segundo a CIPE, versão Beta 2 (ICN, 2003:63), o papel de prestador de cuidados é — ... “um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família”.

Segundo a versão 1.0 (ICN, 2005:172) “prestador de cuidados refere-se ao eixo do cliente e é definido como —aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente”.

Outra versão do ICN o Prestador de Cuidados é aquele que “é responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (2006:46).

Gratão (2006) termina o seu estudo concluindo que “Os cuidadores, na maioria familiares do sexo feminino, encontram-se na faixa etária adulta, fase em que a mulher tem vários papéis

sociais: mãe, esposa, dona de casa de entre outros. Muitas vezes têm outras atribuições sociais, como o trabalho fora do lar, além de assumir o cuidado dos seus pais, já idosos”.

Quando uma pessoa, necessita de ajuda para as suas atividades de vida diárias, precisando de ajuda de terceiros a isso diz-se diminuição da capacidade funcional (Figueiredo, 2007).

Como já foi referido anteriormente, a prestação de cuidados a uma pessoa dependente pode acontecer em contextos diferentes: o cuidador formal e o cuidador informal. A prestação de cuidados formais é praticada por profissionais como por exemplo (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) estes cuidados maioritariamente são em lares, hospitais, instituições comunitárias e são remunerados (Sequeira, 2007).

Já os cuidados informais, a pessoa encontra-se no seu próprio domicílio ficando a responsabilidade de um familiar, vizinho, amigos. Estes cuidados não são remunerados. (Sousa, et al 2006:53)

Segundo o Diário da República, 1.ª série — N.º 29 — 10 de fevereiro de 2011, o mesmo cita “a aplicação do termo ‘cuidador’ assume atualmente duas variantes: cuidador formal ou informal. Assim, no contexto da prestação de cuidados ao utente dependente em ambiente domiciliário, pode revelar-se de duas formas: cuidados formais (aqueles que são prestados por profissionais da saúde), ou informais (prestados pela vertente familiar, amigos ou vizinhos)”.

1.4.1. Sobrecarga

O efeito da prestação de cuidados é definido como “sobrecarga” ou até mesmo “exaustão” do cuidador informal de uma pessoa dependente, podendo daí resultar problemas de ordem física, psicológica, emocional, social e financeira (Zarit, et al 1980), esta definição, é usada para caracterizar a carga sobre os cuidadores informais a que altera a sua qualidade de vida e saúde (Sales 2003).

Para Fernandes (2009), o conceito de sobrecarga surgiu nos anos 60, devido a resultados que se forem observados nos familiares que prestavam apoio a seus familiares, e com o passar dos anos o termo sobrecarga tem vindo a tomar cada vez mais peso na nossa sociedade.

O conceito de sobrecarga, aborda um conjunto de dilemas quer físicos, psicológicos, socioeconómicos que provem do ato cuidar (Sousa et al 2006).

Os mesmos autores ainda referem que, a sobrecarga pode ser subjetiva como objetiva. A sobrecarga objetiva encontra-se relatada com os acontecimentos e atividades concretas nesta está incluída a atividade física e sobrecarga económica (Sequeira 2010).

Lefley (1996, citado por Westphal, 2005) abrange na sobrecarga objetiva a dependência económica do doente, os custos associados com a doença, a descontinuidade da rotina do cuidador, o procedimento observado, a carecimento de necessidades dos outros membros da família, o tempo e a energia requisitados pelo idoso no seu cuidar.

Na sobrecarga subjetiva, esta está relacionada com os sentimentos, atitudes e reações emocionais (Sequeira 2010), enquanto Sales (2003) a define sobrecarga subjetiva como um exame causador de stress. Já para Andrade (2009), o autor refere-se a sobrecarga como um desafio que varia consoante a doença, grau de dependência da pessoa, provocando estas alterações no prestador de cuidados, fazendo que aumente o seu stress.

Para analisar a sobrecarga do prestador de cuidados existe uma escala desenvolvida nesse âmbito, foi criada em 1980 por Zarit, Reever e Bach-Peterson, que na altura era composta por 29 questões, para analisar a sobrecarga subjetiva relacionada com o cuidar, sendo que este instrumento valoriza. Mais tarde, os autores realizaram uma revisão em que das 29 questões somente ficaram 22. Sequeira (2007) traduziu e adaptou a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), este instrumento permite avaliar aspetos de sobrecarga tanto a nível de saúde física, psicológica, aspetos laborais e económicos, relações sociais e relação com o cuidador.

1.4.1.1. Instrumento de medida da sobrecarga do prestador de cuidados

A avaliação da sobrecarga é realizada com recurso a escala de Sobrecarga do Cuidador (ESS, esta escala foi criada em 1983 por Zarit em que avaliava 29 questões, de onde estavam relacionados com a saúde física, saúde psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o recetor de cuidados. Em 1985, foi revista e das 29 questões foi reduzida para 22, foi adaptada e traduzida para a versão portuguesa em 2007 por Sequeira. A escala inicialmente chamava-se Burden Interview Scale (Sequeira, 2010).

Este instrumento, possibilita avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e abrange informações sobre: saúde, vida social, vida pessoa, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira, 2010). A Escala de Sobrecarga do Cuidador e sua percepção da pontuação encontra-se no anexo A.

1.4.1.2. Escala de Barthel

O índice de Barthel é um instrumento de avaliação das atividades de vida diárias. Foi criado por Mahoney e Barthel em 1965, e em 1988 alterado por Wade e Colin. Este é composto por 10 atividades de vida diárias. Este instrumento, permite avaliar o nível de dependência da pessoa (Sequeira, 2010). A escala de Barthel e sua avaliação encontra-se no anexo A.

1.4.2. Estratégia para lidar com a sobrecarga desenvolvidas pelos prestadores de cuidados (redes formais e informais)

É basilar, existirem apoios a nível da comunidade, particularmente, por parte dos profissionais de saúde e da área social, no sentido de os assistir, fornecendo-lhes o suporte necessário, de modo a colmatar as suas necessidades no processo de cuidar e que os cuidadores se mantenham sempre saudáveis e com boa qualidade de vida (Sequeira, 2010).

A família deve ser o centro dos cuidados, de modo a ajudar o cuidador a realizar as suas tarefas diminuindo assim a sua sobrecarga, estes devem ter conhecimento dos cuidados prestados relativamente a estrutura, dinâmica familiar, contexto bem como os objetivos dos mesmos cuidados prestados. “As famílias e em particular os familiares cuidadores veem-se confrontadas perante tal facto, e pelas repercussões decorrentes, convergentes para a sua esfera psicológica, física e social muitas vezes com efeitos negativos, condicionando a prestação de cuidados e a sua qualidade de vida” (cit. por Bidarra, 2009:208).

Mundialmente, com o decorrer e a evolução científica, no último século, têm se registado alterações a nível dos cuidados de saúde, em que as pessoas se envolvem mais nos cuidados e prestam cuidados de saúde no seu domicílio, sendo elas o próprio prestador de cuidados, este apeto

deve-se com já foi referido anteriormente ao aumento da esperança média de vida, ao aumento do índice de envelhecimento entre outros aspetos (Schulz et al, 2004).

Assim é importante referir os recursos existentes para o mesmo, os recursos podem ser externos ou internos. Os recursos externos encontram-se associados ao apoio nas tarefas a realizar diariamente, enquanto os recursos internos são utilizados para contornar as necessidades existentes (Domingues, 2012).

Para auxílio do prestador de cuidados é importante saber quais são as necessidades/dificuldades por eles sentidas para conseguir delimitar estratégias para diminuí-las ou até mesmo combater-las (Sequeira, 2010).

Visto que o papel do cuidador informal pode durar muito tempo, anos, o apoio e ajuda comunitária são sem dúvida imprescindíveis, sendo necessário um conjunto de políticas sociais centradas na família (Lage, 2005).

É importante ainda referir, que todas as ajudas externas são sempre bem-vindas de forma a melhorar a qualidade de vida tanto ao prestador de cuidados como ao idoso (Figueiredo, 2007).

Segundo Figueiredo (2007), os cuidadores ainda têm alguma dificuldade em identificar e explicitar as necessidades quando desconhecem as respostas formais existentes.

Tendo em conta tudo isto, os prestadores de cuidados tendem a enfrentar múltiplos problemas e a delimitar estratégias como forma de apaziguar e atenuar as dificuldades por eles sentidas.

Algumas das estratégias que podem ser utilizadas foram mencionadas no tópico de respostas sociais para os idosos no concelho de Lagoa.

A estratégia principal é o uso da RNCCI para o descanso do cuidador em que o cuidador tem direito até ao máximo 3 meses por ano que o utente vá para uma unidade para que o mesmo consiga diminuir a sua sobrecarga naquele período de tempo. Entre outras estratégias existe a da ECCI, a SAD, os centros de dia (Monitorização RNCCI, 2015).

1.4.2.1. Descanso do cuidador

O serviço do descanso do cuidador, é uma resposta em relação à sobrecarga do mesmo, esta resposta é proporcionada pela RNCCI a nível nacional, iniciou-se em 2006 com a criação da rede. Com a evolução dos tempos e as novas necessidades, a população requer novos apoios devido ao aumento da esperança média de vida, ao aumento do envelhecimento que por consequência dá-se o aumento da população com dependência.

“Nesta faixa etária, a dependência é algo que gera uma grande sobrecarga para as famílias e a sociedade em geral, nomeadamente aos hospitais que se vêm confrontados com situações de carácter social e de saúde que após a fase aguda da doença necessitam de apoios e recursos para que a pessoa consiga reintegrar-se” (Kralache, 2009).

É na extensão das respostas da RNCCI e de acordo com o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, que está previsto o serviço de descanso temporário ao cuidador, por um período máximo de 90 dias por ano (Decreto-Lei nº 101/2006). Na atualidade não existe vagas somente para este serviço.

A Rede recomenda ainda a preparação de competências do cuidador, que deverá ser assegurada pelos profissionais de saúde e da área social das unidades de internamento ou das equipas domiciliárias. Este recurso apresenta-se como resposta à diminuição da sobrecarga do cuidador (Monitorização RNCCI, 2015).

De acordo com a Monitorização da RNCCI 2015 o número de utentes assistidos pela ECCI aumentou, com estas previsões de possíveis aumentos, isto tende como já foi referido anteriormente a melhorar os cuidados prestados pelos prestadores de cuidados para obter ganhos em saúde, melhorando assim a qualidade de vida. Os dados apresentados pela caracterização dos utentes segundo a Monitorização das RNCCI mostra que a população alvo é a população com idade superior a 65 anos de idade e que esta tem vindo a aumentar. Do mesmo relatório ressalta que a maior referenciação para ECCI é a nível do Algarve (Monitorização RNCCI, 2015).

1.5. Planeamento Em Saúde

A metodologia de qualquer projeto de intervenção comunitária traduz-se no Planeamento em Saúde. Para Imperatori & Giraldes (1982), esta metodologia consiste em racionalidade das decisões, capacidade de moldar a realidade e referir-se ao futuro. Os autores ainda se referem ao Planeamento em Saúde, como uma atitude ou posicionamento face a realidade socioeconómica (Imperatori & Giraldes (1982).

Dependendo de autores, planear pode apresentar vários significados. O planeamento é um modelo teórico, em que a realidade se transforme de forma mais eficiente (Tavares, 1990). Quando se aborda Planeamento em Saúde, define-se “planear”, como: “(...) um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas, essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990:74).

O autor reconhece algumas particularidades do PS: “é direcionado para o futuro; é um procedimento permanente, contínuo e dinâmico; racional na tomada de decisões; visa selecionar um percurso de ação; implica uma ação e uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados; é sistémico, multidisciplinar e iterativo; é uma técnica de alocação de recursos; é um processo cíclico, além de ser uma técnica de mudança e inovação” (Tavares,1990;74).

O PS identifica os problemas mais frequentes junto das comunidades, promove a mudança de comportamentos de forma correta, de modo a obter ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

O PNS é considerado um planeamento normativo, pois “(...) aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, a (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local” (Tavares, 1990).

Para a realização de um projeto ou programa no âmbito da saúde é necessário e essencial recorrer ao processo de planeamento de forma a intervir corretamente na área determinada.

Segundo Imperatori & Giraldes (1982) as principais fases do processo são: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação. O **Diagnóstico da Situação** é o primeiro passo no processo de PS onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Os autores mencionam que esta etapa deve conter, um estudo alargado e aprofundado, sendo necessário envolver a causalidade, conhecimento de fatores que determinam o problema e uma análise da sua evolução perspetiva, mas, no entanto, deve ser sucinto, claro e conciso para não gastar demasiada energia e tempo e deve ser facilmente apreensível por todos (Imperatori & Giraldes (1982).

Perante os autores mencionados “(...) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação”. É importante realizar um bom diagnóstico de saúde para que este diminui as necessidades existentes numa comunidade e obtenha-se ganho em saúde (Imperatori & Giraldes (1993:25).

A partir do momento que o diagnóstico foi realizado, é necessário definir e escolher **seleções de prioridades**, “A definição, escolha ou Seleção de Prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde” (Imperatori & Giraldes (1993: 63)).

Definir prioridades, consiste na seleção do problema, de forma a analisar o tempo que estamos a prever para a nossa intervenção, local onde se irá realizar e recursos existentes. “Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação (Imperatori & Giraldes (1993:64).

Após definir as prioridades, a etapa que se procede é a fixação de objetivos. “Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à **Fixação dos Objetivos** a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo” (Imperatori & Giraldes (1993: 77).

Como refere “(...) os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos” (Tavares, 1990).

Imperatori e Giraldes (1993), defendem que devemos fixar objetivos mais ou menos específicos, consoante a importância dos problemas e verbalizam também que é importante ter presente as limitações e dificuldades dos objetivos descritos.

Segundo Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos e realizáveis, mensuráveis.

Estratégia de saúde compreende-se “(...) como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993:87), com a **seleção de estratégias** pretende-se apresentar maneiras e formas de como aturar perante o problema existente.

Para Tavares (1990) na seleção de estratégias consiste em fixar os objetivos de forma a definir para onde se vai e a forma como se deve lá chegar.

Perante a **elaboração de estratégias** pretende-se estabelecer juízos de conceção. Elaborar estratégias potenciais de resolução para o problema identificado, escolher estratégias realizáveis, estimar custos, rever estratégias.

“(...) Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”(Imperatori & Giraldes (1993) Sendo que a **avaliação** serve para realizar um resumo do que foi feito e verificar se os objetivos, indicadores e metas se estão a ser os corretos, ou se podem ser modificados por outros. Para os mesmos autores a avaliação deverá ser precisa, pertinente e deve determinar o grau de sucesso do projeto (Imperatori & Giraldes (1982:127).

1.6. Modelo Teórico De Promoção De Saúde De Nola Pender

O modelo teórico de suporte utilizado foi o Modelo De Promoção da Saúde de Nola Pender. Esta autora defende, que saúde é vista de forma positiva, abrangente e unificadora e que esta vê a pessoa num todo, incluindo estilos de vida, forças, resiliências, recursos, potenciais e capacidades (McCullagh, 2009).

Pender descreve saúde, como todo o potencial do ser humano inerente e adquirido através de comportamentos (McCullagh, 2009). Pender refere, também, que são realizados ajustes de acordo com as necessidades para manter a integridade estrutural e a harmonia do ambiente (McCullagh, 2009). Este conceito, permite o desenvolvimento de intervenções de enfermagem dirigidas para a consolidação de recursos, potenciais e capacidades (McCullagh, 2009).

Pender, fez referência ao meu modelo pela primeira vez em 1982, Modelo de Promoção de Saúde, o mesmo foi revisto em 1996 e publicado na 3ª edição.

O modelo consiste em características e experiências individuais, cognições e afetos comportamentais específicos.

Pender (1996), refere que, “considera as cognições e os afetos comportamentais específicos como os mais importantes mecanismos motivacionais para o comportamento de promoção de saúde”. “Estes incluem, a perceção de benefícios e de barreiras à ação, a perceção de autoeficácia, afetos relacionados com a atividade, influências interpessoais e situacionais”. “Os conceitos adicionais do modelo incluem as exigências e preferências competitivas imediatas, compromisso com um plano de ação e comportamento promotor de saúde” (McCullagh, 2009:78).

Este modelo, permite descrever o envolvimento das pessoas com o meio onde estão inseridas. Pender, sugere que as intervenções são direcionadas para a família e comunidade são mais sustentáveis de serem bem-sucedidas (McCullagh, 2009).

Este modelo, fornece um enquadramento concetual para a prestação de cuidados de enfermagem, através dele consegue-se avaliar comportamentos promotores de saúde, identificar características como alvos de avaliação, este modelo surge também para que as intervenções de enfermagem sejam direcionadas para alterar a perceção da pessoa nestas áreas. Daí resultará comportamentos de saúde, e a partir deles poderemos obter ações para os melhorar (McCullagh, 2009).

Pender, descreve o uso de processo de enfermagem como forma de mudança de comportamentos. Pender, defende o uso do processo de enfermagem na capacitação da pessoa (McCullagh, 2009).

Em resumo, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, centra-se numa ferramenta útil, adequada, válida, pertinente e credível para o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de saúde, mudança de comportamentos e programas baseados em estratégias e terapêuticas (Mccullagh, 2009).

CAPÍTULO II – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Neste capítulo aborda-se o ambiente de realização de estágio, bem como a caracterização dos recursos materiais e humanos, a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

2.1- Caracterização Do Ambiente

A UCC, foi a Unidade escolhida para a implementação deste Projeto de Intervenção Comunitária. A UCC do concelho de Lagoa, encontra inserida no Agrupamento de Centros de Saúde Barlavento (ACES). Esta é constituída pelos seguintes concelhos Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo, sendo a sua sede em Portimão. Este é constituído por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. A sua área de atuação estende-se ao concelho de Lagoa.

O concelho de Lagoa, situa-se no Algarve, mais precisamente na região do Barlavento Algarvio. O Algarve é constituído pelos seguintes Municípios: Alcoutim, Aljezur, Albufeira, Castro Marim, Faro, Loulé, Lagos, Lagoa, Monchique, Olhão, Portimão, São Brás de Alportel, Silves, Tavira, Vila do Bispo e Vila Real de Santo António, ambos pertencem ao distrito de Faro.

Lagoa, é confrontado a norte e a este com o Concelho de Silves, a oeste com o rio Arade e a sul com o oceano Atlântico, tendo este concelho 88,3km², fica situado a 50km de Faro, capital de Distrito. (<http://www.cm-lagoa.pt/index.php/pt/>)

Figura 1 - Mapa da região do Algarve por Concelhos



[Fonte: http://www.olhao.web.pt/enquadramento_geografico_do_conc.htm]

Em Abril de 2001, Lagoa, foi elevada a cidade, esta é a única cidade do concelho. Em 2013, ocorreu uma reorganização administrativa do território, em que das 6 freguesias que o concelho anteriormente tinha passaram somente a quatro freguesias, sendo elas a União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro, União de Freguesias de Estômbar e Parchal, Freguesia de Porches e Freguesia de Ferragudo. (<http://www.cm-lagoa.pt/index.php/pt/>)

O concelho de Lagoa, é caracterizado pela faixa que tem ao longo do litoral com extensão de 17 km e uma zona do interior, com paisagens diversas. A UCC do concelho de Lagoa está sediada na Urbanização dos Vales em Lagoa.

Figura 2 - Concelho de Lagoa com limite de freguesias apos reorganização administrativa em 2013



[Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lagoa_\(Algarve\)#/media/File:Lagoa_\(Algarve\)_freguesias_2013.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lagoa_(Algarve)#/media/File:Lagoa_(Algarve)_freguesias_2013.svg)]

2.2- Caraterização Dos Recursos Materiais E Humanos

As novas reformas da política dos cuidados de saúde primários, trouxeram mudanças a nível dos mesmos, estas implicaram a criação e reorganização das estruturas locais e regionais através de Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES). A nível do Algarve, estes ficaram divididos em 3 ACES - ACES Algarve I (central), ACES Algarve II (Barlavento) e ACES Algarve III (Sotavento). A Unidade de Saúde de Lagoa, faz parte do ACES ALGARVE II- Barlavento em conjunto com as unidades de Saúde de Aljezur, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo. (Diagnóstico Social do Município de Lagoa, 2016)

Tabela 1 - Recursos Humanos segundo as Unidades de Saúde - Centro de Saúde de Lagoa

	Recursos Humanos segundo as Unidades de Saúde Centro de Saúde de Lagoa			
	UCSP	UCC	USP	URAP
Assist. Técnicos	12			
Assist. Operacionais	4	1		
Médicos MGF	7 (+ 1 Interno)	1	1	
Enfermeiros	9	9		
T. Superiores				1
T. Sup. Saúde				1
Tec. Diag. Terapêutica			1	2

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa, 2016]

Cada unidade, integra as várias unidades funcionais prestadores de cuidados de saúde, e no concelho de Lagoa apresenta uma Unidade Funcional (Unidade de Cuidados de Saúde Primários), esta tem duas unidades funcionais: Unidade Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

A 22 de Setembro de 2011, foi criada a UCC do Concelho de Lagoa. Esta UCC, é formada por uma equipa multidisciplinar composta por 11 profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogo, fisio-terapeuta, técnico de serviço social, higienista oral e assistentes operacionais) (Diagnóstico Social do Município de Lagoa, 2016).

De acordo com o Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, que regulariza os ACES, e especificamente no seu artigo nº11, “ foi esclarecida esta unidade funcional, à qual compete prestar 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 de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

A UCC do concelho de Lagoa, que têm como objetivo “responder as necessidades em caso de doenças crónicas ou convalescença, visando a autonomia do utente e o tratamento no domicílio.”

(diagnostico social do município de lagoa, 2016). A equipa multidisciplinar da ECCL, é composta por enfermeiros, médico, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e assistente operacional.

Como já foi referido anteriormente os cuidados prestados pela equipa visam situações de perda de autonomia, portadores de diversos tipos de dependência, utentes residentes no concelho de Lagoa e também que necessitem de apoio social. O Decreto-Lei que abrange os cuidados continuados e que visa a promoção da funcionalidade, prevenir e reduzir as incapacidades e aumentar a qualidade de vida dos utentes é o decreto-lei 101/2006.

Na UCC do concelho de Lagoa, já existe um Projeto de Intervenção Comunitária que intitula-se “Ser Cuidador” e que tem como objetivo promover a capacitação do cuidador informal e procedimentos relativos à tarefa cuidar de indivíduos com dependência. Somente os enfermeiros se encontram a tempo inteiro, os restantes colaboradores encontram-se a tempo parciais na unidade.

Na UCC do concelho de lagoa, existem vários Programas de Saúde e eles são a nível da Saúde Escola Intervenção do Aleitamento Materno, Parentalidade, Intervenção Precoce na Infância, Unidade Móvel e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, para melhor forma de compreensão os projetos já existentes ficam descritos no quadro abaixo.

Tabela 2 – Programas existentes na UCC do concelho de Lagoa

Saúde Escolar	Responsável, Afetos e Autoestima	Projeto de Promoção de Educação Sexual
	Informado...Escolho	
	Projeto “PESO - Procura, Enumera, Soma e Opta”	Projeto de Promoção de Alimentação Saudável
	Sorridente	Projeto de Promoção de Saúde Oral
Intervenção aleitamento materno	Cantinho da Amamentação	Espaço dedicado ao apoio e esclarecimento de dúvidas às mães e pais que amamentam
	As Tardes do Cantinho	Encontros de grávidas do 3º Trimestre com mães em aleitamento materno exclusivo
	Ajuda de Colo	Visita domiciliaria as mulheres que são mães pela primeira vez
Parentalidade	Projeto “Bem Nasser melhor crescer”	Formação e apoio aos pais, das 20 semanas de gestação até aos 6 anos de idade
	“Ajuda de colo”	Visita domiciliaria as mulheres que são mães pela primeira vez
Unidade móvel	Promoção da saúde	Sensibilização através de ações junto da população nas áreas de educação e promoção da saúde e realização de rastreios
	Apoio domiciliaria em saúde	Prestação de cuidados domiciliários a utentes temporariamente impedidos de se deslocarem ao centro de saúde e que não integram a RNCCI
ECCI	Projeto “Ser cuidador”	Formação e apoio ao Cuidador Informal

2.2.1. Resposta social para idosos no concelho de Lagoa

As ajudas direcionadas para o cuidado de idosos e suas famílias, contribuíram para que se obtivessem níveis de envelhecimento mais distintos pois, tal como faz menção Capucha (2006) citado por Nogueira (2009:10), “quando os nossos idosos ficavam entregues à família não chegavam, em regra, aos níveis de envelhecimento que são hoje comuns. (...) a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida aumentou extraordinariamente.” Nos dias de hoje, não estamos perante uma realidade ideal para o cuidar de idosos, mas existe a RNCCI, que contribui de forma positiva para o aumento da qualidade de vida dos idosos e suas famílias.

Nardi (2012:43) refere que, quer o apoio da rede social formal, quer da rede social informal, “desempenham um papel de extrema relevância no que concerne ao cuidador familiar, visto se configurarem em fatores facilitadores para o controle de situações problemáticas, ou dificuldades encontradas no cotidiano do cuidado”. É importante, repensar nas políticas sociais de apoio a idosos, mas a condição socioeconómica do país não ajuda muito a esta barreira.

Nos dias de hoje, em Portugal continuam a existir dois tipos de suporte social às pessoas nesta situação, as que são denominadas por redes formais e redes informais. Segundo Nogueira (2009), estes dois tipos de rede de suporte podem ser de complementaridade ou de substituição.

Os cuidados formais só são utilizados quando a família não consegue dar resposta as necessidades do idoso (Sousa et al, 2006).

Existem, auxílios direcionados para os idosos, que os cuidadores informais devem ter conhecimento, para que possam usufruir deles no que diz respeito a prestações da segurança social, especialmente a Pensão de Velhice, a Pensão Social de Velhice, o Complemento Solidário para Idosos, Benefícios Adicionais de Saúde e o Complemento por Cônjuge a Cargo (Direção Geral da Segurança Social, 2014). E em caso que idoso dependente se encontre no seu domicílio é possível pedir um subsídio para apoio domiciliário adicional que acresce a sua pensão como se encontra documentado no Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho, com o nome de subsídio de dependência. Estes, são os únicos complementos que o cuidador pode ter benefício para o idoso.

Com a evolução dos tempos, nota-se que existe um maior investimento na rede de apoio formal, mas o idoso só recorre a esta, como já referir anteriormente quando a rede informal é fraca,

inexistentes ou devido a indisponibilidade de tempo ou incapacidade da família em dar resposta as necessidades da pessoa (Nogueira, 2009). Sendo assim, a conceção e manutenção de uma rede social efetiva e corretamente articulada entre si, é fundamental para que as necessidades do idoso sejam satisfeitas e, ao mesmo tempo, para a prevenção da sobrecarga dos seus cuidadores (Nardi, 2012).

As respostas formais no concelho de Lagoa serão apresentadas em forma de tabela, e as mesmas encontra-se legendada.

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de lares e estruturas residenciais do concelho de Lagoa, existindo 4 instituições que ambas funcionam 24 horas por dia, apresentando a sua localização, a sua capacidade máxima e a existência de listas de espera nas mesmas, sendo que as capacidades máximas dependem de instituição para instituição.

Tabela 3- Respostas formais a nível de lares/ estruturas residenciais para idosos no Concelho de Lagoa

	Horário de funcionamento	Freguesia	Capacidade máxima	Lista de espera
ERPI Santa Isabel – CPL	24h	União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro	20	Sim
ERPI – Nosso Ninho – CPL	24h	União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro	77	Sim
ERPI – CAIF	24h	Ferragudo	45	Sim
ERPI – A Caso dos Avós - CASP	24h	Porches	20	Sim

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de serviços de apoio domiciliário do concelho de Lagoa, existindo 3 instituições nesta área, cada uma delas apresenta um horário específico, encontra-se na sua freguesia, com a observação do quadro ainda podemos

verificar os utentes atuais das instituições e a sua capacidade máxima, que difere de instituição para instituição.

Tabela 4- Respostas formais a nível de serviços de apoios domiciliário (SAD) no Concelho de Lagoa

	Periodicidade	Horário de abertura	Horário de encerramento	Encerramento	Freguesia	Utentes atuais / capacidade
Centro Popular de Lagoa	Dias uteis e fins de semana ¹	8h	18h	Não	União de Freguesia de Lagoa e 35Carvoeiro	25/ 25
Centro de Apoio de Idosos de Ferragudo	Dias uteis e fins-de-semana	9h	18h	1 de Janeiro Pascoa 25 de Dezembro	Ferragudo	15/ 35
Santa Casa da Misericórdia de Estômbar	Dias uteis e fins-de-semana	8h30	18h30	Não	União de freguesias de Estômbar e Parchal	47/40

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de centros de dia do concelho de Lagoa, este concelho apresenta 3 instruções que dão apoio nesta área, no quadro acima representado pode-se identificar a freguesia a que cada instituição se encontra, o horário de funcionamento, a capacidade máxima e a lotação atual.

Tabela 5- Respostas formais a nível de Centros de Dia no Concelho de Lagoa

	Localidade	Periodicidade	Horário	Encerramento	Utentes atuais / capacidade
Centro Popu-	União de	Dias uteis e	9h – 18h30	Não	45 / 80

lar de Lagoa	Freguesia de Lagoa e Carvoeiro	fins-de-semana			
Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo	Ferragudo	Dias uteis e sábados	9h – 19h30	Domingos e feriados (mas a alimentação é assegurada aos utentes que necessitam)	14 / 40
Santa Casa da Misericórdia de Estômbar	União de Freguesia de Estômbar e Parchal	Só dias uteis	8h – 20h	Não	21/ 30

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]:

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de atendimento e acompanhamento social do concelho de Lagoa, neste concelho existe uma instituição que permite dar resposta a este nível.

Tabela 6- Respostas formais a nível de atendimento e acompanhamento social no Concelho de Lagoa

	Freguesia	Horário	Periodicidade	Encerramento	Capacidade
Centro de Apoio de Idosos de Ferragudo	Ferragudo	9h – 17h	Só dias uteis	Não	Sem limites

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]:

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de centros sénior/ateliers seniores e projetos seniores no Concelho de Lagoa, neste concelho existe uma instituição que permite dar resposta a este nível.

Tabela 7- Respostas formais a nível de centros sénior/ateliers seniores e projetos seniores no Concelho de Lagoa

	Freguesia	Periodicidade	Horário	Encerramento	Utentes/ Capacidade
--	-----------	---------------	---------	--------------	---------------------

dade					
Centro Sénior de Lagoa – combate a solidão e ao sedentarismo	União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Dias uteis	10h – 18h	Não	75 / Não tem limite
Centro Sénior de Carvoeiro – Combate a solidão e ao sedentarismo	União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Dias uteis	10h – 18h	Não	40-75
Ateliers temáticos para seniores da associação dos amigos da Mexilhoeira	União de Freguesias de Estômbar e Parchal	Dias uteis Sábado	10h30 – 11h20 15h- 18h	Não	38-25
Centro de convívio para idoso da associação cultural e desportiva Che Lagoense	Parchal	Dias uteis	9h – 18h30	Não	50/80
Projeto intergeracional “Bisa e Companhia” dos serviços sociais e culturais e Desportivos da Camara de Lagoa	União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Funciona só no período letivo	São atividades específicas	Não	-

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]:

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de cantina social do concelho de Lagoa, apresenta a freguesia onde as instituições estão sediadas, o horário de funcionamento e a capacidade máxima.

Tabela 8- Respostas formais a nível da cantina social no Concelho de Lagoa

	Freguesia	Horário	Capacidade
Santa Casa Da Misericórdia de Estômbar	União de Freguesias de Estômbar e Parchal	Horário das refeições	80 Refeições diárias
Centro Popular de Lagoa	União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro	10h as 13h 18h as 19h	50 Refeições diárias

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]:

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível cuidados continuados do concelho de Lagoa, apresenta a freguesia onde a instituição está sediada, o horário de funcionamento, a periodicidade e a capacidade máxima.

Tabela 9- Respostas formais a nível de cuidados continuados no Concelho de Lagoa

	Freguesia	Perioci- dade	Horá- rio	Capacidade máxima
Santa Casa da Misericórdia de Estômbar	União de freguesias de Estômbar e Par-chal	Todos os dias	24h	32

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]:

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de universidade sénior do concelho de Lagoa, apresenta a freguesia onde a instituição está sediada, o horário de funcionamento, o encerramento ou não da instituição e a lotação atual.

Tabela 10- Respostas formais a nível da universidade sénior no Concelho de Lagoa

	Freguesia	Periodicidade	horário	Utentes atuais
Academia Cultural Sénior de Lagoa – Universidade Sénior	União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Dias uteis	Conforme o das aulas	80

[Fonte: Diagnostico Social do Município de Lagoa (2016)]:

A tabela abaixo apresentada, representa as respostas formais a nível de apoio alimentar do concelho de Lagoa, apresenta as freguesias onde as instituições estão sediadas, o horário de funcionamento, o encerramento ou não da instituição e a lotação atual.

Tabela 11- Respostas formais a nível do apoio alimentar no Concelho de Lagoa

	Freguesia	Periodicidade	Horário	Utentes atuais
União de Freguesias de Lagoa e Carvoeiro – Espaço DER – Dar e Receber	União de freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Dias uteis	9h -17h	220
ADRA – Associação Adventista para o desenvolvimento, recursos e assistência – Ajuda Alimentar	União de freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Pontualmente consoante as necessidades, mas uma vez por mês fazem distribuição de cabazes entre as 18h e 20h	-	20
Lions Clube de Lagoa – Atendimento e acompanhamento: Ajuda Alimentar	União de freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Pontualmente	-	85 Pessoas
Junta de Freguesia de Porches – Cabazes de Natal	Porches	Pontualmente e no Natal	-	32 Cabazes
Conferencia S. Vicente de Paulo – apoio Alimentar e banco de bens doados	União de freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Bimensal 2ª Semana frescos e última semana secos e frescos	10h – 16h30	50 Famílias – 140 utentes
Conferencia S. Vicente de Paulo – Ferragudo	União de freguesias de Lagoa e Carvoeiro	Mensal	-	-
Serviço socio caritativo da Paroquia de Estômbar	-	Pontualmente de acordo com os casos identificados	-	-
Junta de Freguesia de Ferragudo – apoio alimentar, apoio logístico e despesas de farmácia	Ferragudo	Pontual	-	3

[Fonte: Diagnóstico Social do Município de Lagoa (2016)]

2.3- Descrição E Fundamentação Do Processo De Aquisição De Competências

“Especialista, é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O Regulamento do Exercício Profissional define o enfermeiro especialista como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril).

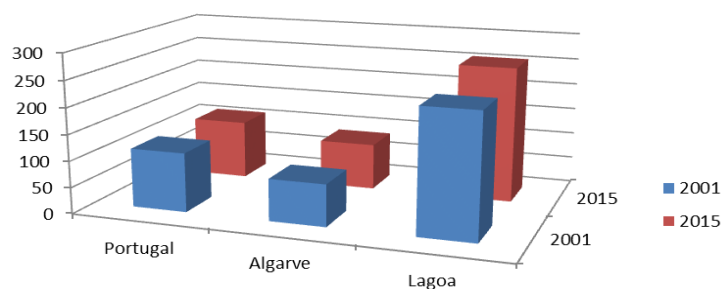
Com este projeto, pretende-se adquirir os seguintes competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011): “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”: Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade; Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade; Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas; Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados; Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados; e “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”; Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” e “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”.

2.4- Caracterização Geral Da População/Utentes

Após, esta breve descrição do concelho de Lagoa, é importante referir alguns dos seus indicadores demográficos, estes permitem conhecer e caracterizar o concelho de Lagoa.

De acordo, com os dados apresentados pelo INE e apresentados no gráfico 1 referente à densidade populacional em comparação com o ano de 2001 e 2015 verifica-se que a nível de Portugal houve um crescimento pequeno, mas a nível do Algarve, o mesmo aumentou, isto poderá ter sido com a deslocação das metrópoles para a periférica. Em relação ao concelho de Lagoa, verifica-se que este, encontra-se em sintonia com o Algarve, houve um aumento desde 2001 para 2015, isto poderá ter como fatores responsáveis fatores humano e fatores naturais, fatores naturais devido ao clima do concelho, o seu relevo, em relação aos fatores humanos, isto pode ter a ver, com a mobilidade da população, a melhor acessibilidade, a implementação de serviços de apoio à população, melhor educação, qualificação da mão-de-obra e até mesmo o desenvolvimento de atividades económicas (Carneiro, 2012).

Gráfico 1- Densidade Populacional de Portugal, Algarve e do Concelho de Lagoa (número médio de indivíduos por KM2)



	Portugal	Algarve	Lagoa
■ 2001	112,5	79,5	233,3
■ 2015	112,3	88,4	257,8

[Fonte: INE, IGP, PORDATA]

Segundo dados dos inter-censos, em 1991 a população residente no concelho de Lagoa era de 21526, em 2001 era de 20651 e em 2011 é de 22975, apesar de ter ocorrido um decréscimo em 2001 da população, este não foi significativo pois desde de 1991 até 2011 população aumentou, o que se pode observar no gráfico 2 (Diagnóstico Social do Município de Lagoa, 2016).

Ribeiro et al (2012) referem que, o “INE nas projeções de população residente em Portugal 2008-2060, tomando como referência o cenário central e considerando a continuação de fluxos migratórios eternos, prevê que a população continuará a crescer até 2034, diminuindo posteriormente, em qualquer dos cenários, a proporção de jovens com menos de 15 anos diminuirá, a par de um aumento do peso relativo da população com 65 ou mais anos. Assim, estes dados mos-

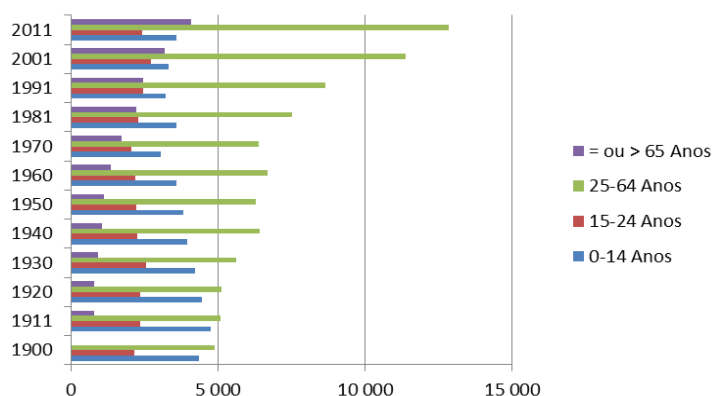
tram, que terá que existir uma maior solidariedade entre gerações, visto que haverá cada vez menos jovens e cada vez mais pessoas idosas.

Posteriormente os autores, ainda fazem menção a “quem nasceu no Portugal de 1960 podia esperar viver 61 anos se fosse homem e 67 anos se fosse mulher, mas, para quem nasce hoje, a esperança média de vida à nascença é de 76 anos para os homens e 82 anos para as mulheres, e projeta-se que aumente” (Ribeiro et al 2012).

Relativamente, á população residencial no concelho de Lagoa, pode-se afirmar observando o gráfico 2, que ao longo dos anos, a população tende a aumentar em todos os grupos etários à exceção do grupo de 0-14 anos que esse grupo tende a diminuir, isto indica, que a taxa de natalidade diminui ao longo dos anos, continuando a observar o mesmo gráfico, ainda podemos concluir que o número de idosos tendem a ser superior ao número de crianças, ou seja, existe um decréscimo da taxa de natalidade e isto deve se ao avanço da medicina, às melhores condições de vida, a maiores habilitações literárias da mulher, a emancipação da mulher, a maior participação da mulher na vida ativa, os casamentos tardios, ao aumento dos divórcios, à redução da fecundidade, ao planeamento familiar, a razões económicas, a modo de vida urbano, à escolaridade obrigatória/ proibição do trabalho infantil e até mesmo à religião (Carneiro, 2012).

Ainda observando o gráfico 2, referido anteriormente, pode se concluir que dos 25-64 anos e maior ou igual a 65 anos de idade tendem a aumentar, o que leva a um envelhecimento (maior 65anos) e isto deve-se á diminuição da taxa de fecundidade, ao aumento da longevidade que num futuro próximo poderá trazer graves consequências como por exemplo aumento das despesas com a saúde, a produtividade diminui, o espírito criativo e de iniciativa tão característicos dos jovens também diminui, ocorre um aumento das despesas com a Segurança Social, a reduzido número de população ativa e n ovos gastos com a assistência: alojamentos adaptados à diminuição das suas capacidades, passatempos e atividades adequados, ajudas familiares, assistentes sociais (Carneiro, 2012).

Gráfico 2 - População residente no Concelho de lagoa segundo grupo etário ao longo dos anos



[Fonte: INE – Censos 2011]

Observando a tabela 12, a população residente no concelho de Lagoa, consegue-se afirmar que o grupo etário predominante na região é de 25 a 64 anos de idade, sendo o género feminino superior ao masculino, em 12 %.

Tabela 12 - População residente no Concelho de Lagoa segundo género e grupo etário

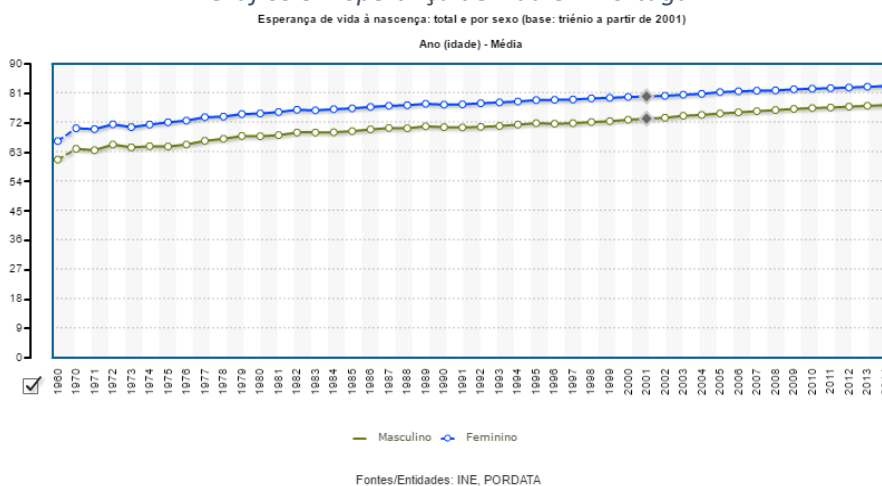
POPULAÇÃO RESIDENTE NO CONCELHO DE LAGOA			
Grupo etário	GENERO		TOTAL
	Homens	Mulheres	
0 a 14 Anos	1824	1775	3599
15 a 24 Anos	1212	1221	2433
25 a 64 Anos	6408	6420	12828
65 anos +	1858	2257	4115
TOTAL	11302	11673	22975

[Fonte: INE – Censos 2011]

O aumento da esperança média de vida está associado ao desenvolvimento, quanto mais desenvolvido estiver o país, maior probabilidade terá a pessoa de viver mais, assim aumenta a esperança média de vida, a isto pode-se dizer que perante os dados ouve uma melhoria das condições de vida do concelho de Lagoa, pode ter ocorrido ao longo destes anos uma melhoria na saúde do concelho.

Verifica-se ainda que, a esperança média de vida em Lagoa, em 1970 era de 67 anos de idade e que em 2014 era de 80 anos de idade, existindo desde 1970 diferença de género na esperança média de vida em que 1970, o género masculino apresentava uma esperança média de vida de 61 anos de idade e o feminino de 67 anos de idade. Já em 2014, o género masculino apresentava uma esperança média de vida de 78 anos de idade e o feminino de 84 anos de idade, com isto pode se concluir que existe aumento da esperança média de vida desde 1970 ate 2014 e que em ambos os géneros a esperança média de vida também aumenta, sendo superior no género feminino.

Gráfico 3- Esperança de vida em Portugal



A tabela 13, permite caracterizar o concelho de Lagoa, perante alguns indicadores e com a observação da mesma temos comparação a nível do Algarve e de Portugal. É de salientar, que os índices dependência de jovem são superiores quando comparado Portugal, mas quando comparamos o mesmo com o Algarve este é superior. Já os restantes índices, quando comparados com Portugal são inferiores mas quando comparamos ao concelho de Lagoa com o Algarve, os mesmos são superiores. Já a nível das taxas existe um aumento das mesmas quando comparamos o Algarve com Portugal, e um posteriormente um aumento com o concelho de Lagoa.

Tabela 13 - Indicadores de População do Concelho de Lagoa, Algarve e Lagoa

ANO	INDICADORES	PORTUGAL	ALGARVE	CONCELHO DE LAGOA
2011	Índice de dependência de idosos	28,8	29,6	26,6
	Índice de dependência de jovens	22,5	22,6	23,5
	Índice de dependência total	51,3	52,2	50,3

	Índice de envelhecimento	127,8	131	113,7
	Índice de longevidade	47,9	48,8	46,1
2015	Taxa bruta de natalidade	8,3	9,2	9,6
	Taxa de fecundidade geral	36	40,5	41,7
	Taxa brutal de mortalidade	10,5	10,9	10,5

[Fonte: INE, Pordata]

A nível de envelhecimento, este encontra-se associado ao baixo índice da fecundidade e ao aumento da esperança média de vida (Programa Nacional para as Pessoas Idosas, 2004). Conforme apoio da tabela 14 podemos referir que, o envelhecimento da população é uma realidade nacional, como podemos observar pelos valores da tabela que são apoiados e mencionados nos resultados nos CENSOS de 2011.

Tabela 14 - População residente segundo os censos, por grandes grupos etários, Portugal Continental (1960-2011)

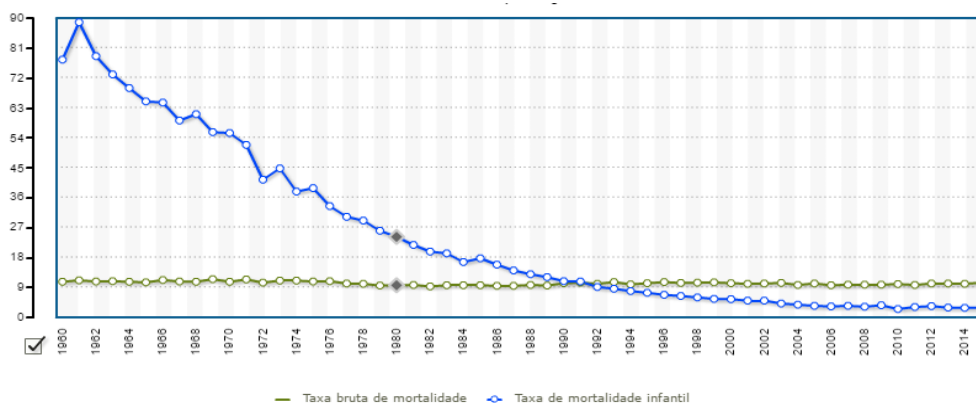
	Total da População residente				Indicadores de envelhecimento			
	Grupos etários				Índice de envelhecimento	Índice de dependência Total	Índice dependência dos idosos	Índice de longevidade %
	Total	0-14	15-64	65+				
1960	8.889.392	2.591.955	5.588.868	708.569	27,3	59,1	12,7	33,6
1970	8.611.125	2.451.850	5.326.515	832.760	34,0	61,7	15,6	32,8
1981	9.833.014	2.508.673	6.198.883	1.125.458	44,9	58,6	18,2	34,2
1991	9.867.147	1.972.403	6.552.000	1.342.744	68,1	50,6	20,5	39,3
2001	10.356.117	1.656.602	7.006.022	1.693.493	102,2	47,8	24,2	41,4
2011	10.562.178	1.572.329	6.979.785	2.010.064	127,8	51,3	28,8	47,9

Fontes de Dados: INE – X a XV Recenseamentos Gerais da População
Fonte: PORDATA

[Fonte: Pordata citado por DGS 2014]

Em 2011, o índice de envelhecimento intensificou a prevalência da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011, mostram que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que representa que Portugal tem nos dias de hoje um povo mais idoso do que jovem. No que diz respeito ao índice de dependência total, entre 2001 e 2011, também aumentou, em que em 2001 era de 48 e 2011 de 51 (DGS 2014).

Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade em Portugal



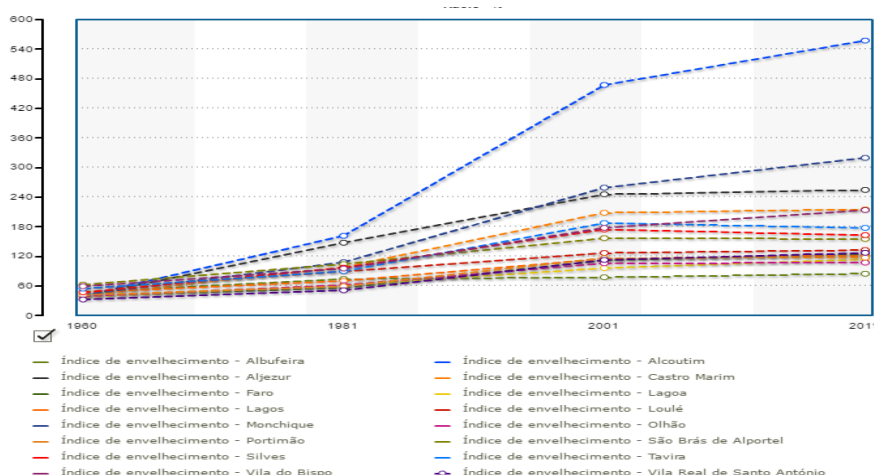
Fontes/Entidades: INE, PORDATA

Para além destes dois fatores, existe outra razão que contribui para o envelhecimento, o número de nascimentos por mulher em idade fértil deixou de contribuir para a diminuição do envelhecimento. Relativamente, a taxa de mortalidade, no gráfico 4, podemos verificar que a taxa de mortalidade mantém-se estável desde de 1960 até 2015, enquanto a taxa de mortalidade infantil desceu significativamente.

No gráfico 5 em baixo representado, podemos observar o índice de envelhecimento a nível do Algarve, nos diferentes municípios da região, observando que em todos o mesmo tende a aumentar com o decorrer dos anos.

Como no Algarve, visto anteriormente, o índice de envelhecimento tende a aumentar em todos os municípios da região, no Concelho de Lagoa não foge à regra, consegue-se observar no gráfico 5, em que estão representados todos os concelhos do Algarve e a sua evolução do envelhecimento no mesmo e no gráfico 6 que somente apresenta a evolução do índice de envelhecimento da região de Lagoa. No gráfico 5, observa-se que o envelhecimento tende a aumentar a nível de todos os concelhos do Algarve.

Gráfico 5 - Índice de Envelhecimento segundo os Censos (Rácio %) dos Municípios do Algarve



Fonte: INE, PORDATA

2.5- Cuidados E Necessidades Especificas Da População Alvo

Segundo o DR (2009), o exercício da profissão reconhecemos que devemos dar resposta às necessidades emergentes da comunidade. Nesta sequência, e tendo em conta, o Código Deontológico do Enfermeiro, é importante mencionar que o enfermeiro, sendo o profissional de saúde responsável para com a comunidade na promoção da saúde e no esclarecimento às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: entender as necessidades da sociedade e da comunidade onde está incluído; participar na orientação da sociedade e na busca de soluções para as dificuldades de saúde detetados; colaborar com outros profissionais.

É de salientar, que esta temática é pertinente e bastante atual, mas que não é uma temática recente, sendo uma temática que têm vindo a ganhar importância a longo dos tempos.

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, é realçada a importância dos profissionais de saúde, na capacitação das pessoas para aprenderem durante toda a vida, favorecendo e privilegiando a educação para saúde (Organização Mundial de Saúde, 1986). Como podemos também comprovar com a entrevista realizada à enfermeira responsável pela equipa refere “Deveríamos dispor de mais tempo para perceber quais são as dificuldades dos cuidadores”, assim desta forma, iríamos ao encontro das necessidades, dos cuidadores, capacitando-os para uma melhor prestação de cuidados e obtendo ganhos em saúde. Tendo em conta, que a continuidade da pessoa dependente no domicílio provém do empoderamento dos cuidadores informais, torna-se indispensável, que estes tenham conhecimentos para conseguir ultrapassar

sar as barreiras/dificuldades entre eles existentes, e a criação precoce dessa pronúncia eficaz entre cuidadores formais e informais, que na sua complementaridade concorram para a satisfação das carências tanto daquele que é cuidado (pelo cuidador informal), como daquele que cuida (o cuidador informal) (Organização Mundial de Saúde, 1986).

A Lei de Bases da Saúde (1990) tendo em vista satisfazer as necessidades da comunidade, com garantia de formação dos profissionais e segurança nos cuidados. Essa lei, aborda a proteção à saúde como sendo universal o acesso à prestação de cuidados. A Lei faz referência ao “Princípio e prioridade nas políticas de saúde é a promoção da saúde e a prevenção da doença. Dar particular atenção aos grupos vulneráveis e sujeitos a maiores riscos da sociedade, através da educação para a saúde das populações, estimulando a adoção de comportamentos saudáveis” (Lei de bases da saúde, 1990), assim podemos, considerar que os cuidadores informais são um grupo vulneráveis, pois muitas das vezes cuidam dos outros sem pensarem em si próprios. De acordo com a lei de bases da Saúde, deve-se promover a saúde e prevenir a doença, e ainda refere estimular a adoção de comportamentos corretos, esta pode ser modificada com sessões de educação para a saúde perante as necessidades pelos prestadores de cuidados sentidos, no que refere a estimulação de adoção de comportamentos correto, podemos justificar com na existência de mais projeto neste âmbito, para promover a educação dos cuidadores informais e melhorar os cuidados por eles prestados, fazendo com que eles, interagem mais com a equipa, diminuindo as suas necessidades e até mesmo terminando com elas. No que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença, realizar educação para a saúde e como refere a enfermeira responsável pela ECCI adequar os ensinamentos consoante as necessidades de cada cuidador informal, assim diminuirá a sua ansiedade e possivelmente a sua sobrecarga.

O PNS tem como visão, maximizar os ganhos em saúde, através de estratégias, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis. Este, pretende aumentar os ganhos em saúde, reforçar o sistema de saúde, promover condições para que todos os intervenientes desempenhem melhor a sua missão (PNS 2012-2016). Assim com o auxílio do PNS, o Eixo estratégico e da cidadania em saúde que prevê, o envolvimento e participação de todos os intervenientes, através da adoção de estratégias de promoção da cidadania em saúde, este irá promover um aumento de literacia em saúde e deste modo conseguiremos ganhos na mesma. Pois os prestadores de cuidados estarão esclarecidos com menos dúvidas, menos necessidades e assim a sua sobrecarga será menor (Plano Nacional de Saúde, 16-20).

O PNS tem base eixos estratégicos, e para justificar a escolha do tema e o modo de abordar o mesmo, vou relatar um pouco do ou dos eixo/s em que se enquadra este trabalho. Este diagnóstico de saúde tem como pilar o eixo da cidadania e o eixo da qualidade.

O eixo da cidadania refere que: o cidadão é visto com o centro de participação e mudança, tendo assim, o direito e dever de influências as decisões, nesta área o cidadão é o prestador de cuidados informais e têm as suas necessidades específicas para diminuir a sobrecarga ou até mesmo a preveni-la, logo é de extrema importância criar um projeto de intervenção nesta área, pois se o cuidador informal estiver educado para este processo menos sobrecarga ira ter e maior e melhores são os cuidados por si prestados (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016). Assim, o cuidador informal deve ser capacitado, para assumir a responsabilidade dos cuidados prestados ao utente dependente. Este deve ser informado e reter a informação de forma a adequar os seus comportamentos na sua gestão, assim irá se obter ganhos em saúde, pois o utente permanecerá no seu domicilio, diminui assim o tempo hospitalar, o risco de infeções associados aso cuidados de saúde, diminui o gasto de despesa com internamento e promove-se uma cultura de cidadania que visa a literacia, a educação para a saúde, promoção da participação, o desenvolvimento de competências pelos profissionais que permitam desenvolver ações de cidadania, o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e uma utilização racional e adequada dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016).

O eixo da qualidade, na saúde, visa implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde tendo em atenção as necessidades e sustentabilidade a longo prazo. Este eixo, refere que os cuidados de saúde devem ser acessíveis e equitativos, tendo em conta aos recursos e que consiga adesão e satisfação do cidadão (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016).

Segundo o Programa Nacional para Pessoas Idosas, este cita que o envelhecimento deve ser com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, um desafio à responsabilidade individual e coletiva (Programa Nacional para as Pessoas Idosas, 2004).

2.6- Estudos Sobre Programas De Intervenção Com A População Alvo

Hooyman e Kiyak (2011), no seu estudo sobre gerontologia e envelhecimento no qual estudaram um grupo de idosos com 70 e mais anos de idade identificaram que o ambiente em que estes estão envolvidos, nomeadamente família e amigos influenciam a sua vida, daí virarem o seu interesse para estes, os quais muitas das vezes são as pessoas mais próximas e mesmo cuidadores. Eles, definem também que, existem diversos fatores de sobrecarga aos quais o cuidador não está imune tais como os cuidados serem diretos, contínuos, intensos, a necessidade de vigilância constante; desconhecimento ou falta de informações para o desempenho do cuidado; sobrecarga de trabalho para um único cuidador, em especial os problemas de saúde causados pela idade avançada do cuidador; exacerbação de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares; dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis (recursos financeiros, atividades sociais e profissionais).

Vilela (2006), estudou o perfil dos cuidadores de idosos e outras pessoas dependentes, e afirma que além de todos estes fatores de sobrecarga referidos anteriormente, a maior parte dos cuidadores são únicos, e além de desempenhar essa função, têm ainda sob os seus cuidados dependentes na família tais como filhos, netos ou outros parentes portadores de cuidados especiais, como refere a enfermeira responsável pela unidade na entrevista realizada os cuidadores têm interesse e participam nos projetos propostos, mas devido a sua a sua estrutura familiar por vezes não é fácil conciliar a participação nestes projetos, com a família e com o cuidador ao utente dependente, é por vezes complicado de conciliar os horários.

Amendola et. al (2008), num estudo que realizou a 66 cuidadores familiares de pessoas dependentes, avaliou a associação entre a perceção subjetiva da qualidade de vida, destes e as características sociodemográficas, e de saúde, e afirma que as tarefas atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem a orientação adequada, o suporte das instituições de saúde, a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm impacto na qualidade de vida do cuidador.

Sequeira (2007) afirma que, quando a sobrecarga de trabalho não pode ser partilhada com outros familiares, o cuidador vai-se afastando progressivamente do seu mundo e tende a viver uma existência de rotinas, em que se esforça por não pensar, alternadas por momentos de esgotamento ou mesmo desespero. Com o passar do tempo, esta situação pode acabar por refletir-se

sobre os próprios doentes, passando estes eventualmente a ser tratados com menos solicitude, serem vítimas de negligência, de irritabilidade ou até mesmo de maus tratos. Deste modo, é essencial saber-se a perceção do próprio cuidador, acerca da sua qualidade de vida, pois cuidadores com uma melhor qualidade de vida prestarão cuidados de melhor qualidade. Ser cuidador, requer tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório. O cuidador, vive constantemente sobre sobrecarga física e emocional que influenciam a sua qualidade de vida (Amendola A et al, 2008).

Segundo Inouye et al. (2008) a maioria dos cuidadores (cerca de 60%) não trabalham para dedicar todo o seu tempo nos cuidados aos idosos, têm um nível de instrução baixo, pelo menos 60% dedicam pelo menos uma hora por semana para realizar alguma atividade física (caminhada), mas apenas 48% contam com uma pessoa para dividir os cuidados aos fins-de-semana. Estes estudos, revelam que segundo os cuidadores a divisão da tarefa no cuidar é um fator bastante importante para a sua qualidade de vida e expressam alguma necessidade de apoio no planeamento das ações a realizar.

Karsch (2003), acrescenta que o cuidador do familiar de idosos, precisa de receber em casa visitas periódicas de profissionais da área da saúde e de outras modalidades de supervisão e capacitação, a fim de orientar como proceder nas situações mais difíceis. O viver e conviver com pessoas que prestam cuidados, mesmo quando estes são realizados com acolhimento, afeto e ternura, é marcado por cansaço, sobrecarga e exaustão, o que coloca a família cuidadora na posição de necessitar, ela própria, de cuidado e atenção. A falta de preparação destes cuidadores é uma realidade de difícil solução a curto prazo, tornando importante conhecer o perfil destes indivíduos, pois os problemas vivenciados por estes são distintos, dependendo das condições socioeconómicas e culturais de cada família. A possibilidade de realizar um serviço de intervenção partindo da realidade e da dificuldade apresentada pela população a ser atendida aumenta a probabilidade de atender às necessidades apresentadas por esta, a que investir, pela falta de tempo nem sempre os profissionais têm tempo para perceber as necessidades dos cuidados, o que por vezes leva a que maximizem o tempo entre a execução das técnicas e os ensinamentos, refere a enfermeira.

Segundo Santos (2003), é primordial que se ofereçam condições de infraestrutura e suporte para que os familiares possam exercer o papel de cuidadores informais. É necessário que, além de se conhecerem as necessidades de cuidado da pessoa dependente, também se conheça a situação dessas famílias. O conhecimento do perfil dos cuidadores e as suas dificuldades no processo de cuidar permite, aos profissionais de saúde, planejar e implementar ações e atividades de suporte social à família, centrados na realidade do cuidador. Ao analisar os desafios vividos pelo cuidador assim como as suas perspetivas, os profissionais de saúde poderão participar ativamente na assistência ao cuidador de idosos, valorizando-o e dando-lhe suporte nos cuidados, oferecendo capacitação a ele e à sua família sobre como devem lidar com as situações potencialmente geradoras de conflitos e tensões, a fim de contribuir para a qualidade de vida do ser cuidado, cuidador e família no domicílio. Espera-se assim que os resultados deste estudo tornem visíveis as necessidades de apoio consoante a vivência destes cuidadores informais de idosos.

No estudo que aborda a Sobrecarga e Qualidade de Vida do Cuidador Principal do Idoso (E1), tem como objetivo: determinar a sobrecarga de trabalho e a qualidade de vida do cuidador principal do idoso atendido em um ambulatório de geriatria. Este estudo identificou os principais prestadores de cuidados como sendo do género feminino, casados, com educação superior e com um forte relacionamento de parentesco, como sendo o filho mais velho e responsável pelo idoso. Em termos de sobrecarga, existiam poucos que apresentavam. Os tópicos abordados neste estudo, permitiram contribuir para o impacto da sobrecarga a nível do prestador de cuidados e verificar a sua afeição a nível de qualidade de vida do mesmo. Para terminar, conclui-se que, existe necessidade de realizar intervenções de enfermagem de acompanhamento, com a finalidade de englobar o idoso e o prestador de cuidados a fim de melhorar a qualidade de vida de ambos e prevenir danos, pois verifica-se um desgaste na mesma e isso deve-se a sobrecarga do prestador de cuidados.

No estudo que aborda as intervenções de enfermagem para reduzirem a sobrecarga em cuidadores (E2): um estudo piloto, tem como objetivo: Implementar estratégias de atenção enfermagem para cuidadores, a fim de reduzir a sobrecarga de cuidados e assistência que eles apresentam. Distinguiu-se uma diminuição da sobrecarga de cuidadores e o aumentado grau de funcionalidade das famílias ao avaliar antes e após a execução das intervenções de enfermagem em proveito do prestador de cuidados.

No (E1), foi analisada uma amostra com 183 idosos e seus respetivos cuidadores. Relativamente

te aos idosos, o género maioritário é o masculino, a média de idade é de 74,8 anos e os mesmos encontravam-se casados. Em relação aos cuidadores, eram maioritariamente do género feminino, tinham uma média de idade de 44,3 anos, possuíam o ensino superior e estavam diretamente relacionados com os idosos, sendo o grau de parentesco filhos/as dos idosos. Segundo a avaliação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, 18,1 dos cuidadores apresentavam alterações da mesma. No (E1), existe uma correlação inversa entre qualidade de vida e sobrecarga. Esta pode ser influenciada por características do cuidador, com baixa escolaridade, aumento do número de horas e o tempo dispensado com a pessoa dependente (Pérez, 2008).

No (E2), foi analisada uma amostra de 8 cuidadores da população que pertencia ao projeto de 742 cuidadores em que um dos critérios de inclusão, era que fosse cuidador informal. Relativamente ao cuidador informal, neste estudo foi maioritariamente do género feminino (88%) e com uma média de idades de 52 anos, sendo que maioritariamente eram solteiros e possuíam a escola primária incompleta, e tinham uma ligação direta com o idoso (filho). Verificou-se com o estudo, que os prestadores de cuidados possuem lacunas a colmatar, sendo elas, na transferência dos idosos, no uso adequado da mecânica do corpo, na mobilização dos idosos, no gerir a oxigenioterapia, no gerir a comunicação e as emoções, e por último gerir a medicação. Após o início das intervenções de enfermagem propostas no estudo, a diminuição da sobrecarga e o aumento da funcionalidade das casas foram evidentes. Embora a dependência dos idosos, o tempo de atendimento e o número de horas sejam fatores que favorecem a sobrecarga, a análise estatística, não permitiu provar isso como um fator influente no nível de sobrecarga.

Em termos de avaliação de sobrecarga do Cuidador, 75% da amostra possui alterações da mesma com sobrecarga intensa e os restantes 25% apresenta sobrecarga ligeira, numa avaliação antes de pôr em prática as intervenções para reduzir a sobrecarga, visto que depois de as pôr em prática existe uma redução significativa da sobrecarga em 75% dos cuidadores. Este artigo, foi considerado um estudo piloto, pelo qual será utilizado para futuros projetos.

Em ambos os estudos (E1) e (E2) foi utilizada a escala de Zarit (Escala de Sobrecarga do Cuidador). Escala essa que os cuidadores tiveram que responder a 22 das perguntas, e em ambos os artigos os cuidadores apresentam níveis de sobrecarga do cuidador, mas com especial atenção ao segundo estudo (E2) que somente apresenta alteração antes dos autores do artigo porem em prática as intervenções de enfermagem para diminuírem a sobrecarga, visto que após a realização das mesmas a sobrecarga dos prestadores de cuidados diminui.

No estudo realizado por Bello (2014) sobre a sobrecarga do prestador de cuidados em que a maioria dos prestadores apresentava uma média de idades de 52 anos, ambos os estudos apresentam aproximadamente essa idade como média.

Em média, esta unidade apresenta por mês uma média de 17 a 27 utente. Em resumo a entrevista realizada a enfermeira responsável pela unidade, refere que é uma mais-valia um projeto nesta área de intervenção, apesar de existir já um projeto nesta área não é suficiente para atingir as necessidades do prestador de cuidados, pois o projeto Juntos no Cuidar, é para capacitar o cuidador e não para diminuir a sobrecarga do mesmo.

2.7- Recrutamento Da População Alvo

O nosso projeto, incide sobre os prestadores de cuidados de utentes dependentes, que frequentam a UCC do concelho de Lagoa, residentes no concelho de Lagoa.

CAPÍTULO III - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Neste capítulo, realiza-se uma análise reflexiva sobre os objetivos.

3.1- Objetivos De Intervenção Profissional

Os objetivos de intervenção profissional, são no âmbito da aquisição de competências como **Enfermeiro Especialista**, pelo que vamos enumerar as competências:

- “Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
 - Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
 - Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
 - Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
 - Gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
 - Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
 - Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade”;

E, também, adquirir competências como **Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública**, pelo que vamos enumera-las:

- “Estabelecer, com base na metalologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos P.N.S.;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

3.2- Objetivos A Atingir Com A População Alvo

Tendo em conta, o diagnóstico de saúde, realizado do estágio anterior (Maio e Junho 2017), foi possível identificar alguns problemas, na população alvo. Perante estes problemas identificados, delimitamos os seguintes objetivos, para este projeto de intervenção comunitária. Assim, define-se para este projeto como objetivo geral: diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através de um projeto de intervenção comunitário na UCC do concelho de Lagoa. E define-se os seguintes objetivos específicos para a realização deste projeto: Avaliar a sobrecarga dos prestadores de cuidados de utentes dependentes da UCC do concelho de Lagoa; Avaliar o grau de dependência dos utentes UCC do concelho de Lagoa; Promover a adesão dos prestadores de cuidados, a participarem nas atividades; Promover a adesão dos prestadores de cuidados, a participarem no convívio anual do dia do cuidador.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROJETO

4.1 – Metodologia

A metodologia utilizada foi, a metodologia do Planeamento em Saúde, sendo assim possível, identificar o problema e dirigir as intervenções para as necessidades da população alvo. “O planeamento feito nos Serviços de Saúde pode contribuir para a promoção de um bem, cujo custo é estimável, mas com um valor sem preço” (Correia de Campos, 1983). O Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido teve por base as seguintes etapas do Planeamento em Saúde: Diagnóstico da situação; Determinação de prioridades; Fixação de objetivos; Seleção de estratégias; Preparação e execução e a Avaliação. Deste modo, foi elaborado uma entrevista, à responsável pela equipa da ECCL, e um questionário, para aplicar aos prestadores de cuidados de pessoas dependentes que pertenciam à UCC do concelho de Lagoa.

4.1.1- Instrumentos utilizados

Tendo em conta os objetivos deste Projeto de Intervenção Comunitária, foi construindo um guião para ser aplicado à responsável pela unidade, de modo a ajudar na realização do diagnóstico de saúde e foi também realizado um questionário, para aplicar aos prestadores de cuidados de pessoas dependentes que pertencem à UCC do concelho de Lagoa, para conseguir avaliar se os mesmos têm sobrecarga ou não. Desta maneira, foram assim realizados, estes instrumentos para uma recolha de informação necessária, de forma mais precisa, rápida e sistematizada.

a) Instrumento de diagnóstico

Como já foi referido anteriormente, foi realizada uma entrevista, à enfermeira responsável pela unidade, para que fosse possível justificar a necessidade de abordar este tema, num Projeto de Intervenção Comunitária, e como sendo uma necessidade do serviço, as questões andaram direcionadas sobre a temática sobrecarga do prestador de cuidados de utente dependente (anexo B e C).

As perguntas realizadas foram: Existe algum programa/ação/projeto desenvolvidos pela UCC do concelho de Lagoa no sentido de diminuir/prevenir a sobrecarga dos prestadores de cuidados? Existem parcerias para estes projetos? Como é que os cuidadores têm conhecimentos destes projetos? Os cuidadores informais têm interesse e participam nos projetos? Acha que é uma mais-valia um projeto para prevenir/diminuir a sobrecarga nos prestadores de cuidados? Está algum projeto pensado nesta área na UCC do concelho de Lagoa? Durante os cuidados realizam ensinamentos? Quais? Quais são as dificuldades que os prestadores de cuidados referem com maior frequência? Quando surgem dificuldades como reagem em relação as mesmas? Acha que a atividade de cuidador afetou os cuidados informais dos utentes dependentes a que prestam os cuidados? Os cuidadores informais pedem ajuda frequentemente? Atempadamente? Existe tempo para realizar ensinamentos? Deveriam ter mais tempo para prestar melhores e mais pormenorizados os ensinamentos? Os ensinamentos realizados pelos enfermeiros contribuem para diminuir ou prevenir a sobrecarga dos cuidadores informais? As respostas obtidas encontram-se em anexo II e o guião da entrevista o anexo III.

b) Instrumento de avaliação

Foi também, elaborado um instrumento de colheita de dados, sob a forma de questionário, para ser aplicado aos prestadores de cuidados de pessoas dependentes que pertencem á UCC do concelho de Lagoa, que é constituído por 5 partes. A primeira parte é realizada a caracterização do idoso, em que é constituído por 4 questões de resposta fechada.

A segunda parte, é constituída pela escala de Barthel, em que avalia o grau de dependência da pessoa. A pontuação deste instrumento varia entre os 0 – 100 pontos, proporcionalmente com a sua dependência, ou seja, quando menor for a pontuação maior é o grau de dependência e vice-versa (Sequeira, 2010). Após, o preenchimento desta escala, podemos afirmar, se o utente é independente (score entre 90-100), ligeiramente independente (score entre 60-89), moderadamente dependente (score entre 40-55), severamente dependente (score entre 20-35) e totalmente dependente (score menor que 20). Esta avaliação consiste em algumas perguntas aos prestadores de cuidados sobre a dependência da pessoa, essas perguntas são realizadas mediante a escala, este instrumento encontra-se no anexo A.

A terceira parte, corresponde à caracterização do prestador de cuidados, em que esta parte é constituída por 15 questões de resposta fechada.

A quarta parte, é constituída pela escala de sobrecarga do cuidador, em que avalia a sobrecarga do mesmo. Esta é constituída por 22 questões, esta corresponde à versão portuguesa da escala, este instrumento encontra-se no anexo A. Cada questão é pontuada de 1 a 5, em que o 1 corresponde a nunca, o 2 a quase nunca, o 3 às vezes, o 4 muitas vezes e o 5 quase sempre (Sequeira, 2010). A pontuação global deste instrumento varia de 22 a 110 em que a maior pontuação corresponde a uma maior sobrecarga e vice-versa. Perante as diversas questões, estas dividem-se em impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidador e perceção de autoeficácia. Ao impacto da prestação de cuidados corresponde as questões com o número 12, 11, 2, 17, 6, 9, 13, 22, 3, 10 e 1. À relação interpessoal corresponde as questões com o número 18, 5, 4, 16 e 19. Às questões das expectativas com o cuidar corresponde as questões com o número 14, 7, 8, e 15 e por fim e não menos importante com a perceção de autoeficácia corresponde as questões com o número 21 e 20 (Sequeira, 2010).

A quinta parte, e não menos importante, é a referente às dificuldades sentidas pelo prestador de cuidados, este instrumento encontra-se no anexo A.

4.1.2- Questões éticas

As considerações/questões éticas pressupõem a exigência de respeito por determinados valores: autonomia/liberdade como a igualdade e a justiça.

Foram também informados, os prestadores de cuidados de pessoas dependentes, do concelho de Lagoa, do direito de autodeterminação, podendo recusar a participação neste estudo, sem que estes tenham penalizações nos serviços de saúde. Foi, garantido a confidencialidade dos dados, o anonimato dos participantes e disponibilizando-me sempre para esclarecimento de dúvidas, aquando estas existissem. Foram, esclarecidos os participantes dos objetivos e finalidade do estudo, bem como dos procedimentos durante a investigação.

Desde o início, foram explicadas as vantagens de participarem no diagnóstico de saúde, para obter futuros avanços nos conhecimentos e melhorar a abordagem ao problema em questão.

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (2005), no artigo 79º - “Dos deveres deontológicos do Enfermeiro”, no artigo 81º (p.89) - “Dos valores Humanos”, evidencia a importância dos Enfermeiros agirem de forma mais cautelosa sobre o dever de proteção das pessoas que se encontram mais fragilizados e vulneráveis, sem discriminação de modo temporário ou permanente. Já no artigo nº 82 - “Dos direitos à vida e a qualidade de vida”, alínea b, refere que o Enfermeiro deve respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”.

Segundo, tudo o que foi em cima mencionado, todos os sujeitos que participem nesta investigação, foram informados do seu anonimato pelos dados fornecidos, e de que as informações colhidas seriam única e exclusivamente utilizadas para este estudo. Desta forma será, entregue a carta de consentimento informado e a informação ao sujeito da investigação, para o cumprimento das obrigações éticas vigentes, em que foi informado para a participação dos indivíduos, bem com a aceitação, ou a recusa neste estudo, garantindo sempre a confidencialidade, o mesmo encontra-se no pedido realizado para a Comissão de Ética da ARS Algarve (anexo D).

É de referir, que foi enviado o projeto CUIDAR + para ser aprovado em Comissão de Ética da ARS Algarve (anexo D), até dia 15/3 não obtive qualquer tipo de resposta sobre o parecer do mesmo, nesse dia fui contactada pela Comissão de Ética, que referiu que o relator do meu projeto tinha tido um problema e que somente a partir desse dia, é que iam observar e analisar o meu pedido. Também foi realizado um pedido para a Comissão de Ética da Universidade (Anexo E) e obtive parecer positivo para o mesmo (anexo F).

Foi também, solicitada a autorização da diretora da ACES Barlavento e da Coordenação da UCC e da responsável pela UCC, onde o projeto foi implementado, em que tive resposta positiva para a elaboração do mesmo (anexo G e anexo H).

4.2. Definição De Prioridades

Segundo Imperatori e Giraldes (1993:64), “A existência desta etapa, está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre proble-

mas diferentes e sobre maneiras diferentes de resolver o mesmo problema, ou de outro modo o que deve ser resolvido e como deve ser resolvido.”

Para organizar os problemas de saúde detetados, recorre-se ao uso de critérios, através dos quais os problemas identificados serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que, “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”

A Definição de Prioridades, é a segunda fase da metodologia do PS. Esta, nasce de uma necessidade de planeamento onde, de acordo com a pertinência de problemas reconhecidos, e tendo em conta uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a alcançar, é indispensável a priorização de problemas. Desta forma, será possível definir, quais os problemas que se devem tentar resolver primeiro (Tavares, 1990).

Através do presente Projeto de Intervenção Comunitária, é dada a conhecer, a problemática referida no Diagnóstico de Saúde, a sobrecarga nos prestadores de cuidados de utentes dependentes UCC do concelho de Lagoa.

Imperatori e Giraldes (1993), referem que, na definição de prioridades deve-se ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação. O primeiro, refere-se ao tempo para que estamos a programar, e o segundo, por sua vez obriga a pensar em prioridades nacionais, regionais, concelhias a implementar. Ainda, nesta linha de pensamentos, os mesmos autores defendem que, a definição de prioridades, para uma área local não deverá exceder 4 ou 5 campos de intervenção.

4.3. Finalidade

Defino, então como finalidade, integrar a comunidade neste projeto e estabelecer parcerias, no sentido de dar uma resposta mais efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade, que neste caso é diminuir/prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes.

4.4. Objetivos, Indicadores E Metas

Realizada a identificação dos problemas, e o seu respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o seu período de tempo. Assim, deste modo, chegamos à terceira etapa do Planeamento em Saúde: Fixação de objetivos. (Imperatori e Giraldes,1993)

Nesta fase, definem-se quais os objetivos a alcançar, indo ao encontro dos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo. É nesta fase, que se definem os indicadores de saúde (Imperatori e Giraldes,1993).

Um objetivo, é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte”. (Imperatori e Giraldes, 1993:77).

Assim sendo, define-se como objetivo geral deste Projeto de Intervenção Comunitária: diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados informais a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através de um projeto de intervenção comunitário UCC do concelho de Lagoa.

De acordo, com os mesmos autores anteriormente mencionados, estes referem que devemos apresentar objetivos específicos e estratégias, para que os objetivos gerais possam ser alcançados. Assim sendo, define-se os seguintes objetivos específicos deste Projeto o de Intervenção Comunitária: Avaliar a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais de utentes dependentes da UCC do concelho de Lagoa; Avaliar o grau de dependência dos utentes da UCC do concelho de Lagoa; Promover a adesão dos prestadores de cuidados informais, a participarem nas atividades; Promover a adesão dos prestadores de cuidados informais, a participarem no convívio anual do dia do cuidador.

Nesta fase, também segundo os autores, Imperatori e Giraldes, deve-se seleccionar os nossos indicadores de problemas de saúde prioritários, para que estes traduzem melhor a dimensão atual dos problemas identificados. Para Imperatori e Giraldes (1993:77) “um indicador é sempre a relação entre uma situação específica e uma população em risco.

Existem, dois tipos de indicadores, o indicador resultado: que mede a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema, e o outro indicador, é o indicador processo, o qual mede a atividade desenvolvida pelos serviços, tendo em vista atingir os indicadores de resultado (Mota, 2007).

Em conformidade, com o que Imperatori e Giraldes (1993) relatam, foram fixados objetivos de médio prazo. Estes objetivos, deverão reduzir ou atenuar o problema de saúde, bem como dar resposta às necessidades que se tenham confirmado. Na tabela abaixo, referimos então, os nossos objetivos, metas e indicadores:

ObjetivoA: Que ocorram, uma diminuição, de 5%, da sobrecarga dos prestadores de cuidados através do projeto CUIDAR +		
Fórmula de Calculo		Meta
Indicador	Nº prestadores de cuidados com sobrecarga	5%
	$\frac{\text{Nº prestadores de cuidados com sobrecarga}}{\text{Nº prestadores de cuidados UCC do concelho de Lagoa}} \times 100$	
ObjetivoB: Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados sejam avaliados a nível da sobrecarga		
Fórmula de Calculo		Meta
Indicador	Nº prestadores de cuidados avaliados da UCC do concelho de Lagoa	80%
	$\frac{\text{Nº prestadores de cuidados avaliados da UCC do concelho de Lagoa}}{\text{Nº prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa}} \times 100$	
ObjetivoC: Que pelo menos, 80%, dos utentes, sejam avaliados a nível da dependência		
Fórmula de Calculo		Meta
Indicador	Nº utentes avaliados da UCC do concelho de Lagoa	80%
	$\frac{\text{Nº utentes avaliados da UCC do concelho de Lagoa}}{\text{Nº utentes da UCC do concelho de Lagoa}} \times 100$	

--	--	--

ObjetivoD:	Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, não possuam de sobrecarga		
Fórmula de Calculo			Meta
Indicador	$\frac{\text{Nº prestadores de cuidados de utentes dependentes com sobrecarga da UCC do concelho de Lagoa}}{\text{Nº prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa}} \times 100$		80%
ObjetivoE:	Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, que participem nas atividades realizadas		
Fórmula de Calculo			Meta
Indicador	$\frac{\text{Nº prestadores de cuidados que adiram as atividades do projeto CUIDAR+}}{\text{Nº prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa}} \times 100$		50%
ObjetivoF:	Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem no convívio anual do dia do cuidador		
Fórmula de Calculo			Meta
Indicador	$\frac{\text{Nº prestadores de cuidados que adiram ao convívio da UCC do concelho de Lagoa}}{\text{Nº prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa}} \times 100$		50%

		100	
	Nº prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa		
ObjetivoG:	Que pelo menos, 50%, das atividades programadas sejam realizadas		
Fórmula de Calculo			Meta
Indicador	Nº atividades realizadas	x	50%
	Nº atividades programadas	100	

4.5. Análise Reflexiva Sobre As Estratégias Acionadas

Quando, ambicionamos melhorar cada um dos indicadores e definimos quantitativamente essa melhoria, estamos a falar de metas. Imperatori e Giraldes (1993), referem que, essa meta não pode resumir-se num valor que surge por acaso, relacionando assim como um passo principal na identificação da tendência que esse indicador tenha vindo a ter na população.

Pode definir-se como estratégia de saúde, um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas, com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes,1993:87).

Os autores em cima mencionados, consideram as seguintes fases, na elaboração de estratégias de saúde: “estabelecer os critérios de conceção das estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias mais realizáveis; descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas; estimar os custos das estratégias; avaliar a adequação dos recursos futuros; rever estratégias e objetivos (se necessário)” (Imperatori e Giraldes,1993:87).

Com este Projeto de Intervenção Comunitária, tem por base o Programa de Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), então, torna-se fulcral referir as três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da estrutura e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes simplificadores da autonomia e independência.

Segundo, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas da DGS (2006), temos assim como estratégias: Promover um envelhecimento ativo (sensibilizar os idosos para a atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar, e manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma); Adaptar os cuidados às necessidades das pessoas idosas (identificar os determinantes da saúde da população idosa bem como as dificuldades constantes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde); Dar importância à área de promoção de saúde através da educação para a saúde; Incentivar a comunidade a participar em caminhadas; Envolver entidades locais e concelhias; prevenir doenças, dando valor a atividade física e controlando doenças crónicas, promovendo assim a autonomia e independência da população com idade superior a 65 anos.

Para Imperatori e Giraldes (1993), a definição de uma estratégia de saúde deve realizar-se de forma razoavelmente detalhada, para os responsáveis pela decisão consigam apreciá-la. Em bastantes casos, o estudo pormenorizado de uma estratégia, que poderá conduzir à revisão dos objetivos fixados por demonstrar a falta de recursos humano, materiais e financeiros.

Em relação, às alterações necessárias, são consideradas, as que permitam alcançar os objetivos definidos, e contornar ou até mesmo eliminar obstáculos, para que a realização do mesmo seja concluída com sucesso (Imperatori e Giraldes,1993). No quadro abaixo, referimos, potenciais obstáculos e modificações, para contornar ou até mesmo eliminar os obstáculos que poderão existir:

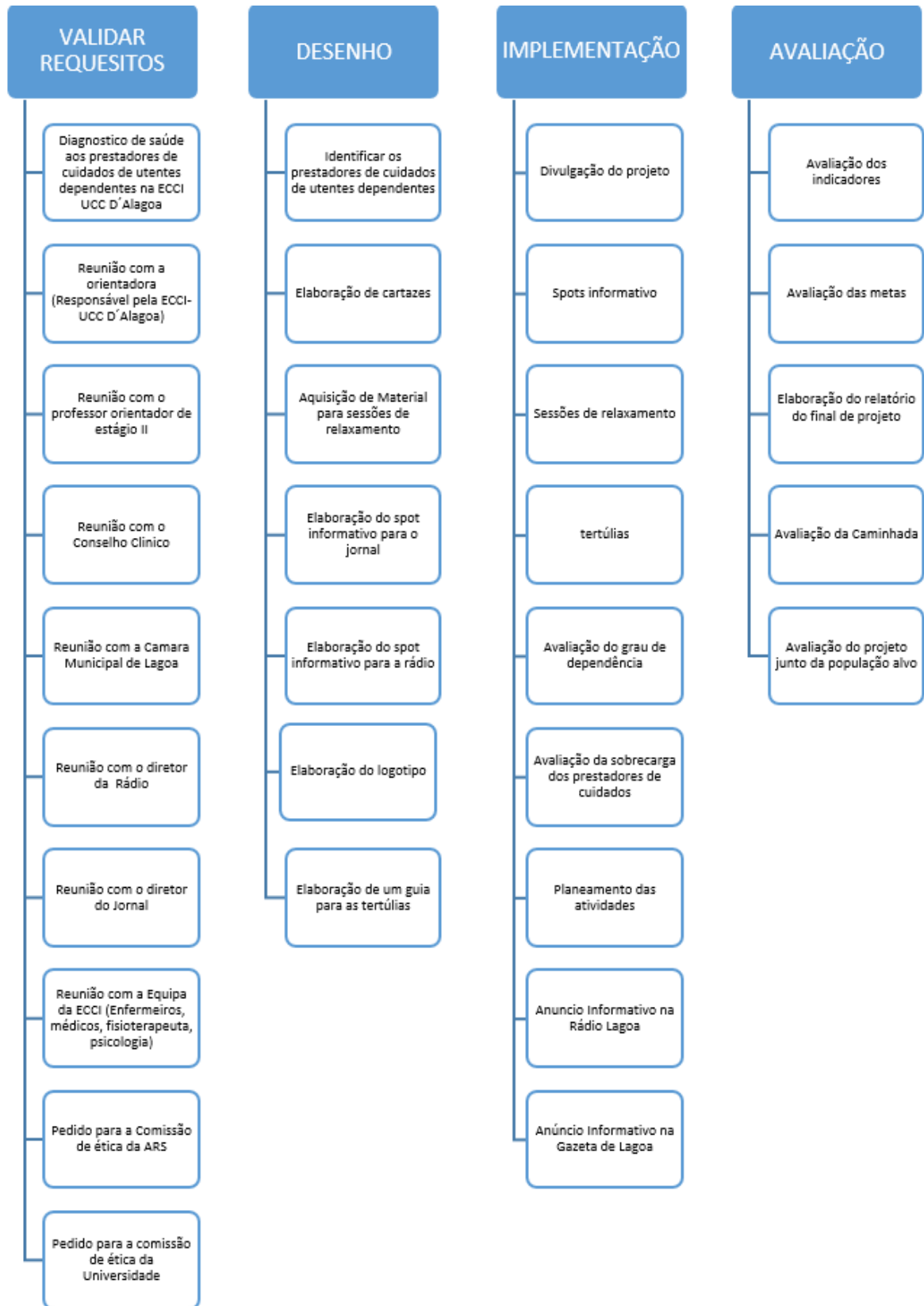
Tabela 15- Obstáculos e modificações necessárias

Potenciais Obstáculos	Modificações e estratégias necessárias
Limitação do tempo	Utilizar o tempo ao máximo.
Dificuldade de aceitação do projeto por parte de entidades	Realizar reuniões formais, contactos formais, alertando e sensibilizando as entidades, para a importância do projeto, e para a importância da promoção de saúde e prevenção de doença.
Dificuldade de aceitação e colaboração no projeto por parte da comunidade	Incentivar o convívio; Informar da importância da atividade física; Realizar eventos, que façam com que a comunidade participe; Integrar líderes formais e informar, promovendo confiança junto da população
Carência de recursos humanos e materiais	Rentabilizar o tempo; Estabelecer parcerias com as entidades; Rentabilizar materiais; Adquirir materiais de baixo custos mas de qualidade;

4.6. Estrutura Do Projeto

Neste capítulo, é apresentada a estrutura analítica do projeto. A estrutura do projeto, representada pela Work Breakdown Structure (WBS,) consiste na organização e definição do âmbito do projeto, através da fragmentação das fases do projeto por níveis, em que a apresentação dos mesmos significa um aumento da definição dos pormenores dessas fases (Lapão, 2010).

Figura 3 - Estrutura do Projeto - WBS



4.7. Elaboração De Projetos E Programas

Pode definir-se, um programa como “(...) o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori e Giraldes,1993:129).

Para Stanhope&Lancaster (2011), um plano, é um conjunto de programas os quais contribuem para atingir objetivos institucionais. Por outro lado, um programa, é uma abordagem organizada para atingir as necessidades dos indivíduos, reduzindo assim, o efeito ou eliminando, um ou mais problemas de saúde.

Com a implementação deste projeto, esperamos alcançar, determinados resultados esperados e benefícios que certifiquem, as metas anteriormente delineadas na fase de planeamento do projeto. Assim sendo, em abaixo descrevo as estratégias e atividades/intervenções para os objetivos delineados anteriormente:

Objetivo A: Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, não possuam de sobrecarga;

Estratégia: Diálogo entre prestadores de cuidados;

Potenciais atividades / intervenções mais adequadas as necessidades identificadas:

- Esclarecer dúvidas que existam;
- Fomentar grupos de tertúlia, para debaterem temas do interesse deles;
- Pedir colaboração, ao Jumbo de Lagoa, para que se possível, fornecer material, como cadernos e canetas para a elaboração dos diários e posteriormente debater nas tertúlias. (anexo IX).

Objetivo B: Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, sejam avaliados a nível da sobrecarga;

Estratégia: Visita domiciliaria com preenchimento da Escala de Zarit;

Potenciais atividades / intervenções mais adequadas as necessidades identificadas:

- Preenchimento da escala de Zarit, e posterior análise de dados (escala de Zarit- anexo A);

- Preenchimento do questionário (Questionário - anexo A).

Objetivo C: Que pelo menos, 80%, dos utentes sejam avaliados a nível da dependência;

Estratégia: Visita domiciliária com preenchimento da Escola de Barthel;

Potenciais atividades / intervenções mais adequadas as necessidades identificadas:

- Preenchimento da escala de Barthel, e posterior análise de dados (Escala de Barthel – anexo A);
- Preenchimento do questionário (Questionário - anexo A).

Objetivo D: Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem nas atividades realizadas;

Estratégia: Participação da comunidade, participação entre os vários cuidadores no convívio;

Potenciais atividades / intervenções mais adequadas as necessidades identificadas:

- Elaboração de um cartaz, para divulgação do projeto, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes (anexo J e K);
- Criação de um logotipo para o projeto (anexo L e anexo M- pedido de utilização do logotipo CUIDAR+);
- Fomentar grupos de tertúlia, para debaterem temas do interesse deles;
- Pedir colaboração à fisioterapeuta para realização de alongamentos (anexo N);
- Executar atividades de relaxamento;
- Estimular a criação, de um diário do cuidador, para futura partilha nas tertúlias.

Objetivo E: Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem no convívio anual do dia do cuidador;

Estratégia: Promoção de espírito de equipa, de colaboração entre os prestadores de cuidados;

Potenciais atividades / intervenções mais adequadas as necessidades identificadas:

- Elaboração de um cartaz para divulgação da caminhada, elaboração de um certificado de participação na caminhada (anexos O e P);

- Promoção de uma caminhada em colaboração com a Câmara Municipal de Lagoa (realizar um ofício ao Sr. Presidente da Câmara de Lagoa, ao Vereador do pelo do Desporto e ao Vereador do pelor da Saúde) (anexo Q);
- Promoção da caminhada através da Rádio Lagoa (anexo R e anexo S);
- Promoção da caminhada através do jornal Gazeta de Lagoa (anexo T e anexo U).

Objetivo F: Que pelo menos, 50%, das atividades programadas sejam realizadas;

Estratégia: Realizar o máximo de atividades possíveis;

Potenciais atividades / intervenções mais adequadas as necessidades identificadas:

- Diagnóstico de Saúde da população, realizado no 1º estágio entre maio e junho de 2017;
- É, sempre importante, a realização de reuniões, com a responsável UCC do concelho de Lagoa para verificar o encaminhamento do plano de Intervenção Comunitária, bem como com o Professor orientador do Estágio Final;
- Envio de correio eletrónico, a pedir colaboração da CML, Rádio de Lagoa, Gazeta de Lagoa, de forma a apurar o interesse manifestado em colaborar neste projeto;
- Realizar os pedidos para as Comissões de Ética, para que se possa realizar e verificar os dados, pedido para Comissão de Ética da ARS e o pedido para a Comissão de Ética da Universidade de Évora;
- Elaboração de um spot informático, para o Jornal e para a Rádio (anuncio informativo);
- Elaboração de um anúncio informativo, para a CML colocação no site da instituição;
- Criação de um logotipo para o projeto;
- Elaboração de ofícios para requisitar material para o projeto;
- Elaboração dum cartaz para divulgação do projeto, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes;
- Elaboração dum cartaz para divulgação da caminhada, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes;
- Promover, uma caminhada, em colaboração com a CML (realizar um ofício ao Sr. Presente de Lagoa, ao Vereador do Pelouro do Desporto e do Pelouro da Saúde);
- Pedir colaboração, com a fisioterapêutica para a realização de alongamentos (em dias de tertúlia otimizar o tempo, 30 minutos para os alongamentos e outros 30 minutos para o relaxamento);
- Elaboração, do plano tipo, para cada sessão de educação para a saúde e registos de assiduidade nas tertúlias;
- Elaboração, da estrutura das t-shirts alusivas ao tema, para distribuir na caminhada;

- Elaboração, de uma base de dados para posterior tratamento;
- Identificar, os prestadores de cuidados de utentes dependentes, após autorização da Comissão de ética da ARS Algarve;
- Preenchimento das escalas de Barthel, Zarit e do questionário e posterior análise de dados;
- Fomentar, grupos de tertúlia, para debaterem temas do interesse deles (a tertúlia será realizada na sala de reuniões do Centro de Saúde de Lagoa, 1 tertúlia de 4 em 4 meses);
- Elaboração de um guia para as tertúlias;
- Aquisição de material para as sessões de relaxamento;
- Executar, atividades de relaxamento (em dias de tertúlia otimizar o tempo, 30 minutos para os alongamentos e outros 30 minutos para o relaxamento);
- Estimular, a criação de um diário do cuidador, para futura partilha nas tertúlias;
- Avaliação dos indicadores, das metas e dos objetivos;
- Elaboração, do relatório do final de projeto;
- Avaliação da caminhada;
- Avaliação do projeto junto da população alvo.

Segundo Stanhope&Lancaster (2011), um programa, é uma abordagem organizada para atingir as necessidades dos indivíduos, famílias, grupos, populações ou comunidade, reduzindo o efeito de, ou eliminando um ou mais problemas de saúde. Na mesma linha de pensamento, os autores referem que o projeto, são as atividades organizadas de menor dimensão e com menor duração (tempo limitado), que neste caso será a organização de uma caminhada.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, é operacionalizado a nível regional e local pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde, que definem os Planos de Ação. Chama-se a atenção para a relevância do envolvimento da comunicação social, dos profissionais de saúde, e de todos os parceiros sociais, nas estratégias de intervenção dirigidas à saúde das pessoas idosas (DGS,2006).

O envolvimento com outras pessoas, ou organizações envolvem parcerias para a saúde. Lave-rack (2004), refere-nos que as parcerias apresentam aptidão para trabalhar em rede em cooperar e desenvolver relações que promovam interdependência, sustentadas no reconhecimento de interesses sobrepostos ou mútuos e no respeito interpessoal e entre organizações.

Os critérios de inclusão no projeto serão: Prestadores de cuidados informais de pessoas dependentes da UCC do concelho de Lagoa;

Responsáveis pela colaboração e implementação do projeto: Aluna de mestrado;

Equipa de Execução do Projeto: Profissionais de saúde da UCC do Concelho de Lagoa (Enfermeiros, Fisioterapeuta e Psicóloga), stakeholders.

4.8. Preparação Da Execução

Neste capítulo, apresentamos então, as atividades a desenvolver neste projeto, pois, como o presente projeto ainda não está a decorrer nesta fase, iremos fazer referência às atividades que, se espera virem a ocorrer durante o desenvolvimento do mesmo.

Constituirá, no fundo, uma descrição da estrutura do projeto, referindo as atividades que pensamos realizar, fazendo alusão tanto ao espaço em que decorrerão, como aos intervenientes das mesmas. O enquadramento no tempo ainda não está definido.

Segundo (Imperatori e Giraldes,1993), a preparação da execução, é a etapa do Planeamento de Saúde, que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anteriores e posteriores. Esta fase, aparece sobretudo, com propósitos didáticos, não aparecendo identificada em muitos esquemas de planeamento.

4.9. Entidades Envolvidas

Apresentamos, seguidamente, as entidades envolvidas no projeto:

Tabela 16- Entidades Envolvidas no Projeto

Gestor do projeto	Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Aluna de Especialidade Comunitária Telma Quaresma.
Cliente / utilizador	Prestadores de Cuidados de utentes dependentes que integram a UCC do concelho de Lagoa.
Equipa do projeto	Equipa da UCC do Concelho de Lagoa Enfermeiros e Fisioterapeuta;
Equipa de gestão do projeto	Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Aluna de Especialidade Comunitária Telma Quaresma.
Sponsor	UCC do concelho de Lagoa
Influenciadores	Câmara Municipal de Lagoa, Gazeta de Lagoa (Jornal), Rádio Lagoa (Rádio)

4.10. Análise Estratégica Orçamental

Segundo Lapão (2010), a estimativa de custos, refere-se principalmente, e necessariamente aos custos para a realização de atividades do projeto, para que este, ocorra num orçamento determinado e aprovado.

Tabela 17 - Orçamento do Projeto

Recursos		Custo unitário	Quantidade	Custo total
Humanos	Deslocação	0,4€ / km	80 km	32
	Enfermeiro	7€ / h	48h/Ano	336
	Fisioterapeuta	7€/h	24h/ano	168
Materiais	Computador	500 €	1	Material existente
	Vídeo projetor	500 €	1	Material existente
	Panfletos	0,10 €	200	20 €
	Impressora	200 €	1	Material existente
	Canetas	0,20 €	10	Material existente
	Toner	50€	1	Adquirir
	Poster	20€	5	100€
	T-shirt	-	-	A cargo da CML
	Snacks	-	-	A cargo da CML
	Radio (Anuncio)	-	-	A cargo da rádio

	Jornal (Anuncio)	-	-	A cargo do Jornal
	Cadernos	1.78€	30	53,4€
Custo efetivo				
Custo acrescido ao normal funcionamento da UCC do concelho de Lagoa				

4.11- Cronograma Do Projeto

MÊS	Maio				Jun			Set		Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fev			Março							
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5			
ATIVIDADES																																								
VALIDAR RESQUISITOS	Pesquisa bibliográfica	█	█	█	█	█	█	█		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█								
	Identificar as necessidades - Diagnóstico de Saúde	█	█	█	█	█	█	█																																
	Reunião com a orientadora	█	█	█	█					█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█											
	Reunião com o Professor Orientador do estágio II	█	█	█	█					█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█											
	Reunião com o Conselho Clínico														█	█	█	█	█																					
	Reunião com a Câmara Municipal de Lagoa														█	█	█	█	█																					
	Reunião com o diretor da Rádio - Rádio Lagoa														█	█	█	█	█																					
	Reunião com o diretor do Jornal - Gazeta de Lagoa														█	█	█	█	█																					
	Reunião com a Equipa UCC do concelho de Lagoa														█	█	█	█	█																					
	Procedimentos éticos (Comissão de Ética da ARS e da Universidade)									█	█	█	█	█																										
Elaboração do projeto																																								
Entrega do projeto																																█	█	█	█	█				

4.12- Gestão De Risco

Risco, é entendido, como uma medida da probabilidade e consequência de não serem alcançados os objetivos de um projeto. Importa assim, identificar os fatores de risco, analisá-los e responder com medidas de controlo, que constitui-se num processo de gestão do risco de um determinado projeto (Lapão, 2010).

No quadro abaixo, serão apresentados, os perigos identificados, e o risco a que correspondem, bem como medidas de controlo para minimizar, os efeitos e assim diminuir o risco, que passa essencialmente pela ineficácia do projeto:

Tabela 18 - Gestão do risco do Projeto

Perigo	Risco	Medidas de Controlo
Desconhecimento	Baixa adesão dos prestadores de cuidados.	Divulgação pela equipa da UCC do Concelho de Lagoa nas visitas domiciliárias realizadas.
Absentismo do Formando	Baixa adesão aos convívios, tertúlias e caminhadas. Incompreensão da informação. Abandono do projeto	Reforço das datas de convívios, tertúlias e caminhadas; Reforço dos pontos positivos.
Absentismo do Formador	Baixo número de atividades	Incluir a equipa da UCC do concelho de Lagoa toda no projeto; Definição de atividades; Prever eventuais alterações.

4.13- Execução

Esta etapa do planeamento, é a aplicação do que se programou. Tendo em conta, que este projeto, já se encontra em fase de implementação, apresentamos esta etapa em dois instantes,

primeiro instante como atividades já desenvolvidas ou em desenvolvimento e um outro que denominámos de atividades a desenvolver.

A seleção e a programação das atividades a desenvolver, permite com que no fim, alcancemos os objetivos delimitados inicialmente. Nesta etapa, pretende-se conceber o processo, de forma a adequar as atividades à população existente. Para tal, resolvemos usar a WBS que se encontra dividida em quatro fases: a validação de requisitos, a criação do desenho, a implementação do projeto e a avaliação (que se encontra no ponto 4.6).

4.13.1- Atividades desenvolvidas e em desenvolvimento

Na UCC do concelho de Lagoa, já existe um projeto nesta área, mas que têm como o objetivo, a capacitação do cuidador, em que é realizada sessões de educação para a saúde com os seguintes temas:

- Ser cuidador;
 - Promoção da Mobilidade e Autonomia Funcional: mobilidade e autonomia; segurança do utente e cuidador; prestação de cuidados nas atividades de vida diária (posicionamentos e mobilidade no leito); transferências;
 - Cuidar no Domicílio: cuidar a pessoa dependente (alimentação, eliminação vesical e intestinal; prevenção das úlceras de pressão; cuidados de higiene e conforto; medicação);
 - A comunicação no cuidar: comunicar e cuidar;
 - Saúde Oral no Idoso e Pessoa Dependente: anatomia da cavidade bucal; principais patologias da cavidade oral em idosos e pessoas dependentes; relação entre patologias da cavidade oral e patologias do resto do corpo; formas de prevenir patologias da saúde oral;
 - Cuidados éticos em estruturas sociais: importância do cuidador formal no contexto do cuidar;

- Cuidar em fim de Vida: diagnóstico da doença: aceitar a situação; Reações do doente face à evolução da doença; dicas para ajudar a família/cuidadores a lidar com o doente e com a doença;
 - Cuidar no domicílio 2: manutenção de dispositivos; reconciliação terapêutica; prevenção de quedas;
- Promoção da autonomia;
 - Sobrecarga emocional do cuidador;
 - Saúde oral no idoso e pessoa dependente;
 - Apoios sociais na comunidade;
 - Bem-estar físico;
 - Encontro convívio.

De acordo, com a WBS, que construímos, sendo ela a desagregação dos vários elementos, que compõem o seu âmbito, passamos a apresentar, a descrição das atividades, podendo-se constatar que a primeira atividade realizada, relaciona-se com a identificação das necessidades / problemas de saúde da população residente no concelho de Lagoa, resultado do Diagnóstico de Saúde elaborado anteriormente a essa população. Porém, desta forma, as atividades já desenvolvidas neste projeto foram:

- Diagnóstico de Saúde da população, realizado no 1º estágio entre Maio e Junho de 2017;
- É sempre importante, a realização de reuniões, com a responsável UCC do concelho de Lagoa para verificar, o encaminhamento do Projeto de Intervenção Comunitária, bem como com o Professor orientador do Estágio Final;
- Envio de correio eletrónico a pedir colaboração da CML, rádio de Lagoa, Gazeta de Lagoa, de forma, a apurar o interesse manifestado em colaborar neste projeto (como se encontra no anexo Q,R,S);
- Realizar os pedidos para as Comissões de Ética, para que se possa realizar e verificar os dados, realizados os pedidos para Comissão de Ética da ARS Algarve para a Comissão de Ética da Universidade de Évora (como se encontra no anexo D e E);

- Elaboração, de um spot informático, para o jornal e para a rádio (anuncio informativo) (como se encontra no anexo S);
- Elaboração, de um anúncio informativo, para a CML colocação no site da instituição (anexo W);
- Criação de um logotipo para o projeto (como se encontra no anexo L);
- Elaboração, de ofícios, para requisitar material para o projeto (como se encontra no anexo I);
- Elaboração, dum cartaz para divulgação do projeto, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes (como se encontra no anexo J e K);
- Elaboração, dum cartaz, para divulgação da caminhada, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes (como se encontra no anexo O e P);
- Promover uma caminhada em colaboração com a Câmara Municipal de Lagoa (realizar um ofício ao Sr. Presente de Lagoa, ao Vereador do pelouro do Desporto e do pelouro da Saúde) (como se encontra no anexo Q);
- Pedir colaboração, à fisioterapêutica para a realização de alongamentos (em dias de tertúlia otimizar o tempo, 30 minutos para os alongamentos e outros 30 minutos para o relaxamento);
- Elaboração do plano tipo para cada sessão de educação para a saúde e registos de assiduidade nas tertúlias (como se encontra no anexo U e V);
- Elaboração, da estrutura das t-shirts alusivas ao tema, para distribuir na caminhada (como se encontra no anexo Y);
- Elaboração, de uma base de dados para posterior tratamento (como se encontra no anexo Z);

As atividades que se pretendem desenvolver são:

- Identificar, os prestadores de cuidados de utentes dependentes, após autorização da Comissão de Ética da ARS Algarve;
- Preenchimento das escalas de Barthel, Zarit e do questionário e posterior análise de dados;

- Fomentar grupos de tertúlia, para debaterem temas do interesse deles (a tertúlia será realizada na sala de reuniões do Centro de Saúde de Lagoa, 1 tertúlia de 4 em 4 meses);
- Elaboração, de um guia para as tertúlias;
- Aquisição de material, para as sessões de relaxamento;
- Executar atividades de relaxamento (em dias de tertúlia otimizar o tempo, 30 minutos para os alongamentos e outros 30 minutos para o relaxamento);
- Estimular a criação de um diário do cuidador, para futura partilha nas tertúlias;
- Avaliação dos indicadores, das metas e dos objetivos;
- Elaboração do relatório do final de projeto;
- Avaliação da caminhada;
- Avaliação do projeto junto da população alvo;

Em relação, ao tempo das tertúlias, as mesmas terão a duração de 2 horas, para posteriormente, os próximos 30 minutos serem para aprendizagem de alongamentos e os restantes 30 minutos para relaxamento. As tertúlias decorrerão uma, de quatro em quatro meses.

A caminhada, será realizada, no período da manhã, pelas 9h, no dia do Cuidador, 5 de Novembro de 2018. Às 9h dá-se o encontro, para que as 9h30 dá-se início à caminhada.

Foi realizado, um plano de sessão, pois, após a realização do questionário, pode ocorrer a necessidade de realizar alguma formação de sessão de educação para a saúde, neste âmbito o mesmo já se encontra efetuado (anexo V).

Esta fase do projeto, a avaliação, é excessivamente importante, é indispensável que esta seja efetuada, para que se recolham conclusões sobre as atividades desenvolvidas e as alterações que se podem efetuar, para que o mesmo seja melhorado e que se obtenha ganhos em saúde.

A avaliação, é logo, a última fase do Planeamento em Saúde. De acordo com os autores Imperatori e Giraldes (1993:127), “... avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”.

Assim, para avaliarmos o projeto, temos que comprar as atividades, programas, com objetivos e metas marcadas. A avaliação, serve não só para melhorar e orientar a distribuição de recursos,

segundo TAVARES (1990:90), “Avaliação é a forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar, eficazmente.” Podemos então, referir que a avaliação, encontra-se interligada com a fase inicial, o diagnóstico da situação, pois é este, que dá bases para fortalecer o projeto, a avaliação, tem por objetivo melhorar o projeto, rentabilizar recursos a partir de experiencias anteriores.

CAPÍTULO V – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A última fase do Planeamento em Saúde, é a avaliação, não significa que esta seja menos importante que as restantes, muito pelo contrario, só após a sua realização é que conseguimos observar se o objetivos, indicadores e metas se foram os adequados ou se termos que modifica-los.

Esta fase do projeto, é fulcral, e é indispensável, que seja executada para que se retirem conclusões sobre as atividades desenvolvidas e as alterações a efetuar, para que no seu futuro e posteriormente ocorra uma avaliação das mesmas, quando possível. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), “... avaliar, é sempre comparar algo, com um padrão ou modelo, e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”.

Segundo TAVARES (1990), “Avaliação, é a forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar, eficazmente.” A avaliação, é a fase final do Planeamento em Saúde, mas esta, encontra-se sempre interligada às restantes fases, pois esta, tem como objetivo, melhorar os objetivos traçados inicialmente de forma a melhorar o programa e rentabilizar recursos.

A avaliação, irá incidir, sobre os objetivos específicos delimitados, e sobre as atividades programadas no projeto, através dos quais foram delimitados indicadores e metas. Assim sendo, a avaliação, irá incidir sobre os seguintes objetivos específicos: Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, não possuam de sobrecarga; Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, sejam avaliados a nível da sobrecarga; Que pelo menos, 80%, dos utentes sejam avaliados a nível da dependência; Que pelo menos ,50%, dos prestadores de cuidados, participem nas atividades realizadas; Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem no convívio anual do dia do cuidador.

Posteriormente, sobre os objetivos delimitados foram estabelecidas as seguintes atividades/intervenções mais adequadas às necessidades da população: Esclarecer dúvidas que existam; Fomentar grupos de tertúlia, para debaterem temas do interesse deles; Pedir colaboração ao Jumbo de Lagoa para que se possível, fornecer material, como cadernos e canetas para a elabora-

ção dos diários e posteriormente debater nas tertúlias; Preenchimento da escala de Zarit e posterior análise de dados; Preenchimento do questionário; Preenchimento da escala de Barthel e posterior análise de dados; Elaboração de um cartaz, para divulgação do projeto, elaboração de um folheto, para convocatória aos participantes; Criação de um logotipo para o projeto; Fomentar grupos de tertúlia, para debaterem temas do interesse deles; Pedir colaboração da fisioterapeuta para a realização de alongamentos; executar atividades de relaxamento; Estimular a criação de um diário do cuidador, para futura partilha nas tertúlias; Elaboração de um cartaz para divulgação da caminhada, elaboração de um certificado de participação na caminhada; Promoção de uma caminhada em colaboração com a Câmara Municipal de Lagoa (realizar um ofício ao Sr. Presidente da Câmara de Lagoa, ao Vereador do pelo do Desporto e ao Vereador do pelor da Saúde); Promoção da caminhada, através da Rádio Lagoa; promoção da caminhada, através do jornal.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a avaliação, prevê a confrontação da situação atual com um valor de referência, nomeadamente objetivos ou metas, de modo a conferir as intervenções realizadas e determinar medidas corretivas.

A avaliação final, poderá ser realizada após a realização do estágio, pois o mesmo é curto para conseguir conciliar tudo. A mesma, será realizada para o ano que vem, em Dezembro de 2018, momento em que prevemos que o projeto tenha sido realizado na sua totalidade, para a qual, seriam convocados novamente todos as pessoas que intervirem na sua realização, para dar a conhecer os resultados obtidos, com base na avaliação realizada, através dos objetivos, indicadores e metas.

Deste modo, permite-nos assim, um controlo do que se encontra em execução, pela comparação com as metas esperadas, permitindo a implementação de ações corretivas com o intuito de melhorar e atingir objetivos operacionais (Imperatori & Giraldes, 1993).

5.1- Avaliação Dos Objetivos

O processo de avaliação, é conduzido ao longo de todo o projeto. Os objetivos traçados foram os seguintes:

1. Que ocorram, uma diminuição, de 5%, da sobrecarga dos prestadores de cuidados através do projeto CUIDAR;

2. Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, sejam avaliados a nível da sobrecarga;
3. Que pelo menos, 80%, dos utentes, sejam avaliados a nível da dependência;
4. Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, não possuem sobrecarga;
5. Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem nas atividades;
6. Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem no convívio anual do dia do cuidador.
7. Que pelo menos, 50%, das atividades programadas, sejam realizadas.

Estabeleceu-se então, uma matriz para conseguir avaliar os resultados finais dos objetivos propostos, apesar de muitos objetivos não terem sido concluídos com êxito devido à ausência de resposta da comissão de ética, muitas das atividades foram realizadas.

Tabela 19- Resumo da avaliação final das metas propostas

Classificação	Consecução da meta proposta
Atingido	>90 %
Quase atingido	50-90%
Não atingido	<50%

Avaliação dos Objetivos:

Objetivo A: Que ocorram, uma diminuição, de 5%, da sobrecarga dos prestadores de cuidados através do projeto CUIDAR+;

Meta: Diminuir 5% da sobrecarga dos prestadores de cuidados;

Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ prestadores de cuidados com sobrecarga} / n^{\circ} \text{ de prestadores de cuidados da UCC do Concelho de Lagoa}) \times 100$

Avaliação: A ausência, de resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve, dificultou a avaliação deste objetivo na sua totalidade, pois, não foi possível, avaliar se os prestadores de cuidados tinham sobrecarga e se os utentes eram dependentes. Mas apesar, desta barreira, foram realizadas outras atividades/intervenções que correspondiam a este objetivo, como forma de tentar ultrapassar esta barreira, por exemplo foi pedida colaboração ao Jumbo de Lagoa para que fornecesse material para a elaboração dos diários dos cuidadores.

Resultado: Atingido Parcialmente.

Objetivo B: Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, sejam avaliados a nível da sobrecarga;

Meta: Que 80% dos prestadores de cuidados sejam avaliados;

Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ prestadores de cuidados avaliados da UCC do concelho de Lagoa} / n^{\circ} \text{ de prestadores de cuidados da UCC do Concelho de Lagoa}) \times 100$

Avaliação: A ausência, de resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve, dificultou a avaliação deste objetivo na sua totalidade, pois, não foi possível, avaliar se os prestadores de cuidados se tinham sobrecarga e se os utentes eram dependentes.

Resultado: Atingido Parcialmente.

Objetivo C: Que pelo menos, 80%, dos utentes, sejam avaliados a nível da dependência;

Meta: Que 80% dos utentes sejam avaliados;

Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ utentes avaliados da UCC do concelho de Lagoa} / n^{\circ} \text{ de utentes da UCC do Concelho de Lagoa}) \times 100$

Avaliação: A ausência, de resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve, dificultou a avaliação deste objetivo na sua totalidade, pois, não foi possível, avaliar se os prestadores de cuidados se tinham sobrecarga e se os utentes eram dependentes.

Resultado: Atingido Parcialmente.

Objetivo D: Que pelo menos, 80%, dos prestadores de cuidados, não possuam sobrecarga

Meta: Que 80% dos prestadores de cuidados não possuam sobrecarga;

Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ prestadores de cuidados de utentes dependentes com sobrecarga da UCC do Concelho de Lagoa} / n^{\circ} \text{ de prestadores de cuidados da UCC do Concelho de Lagoa}) \times 100$

Avaliação: A ausência, de resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve, dificultou a avaliação deste objetivo na sua totalidade, pois, não foi possível, avaliar se os prestadores de cuidados se tinham sobrecarga e se os utentes eram dependentes.

Resultado: Atingido Parcialmente.

Objetivo E: Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem nas atividades realizadas;

Meta: Que 50% dos prestadores de cuidados participem nas atividades;

Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ prestadores de cuidados adiram as atividades do projeto CUIDAR+} / n^{\circ} \text{ de prestadores de cuidados da UCC do Concelho de Lagoa}) \times 100$

Avaliação: A ausência, de resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve, dificultou, a avaliação deste objetivo na sua totalidade, pois, não foi possível, avaliar se os prestadores de cuidados se tinham sobrecarga e se os utentes eram dependentes. Mas, foram realizadas outras atividades/intervenções, com intuito que colmatar esta barreira, que correspondiam a este objetivo, como por exemplo elaboração de um cartaz para a divulgação do projeto, elaboração de um folheto aos participantes, criação do logotipo do projeto, colaboração do fisioterapeuta.

Resultado: Atingido Parcialmente

Objetivo F: Que pelo menos, 50%, dos prestadores de cuidados, participem no convívio anual do dia do cuidador;

Meta: Que 50% dos prestadores de cuidados participem no convívio anual;

Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ prestadores de cuidados com sobrecarga} / n^{\circ} \text{ de prestadores de cuidados da UCC do Concelho de Lagoa}) \times 100$

Avaliação: A ausência, de resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve, dificultou, a avaliação deste objetivo na sua totalidade, pois não foi possível avaliar se os prestadores de cuidados se tinham sobrecarga e se os utentes eram dependentes. Mas, como forma de colmatar esta barreira, foram realizadas outras atividades/intervenções que correspondiam a este objetivo como por exemplo elaboração do cartaz de divulgação e do certificado da caminhada, promoção da caminhada em colaboração com a CML, a promoção da caminhadas com a Radio Lagoa e com o Jornal Gazeta de Lagoa.

Resultado: Atingido Parcialmente.

Objetivo: Que pelo menos, 50% , das atividades programadas sejam realizadas;

Meta: Que 50% das atividades sejam realizadas;

Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ de atividades realizadas} / n^{\circ} \text{ de atividades programas}) \times 100$

Avaliação: Foram realizadas as seguintes atividades Diagnóstico de saúde da população, realizado no 1º Estágio entre Maio e Junho de 2017; É sempre importante a realização de reuniões com a responsável UCC do concelho de Lagoa para verificar o encaminhamento do plano de Intervenção Comunitária, bem como com o Professor orientador do Estágio Final; Envio de correio eletrónico a pedir colaboração da CML, Rádio de Lagoa, Gazeta de Lagoa, de forma a apurar o interesse manifestado em colaborar neste; Realizar os pedidos para as comissões de Ética para que se possa realizar e verificar os dados, pedido para Comissão de Ética da ARS e o pedido para a Comissão de Ética da Universidade de Évora; Elaboração de um spot informático para o Jornal e para a Rádio

(anúncio informativo); Elaboração de um anúncio informativo para a CML colocação no site da instituição; Criação de um logotipo para o projeto; elaboração de ofícios para requisitar material para o projeto; Elaboração dum cartaz para divulgação do projeto, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes; Elaboração dum cartaz para divulgação da caminhada, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes; promover uma caminhada em colaboração com a Câmara Municipal de Lagoa (realizar um ofício ao Sr. Presente de Lagoa, ao Vereador do pelor do Desporto e do pelor da Saúde); Pedir colaboração, à fisioterapêutica para a realização de alongamentos (em dias de tertúlia otimizar o tempo, 30 minutos para os alongamentos e outros 30 minutos para o relaxamento); elaboração, do plano tipo para cada sessão de educação para a saúde e registos de assiduidade nas tertúlias; Elaboração da estrutura das t-shirts alusivas ao tema, para distribuir na caminhada; Elaboração de uma base de dados para posterior tratamento;

Resultado: $(15/26) \times 100 = 57,7 \rightarrow$ **OBJECTIVO ATINGIDO**

Não foi possível, realizar a avaliação no final do estágio, sendo que alguns dos objetivos não foram atingidos na sua totalidade, devido à grande barreira existente neste projeto, a ausência da resposta da Comissão de Ética da ARS- Algarve, o que dificultou, algumas das atividades programadas como por exemplo: não sendo possível identificar os prestadores de cuidados de utentes dependentes, não sendo possível o preenchimento das escalas de Zarit, Barthel e o questionário, o que dificultou a realização das tertúlias, pois estas seriam para realizar debates de dúvidas existentes e para esclarecimento das mesmas. Como não conseguimos avaliar a dependência dos utentes, não foi possível elaborar um diário, para que os prestadores de cuidados fossem referindo seus principais receios e medos. Com as tertúlias, irá realizar-se uma sessão de relaxamento, o que não foi possível fazer. Isto tudo deve-se, ao facto, de não ter obtido consentimento da Comissão de Ética da ARS Algarve, para a realização dos questionários, mas como este Projeto de Intervenção Comunitária, sendo que esta é uma necessidade para o serviço, aquando da resposta da Comissão de Ética, o mesmo será realizado, pela equipa desta UCC do concelho de Lagoa e os objetivos serão avaliados, pois a coordenadora referiu sempre que este projeto, era uma mais-valia, para o serviço e que queria que o mesmo fosse implementado na instituição.

No passado dia 13 de Março de 2018, recebi um correio eletrónico, da Comissão de Ética da ARS Algarve, em que referiam, que não me foi dada resposta em tempo útil, pois tinha ocorrido um problema com o relator, sendo que, só a partir daquela data é que o mesmo seria analisado, tendo em conta que o mesmo demora no mínimo 90 dias até obter resposta, até ao momento não obtive qualquer tipo de parecer, mas perante esse e-mail dei parecer positivo, como a minha

orientadora, tinha-me referido que este projeto, seria uma mais valia para o serviço, assim ficaria tudo definido e o trabalho estruturado para que a equipa da UCC do concelho de Lagoa conseguisse-se pô-lo em prática, este e-mail encontra-se em anexo.

Como é possível observar, alguns dos objetivos, não foram possíveis de ser atingidos, mas muitas das suas atividades/intervenções foram realizadas. Uma enorme dificuldade encontrada, como já foi anteriormente mencionada, para atingir o sucesso dos objetivos foi sem dúvida a falta da resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve. Deste modo, muitas das estratégias inicialmente definidas foram implementadas.

5.2- Descrição Dos Momentos De Avaliação E Medidas Corretivas Introduzidas

Ao longo deste estágio, e com a implementação das intervenções planeadas, para o desenvolvimento deste projeto, foi necessário medidas corretivas, para melhorar o Projeto de Intervenção Comunitária, pelo que, ao longo do tempo, foram realizados reajustes devido a reflexão sobre as intervenções realizadas.

O cronograma realizado demarcou a realização das intervenções planeadas e foi decisivo para que se atingíssemos os objetivos delineados.

As reuniões, que foram realizadas com a enfermeira orientadora contribuíram como excelentes pilares e momentos de avaliação intermédia do projeto, e permitiram sem dúvida que este projeto se concretizasse.

Inicialmente, pensou-se, em realizar um convívio para os prestadores de cuidados, mas com o decorrer do projeto e devido à problemática do envelhecimento ativo, alterou-se o mesmo para uma caminhada no concelho de Lagoa, assim marcava-se presença, do dia do Cuidador e colocava-se as pessoas a praticarem exercício físico, juntando o útil ao agradável. Posteriormente, surgiu a ideia de pedir colaboração à CML, para que a mesma realiza-se t-shirts, para os prestadores de cuidados. Com esta ideia da caminhada, surgiu-nos a ideia de pedir colaboração também à CML para o fornecimento de snacks durante a mesma.

Com a ideia da realização dos diários, que nos surgiu, durante uma reunião entre professor, orientadora e aluna, surgiu-nos também, a ideia de pedir colaboração ao Jumbo de Lagoa para a aquisição de material, que inicialmente não tínhamos pensado em tal coisa.

Com o decorrer do tempo, foram nos surgindo questões, em relação à realização de um plano de educação para a saúde, visto que os prestadores de cuidados poderiam ter dúvidas, assim ficaria mais fácil de realizar sessões de educação para a saúde, se já existisse um plano tipo.

5.3-Avaliação Da Implementação Do Projeto

Na UCC, do concelho de Lagoa, constata-se uma enorme preocupação relativamente aos prestadores de cuidados informais, pelo que o Diagnóstico de Saúde, baseou-se nesta problemática.

Em primeiro lugar, a aceitação do projeto por parte da Diretora Executiva da ACES Barlavento e por parte da Responsável da UCC do concelho de Lagoa. Ficando este projeto condicional devido a autorização do pedido de parecer pela Comissão de Ética da ARS Algarve. A autorização por parte da Comissão de Ética da Universidade de Évora também contribuiu para a realização deste projeto.

Evidencia-se também, a receptividade pelos profissionais da UCC do concelho de Lagoa, que ajudaram a sua implementação.

Sendo que o objetivo da avaliação, é corrigir para melhorar o programa, é sempre necessário proceder a uma avaliação da implementação do programa. Como nos refere Imperatori (citado em Imperatori & Geraldès, 1993:173) “numa situação de planeamento os valores de referência poderão ser o diagnóstico da situação inicial e os objetivos ou metas fixadas”.

Desta forma, entende-se, que a avaliação é utilizada, com a finalidade de melhorar e orientar, para o futuro do programa não seja simplesmente justificar as atividades desenvolvidas.

Sendo que, para avaliar é necessário que haja informação de qualidade, e sem informação, os registos não são devidamente fiáveis e credíveis, pelo que, a avaliação fica comprometida, assim sendo, e como não houve resposta atempada da Comissão de Ética da ARS Algarve, e esta avaliação de saúde do cuidador é uma lacuna existente na UCC do concelho de Lagoa, o mesmo, é para

continuar, pretende-se e espera-se que ocorra uma avaliação do projeto um ano após a implementação do mesmo, ou seja em Dezembro de 2018.

A avaliação deste projeto, terá por base, os objetivos, os indicadores e as metas previamente estabelecidas.

Após, a realização do projeto, deveremos proceder a realização de um relatório final e remeter aos stakeholders, afim destes terem conhecimento do decorrer do projeto. Neste documento, terá que conter a avaliação e resultados obtidos com o programa implementado, bem como as dificuldades e limitações, assim com aspetos facilitadores do projeto e possíveis modificações de melhoria futura.

Como já foi referido anteriormente, muitas das estratégias planeadas foram implementadas. Assim, estabeleceram-se com sucesso as seguintes estratégias:

- Diagnóstico de Saúde, da população, realizado no 1º Estágio entre Maio e Junho de 2017;
- É sempre importante, a realização de reuniões, com a responsável UCC do concelho de Lagoa, para verificar o encaminhamento do plano de Intervenção Comunitária, bem como com o Professor orientador do Estágio Final;
- Envio de correio eletrónico a pedir colaboração da CML, rádio de Lagoa, Gazeta de Lagoa, de forma a apurar o interesse manifestado em colaborar neste;
- Realizar os pedidos para as Comissões de Ética, para que se possa realizar e verificar os dados, pedido para Comissão de Ética da ARS e o pedido para a Comissão de Ética da Universidade de Évora;
- Elaboração, de um spot informático, para o Jornal e para a Rádio (anuncio informativo);
- Elaboração, de um anúncio informativo, para a CML colocação no site da instituição;
- Criação de um logotipo para o projeto;
- Elaboração, de ofícios, para requisitar material para o projeto;
- Elaboração, dum cartaz para divulgação do projeto, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes;

- Elaboração, dum cartaz para divulgação da caminhada, elaboração de um folheto para convocatória aos participantes;
- Promover uma caminhada em colaboração com a Câmara Municipal de Lagoa (realizar um ofício ao Sr. Presente de Lagoa, ao Vereador do pelouro do Desporto e do pelouro da Saúde);
- Pedir colaboração à fisioterapêutica para a realização de alongamentos (em dias de tertúlia otimizar o tempo, 30 minutos para os alongamentos e outros 30 minutos para o relaxamento);
- Elaboração, do plano tipo, para cada sessão de educação para a saúde e registos de assiduidade nas tertúlias;
- Elaboração, da estrutura das t-shirts alusivas ao tema, para distribuir na caminhada;
- Elaboração, de uma base de dados para posterior tratamento;

Com este projeto, pretende-se intervir, a nível da diminuição da sobrecarga do prestador de cuidados, promovendo a sua saúde e prevenindo a doença, bem como a aquisição de competências para o cuidador formal diminuir o seu stress. Para além disso, foram estabelecidas parcerias locais para a realização do mesmo.

Como não foi possível realizar a avaliação de sobrecarga do prestador de cuidados, não temos relatos se existe ou não sobrecarga do mesmo.

A avaliação diagnóstica, foi concluída com recurso a uma entrevista realizada à coordenadora da UCC no concelho de Lagoa, que contribuiu para a realização do diagnóstico de saúde.

A avaliação final, foi realizada com base num questionário ao prestador de cuidados, em que este era composto por uma caracterização do cuidador, caracterização do utente, avaliação da sobrecarga do cuidador com recurso a escala de sobrecarga e a avaliação do utente com recurso a escala de Barthel, o mesmo encontra-se em anexo. Este não, foi possível realizar devido à ausência de resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve. Mas, aquando da sua realização foi mantido os princípios éticos de consentimento informado, livre e voluntario na participação e confidencialidade e anonimato dos dados.

O tratamento estatístico dos dados, será processado em Excel 2003, ficando já a base de dados estruturada, para que no futuro a equipa da UCC do concelho de Lagoa consiga realizar a mesma (Anexo Z).

Julgo assim, ter desenvolvido atividades, para um Projeto de Intervenção Comunitária de proximidade e pareceria, destinado a um grupo de prestadores de cuidados informais do concelho de Lagoa. Deste modo, evidenciei o papel que o enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública poderá ter no desenvolvimento e execução de estratégias e ações direcionadas a grupos/ comunidades.

Com estas atividades, planeadas e desenvolvidas, consegui demonstrar que a Enfermagem é essencial e importante para a promoção e adesão de competências ao prestador de cuidados para que posteriormente ocorram uma diminuição da sobrecarga.

É essencial, também referir, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é essencial e fundamental trabalhar em equipa e desenvolver parcerias para que ocorram ganhos em saúde.

Por fim, e não menos importante, é de referir que estabelecer um ambiente propício ao esclarecimento de dúvidas, aquisição e desenvolvimento de competências é fundamental para diminuir a sobrecarga existente por parte do prestador de cuidados, e assim igualmente potenciar o sucesso das intervenções dos Enfermeiros Especialista Em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública nesse âmbito.

CAPÍTULO VI – LIMITAÇÕES

Tive algumas dificuldades, na elaboração do mesmo, visto ser a primeira vez, que o realizamos, tendo dificuldade em conciliar os meus horários de estágio e os meus horários no serviço. O curto tempo de estágio, é sem dúvida uma barreira que não ajuda, deveria ser um estágio com maior duração.

Uma das limitações, é a aprovação para realização do questionário pela Comissão de Ética, a demora para obter uma resposta, o que condiciona um pouco o curto tempo que possuímos.

Uma grande limitação para a realização deste trabalho foi sem dúvida, o parecer da Comissão de Ética da ARS Algarve, o mesmo até ao momento não foi dado, data de 15/3/2018, data em recebi um correio eletrónico por parte da comissão de ética da ARS Algarve, em que verbalizava que só agora é que seria possível inicial o processo, pois, tinha ocorrido um problema com o relator do mesmo, pelo que não foi possível aplicar os questionários o que condicionou o trabalho. Uma vez que era necessário aplicar o questionário, pois este projeto de intervenção consistia na avaliação da sobrecarga dos prestadores de cuidados de utentes dependentes, pelo que seria necessário avaliar a dependência do utente, para posteriormente aplicar a escala de sobrecarga. Como isto, não foi possível, realizar as tertúlias que seriam em prol dos prestadores de cuidados dos utentes dependentes.

Perante as limitações deste projeto, perante a ausência de resposta da Comissão de Ética, pode-se observar com o objetivo F, que perante as limitações existentes foram realizadas muitas das intervenções/ atividades planeadas.

CAPÍTULO VII – IMPLICAÇÕES / RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA

Com este projeto, pretende-se, identificar e posteriormente diminuir e prevenir a sobrecarga dos prestadores de cuidados, da UCC do concelho de Lagoa, obtendo assim ganhos em saúde visto que, os prestadores de cuidados, possam viver com mais saúde, serem mais saudáveis, a nível físico, emocional e familiar.

Este tipo de intervenção, é consentido com o acordo da enfermagem para os cuidados de saúde primários, “os enfermeiros têm quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento” (ICN, 2006).

Ao verificarmos, o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, averiguamos que na perspetiva da atualidade o envelhecimento da população e conseqüente acréscimo da taxa de mortalidade, da taxa de esperança média de vida, o enfermeiro especialista em saúde comunitária assume um papel predominante “...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 comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (O.E. 2010).

Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, participa nos processos de tomada de decisão dos problemas de saúde, assim como no desenvolvimento de projetos de intervenção, adquirindo assim competências ao longo dos anos e experiência profissional e formação especialidade, na comunidade onde presta cuidados.

Observando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, verifica-se que no ponto 4º alínea a) e b) do regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, referem que o enfermeiro: “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” (O.E., 2010), assim, pode-se desta forma, elaborar Diagnósticos de Saúde, identificar necessidades/problemas, avaliando o perfil da comunidade, estabelecer prioridades,

fixar objetivos, delinear estratégias, colaborar com entidade, envolver a comunidade, implementar ações, estabelecer programas, monitorizar ganhos em saúde, prevenir doença, avaliar os programas e se necessário reformular objetivos, para que se consiga delinear projetos de intervenção comunitária.

A finalidade deste projeto, é contribuir para o desenvolvimento de atividades de promoção e bem-estar dos prestadores de cuidados, identificando a existência de sobrecarga por parte dos prestadores de cuidados de pessoas dependentes, planeando, desenvolvendo e avaliando ações pertinentes para a diminuição da sobrecarga.

Perante, tudo o que já foi referido anteriormente, este projeto tem por base o Diagnóstico de Saúde realizado no estágio anterior, também tem por base os seguintes pontos que o justificam: a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em Ottawa 1986, a Lei das Bases de Saúde de 1990, VI a Conferência Internacional para a Promoção de Saúde em Bangkok 2005, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e seus eixos (eixo da cidadania e da qualidade), o Plano Nacional para Pessoas Idosas, o Decreto-Lei 28/2008 e alguns estudos como por exemplo Hooyman e Kiak 2011, Vilela 2006, Amendola et al 2008, Sequeira 2007, Inouye et al 2008, Karsch 2003 e Santos 2003 bem como a entrevista realizada a coordenadora da UCC do concelho de Lagoa.

Com este investimento, a nível deste projeto, julga-se que este possa contribuir para estimular a enfermagem, na área da investigação, pois o mesmo, irá ajudar a diminuir a sobrecarga dos prestadores de cuidados, por outro lado este projeto também poderá contribuir para a formação de novos profissionais de saúde, visto que este projeto pode também estimular novos profissionais a desenvolver-se nesta área. Poderá também, contribuir para uma transmissão de conhecimentos, sobre um tema tão atual, e que se encontra em voga, sendo que é importante transmitir a importância desta temática, pois a mesma irá possivelmente aumentar no futuro, sendo que é essencial que interiorizem a importância dos cuidados de saúde primários, e este tipo de Projetos de Intervenção Comunitária aumente, para que a melhoria da qualidade de vida das comunidades seja significativa, e somente não se fixarem em cuidados hospitalares.

E por fim, e não menos importante, gostaria de referir um aspeto que considero de uma importância extrema, que é a partilha de conhecimentos entre os prestadores de cuidados, podendo assim, ajudarem-se mutuamente, com a troca de conhecimentos, partilha de ideias que as tertúlias proporcionam.

CAPÍTULO VIII – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Este capítulo, permite analisar as competências mobilizadas e adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e Enfermeiro Mestre. Em seguida, será apresentada, uma análise reflexiva pormenorizada sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências nas seguintes vertentes referidas anteriormente no decorrer do estágio.

Pela implementação, do Projeto CUIDAR+, considerou-se de extrema importância refletir acerca do desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Mestre.

8.1. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária E De Saúde Pública

Segundo a DGS (2000), faz referência, que o enfermeiro, não deve somente preocupar-se com o idoso independente, mas também, com o idoso dependentes e sobretudo com o prestador de cuidados, de forma a promover qualidade de vida, estimular a autonomia e independência dos mesmos. Enquanto a O.E. (2001) defende que o enfermeiro, possui competências para prevenir a doença e promover a saúde, de modo a aumentar a independência dos idosos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, refere que “ a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvem uma prática globalizante, centrada na comunidade”, ou seja, compete ao enfermeiro especialista em comunitária e saúde pública observar a sua comunidade e arranjar maneiras de dinamizarem o envelhecimento, tornando-o um envelhecimento ativo (O.E 2010). Posteriormente, a O.E. volta a referir “as mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades em saúde, tendo sido reconhecido, no últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, e é o que se pretende com este trabalho, adquirir

habilidades de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, que este avalie a diferentes necessidades da sua comunidade, e que com o conhecimento e experiência clínica, desenvolva um projeto, de modo a dar resposta positiva á temática apresentada, respondendo assim de forma diferente perante a comunidade apresentada (diferentes pessoas, diferentes grupos, diferentes comunidades), proporcionando ganhos em saúde (O.E 2010).

Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem as vertentes de educação, orientação, aconselhamento, liderança, tendo responsabilidade de distinguir, difundir e promover investigação pertinente que permita desenvolver e aprimorar a prática de enfermagem, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Baseando-se na ciência, experiência e evidência o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, adota um raciocínio sobre respostas humanas aos processos de vida e aos dilemas de saúde, com reconhecida capacidade para responder às necessidades das pessoas, grupos e comunidades beneficiando ganhos em saúde.

Sendo o enfermeiro uma peça fundamental nesta área, pois o mesmo tem o privilégio de se encontrar junto da população e realizar trabalhos para uma determinada comunidade, este é sem dúvida um membro ativo e possui capacidades de identificar os problemas, principais necessidades, orientar e organizando estratégias eficazes para diminuir os problemas identificados. O enfermeiro utiliza a prática baseada na evidência para o processo de tomada de decisão e implementação das intervenções por ele realizadas. Já a O.E (2001), estabelece que, os cuidados têm de ser individualizados e que o enfermeiro tem competências e consciência de bons cuidados e boas práticas a realizar para os diferentes tipos de pessoas.

Assim sendo, com base no percurso de formação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, adquiriu competências, que lhe permitam uma avaliação e decisão de problemas de saúde pública, bem como no desenvolvimento de programas de intervenção na comunidade, assegurando assim o acesso aos cuidados de saúde de forma eficaz, integrados, continuados e ajustados (O.E 2010).

Deste modo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, promove atividades de educação para a saúde, manutenção, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados a comunidade (pessoa, família, grupos de determinada região) (O.E 2010).

Contudo, vamos enumerar as competências específicas dos Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “ as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são as seguintes: 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 P.N.S.; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (O.E 2010).

Como citado em cima, a OE define, com competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública “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” (O.E., 2010), o que se comprova com a realização deste trabalho.

Ao observarmos, o que se encontra preconizado pela OE, verifica-se inicialmente que o estágio permite dar resposta a pelo menos duas competências definidas como necessárias “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (O.E., 2010:23).”

Da realização do Diagnóstico de Saúde, foram detetados problemas e necessidades, a posteriori foram definidas prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias e preparação de projetos e por fim avaliados os mesmos. Consideramos que, com a elaboração deste trabalho adquirir uma competência específica de Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que pela O.E. está definida como “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (O.E., 2010: 23). A organização dos módulos de estágio permite que, se realize um Diagnóstico em Saúde, consoante as necessidades da comunidade, tendo em conta a metodologia do Planeamento em Saúde. Para que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, se processe é necessário que se realizasse um Diagnóstico em de Saúde, de forma clara e que exista uma relação entre o problema, contexto e comunidade, assim neste caso, a população selecionada foram os prestadores de cuidados informais, do Concelho de Lagoa, pertencentes à UCC, em que devíamos avaliar a sobrecarga associada ao ato de cuidar de utentes dependentes.

Esta competência, definida pela OE, envolve todo o processo de planeamento, nas suas múltiplas etapas. A aquisição desta competência, iniciou-se no primeiro estágio, cuja sua finalidade era a realização de um Diagnóstico de Saúde. Posteriormente dá-se início ao segundo estágio, e em primeiro lugar surge a priorização das necessidades, no qual foi discutido com a enfermeira orientadora. Desta priorização surgem necessidades a que temos que dar resposta. Essa resposta é dada através da criação de um projeto de intervenção comunitária CUIDAR+.

Por tudo o que referimos, julgo termos conseguido alcançar e consolidar esta competência, uma vez que conseguimos concretizar todas as etapas do Planeamento em Saúde.

Por outro lado, elaborar e implementar um Projeto de Intervenção Comunitária, de forma a diminuir ou até mesmo eliminar problemas e necessidades, promovendo saúde e prevenindo doença, de forma a obter ganhos em saúde, deste modo podemos adquirir outra competência específica de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que pela OE está definida como “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (O.E., 2010:23). Para o desenvolvimento desta competência, e a partir do Diagnóstico de Saúde realizado, realizou-se um Projeto de Intervenção Comunitária, para que este pudesse combater os problemas e necessidades identificados, assim foi possível proporcionar respostas com ganhos em saúde. Pelo que, por intermédio da criação deste projeto CUIDAR+ esta competência foi alcançada.

O objetivo desta competência, é dar resposta à comunidade, através dos seus próprios meios, para atuar na gestão dos ganhos em saúde. Considero que alcancei esta competência visto que capacitei a minha população alvo com a realização deste projeto.

As várias atividades desenvolvidas, foram planeadas de acordo com o Diagnostico em Saúde e com os objetivos estratégicos do PNS 2012-2016, tendo em conta os vários programas de Saúde em relação a pessoa idosa, logo adquiri uma competência específica de Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que pela OE está definida como “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS” (OE, 2010:23). O Projeto de Intervenção Comunitária, realizado integra na totalidade em Programas Nacionais, nomeadamente no Programa Nacional Para Pessoas Idosas.

E por fim, e não menos importante, ao identificar as necessidades e fatores de risco, estando conscientes que a vigilância epidemiológica representa um instrumento e análises importante, desta forma pensa-se que se pode adquirir a ultima competência específica de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que pela O.E. está definida como “realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (O.E., 2010:23), deste modo podemos prevenir a doença e promover a saúde.

Para atender ao desenvolvimento desta competência, foi construído um instrumento de dados que visavam a recolha de dados se natureza epidemiológica, possíveis de serem trabalhados para a cateterização do perfil epidemiológico da população abrangida.

Estas competências, passam particularmente pela intervenção junto de estruturas de Saúde Pública, o que se torna difícil de concretizar devido a reforma dois Cuidados de Saúde Primários estabelecer funções ao nível dessas estruturas. Pelo que, o que dá visibilidade, quer na avaliação comunitária, quer no projeto implementado o que proporciona a visibilidade do Enfermeiro Especialista, são os ganhos em saúde, e que estes sejam aproveitados em prol da coordenação dos programas de saúde e na sua consecução dos objetivos do PNS.

Com este trabalho, concluímos que, é fundamental e essencial investir na investigação, na avaliação e na melhoria da qualidade, sendo que é fulcral trabalhar em equipa, e realizar parcerias com outras entidades, pois é benéfico para a população, enrique a prática da enfermagem e deste modo contribui para um melhoramento de saúde e prevenção de doença a nível da comunidade, visto que a contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no processo de capacitação passa pela liderança desse processo, visto que o mesmo detém de conhecimentos para processos de mobilização e participação das comunidades.

Validando a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doença, reabilitação funcional e reinserção social em todos as oportunidades, a ação do enfermeiro especialista em enfermagem saúde comunitária é sem dúvida direcionada para os projetos de saúde dos grupos a experienciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais. Deste modo o Enfermeiro Especialista tem um papel essencial, pois a sua área de intervenção é mais ampla e abrangente devido a que não abrange somente um utente alvo, mas sim toda a sua família e seu meio envolvente.

8.2. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

Para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, evidencia-se o contributo do desenvolvimento de atividades antecipadamente planeadas e expostas no Projeto de Intervenção Comunitária, mas também atividades relacionadas com gestão e coordenação bem como supervisão.

Os objetivos de intervenção profissional são no âmbito de aquisição de competências do foro Enfermeiro Especialista, pelo que vamos enumerar as competências (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

“Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, a OE (2010) cita que «demonstra um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta, num corpo de conhecimento no domínio ético deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), sendo que, o processo de tomada de decisão aos cuidados inerentes ao enfermeiro perante a sua prática clínica. Após a aquisição de novos conhecimentos, sobre o percurso do Enfermeiro Especialista, e durante a nossa formação, fomos aprofundados conhecimentos e interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, respeitando os princípios da autonomia, justiça, beneficência e reconhecendo a dignidade da vida humana. Em relação a esta competência, foi mantida os princípios éticos de liberdade, segurança. Foi preservando o respeito, os direitos humanos da pessoa, de acordo com os princípios éticos, legais e deontológicos. Durante todas as intervenções realizadas, procuramos tomar decisões éticas, apoiadas em princípios e valores e normas deontológicas, como por exemplo não iniciamos o questionário devido a ausência de resposta perante a Comissão de Ética da ARS Algarve e foram solicitadas todas as autorizações necessárias para o desenvolvimento deste projeto, nomeadamente a realização de um consentimento informado livre e esclarecido, de modo a que as respostas de cada um não fossem influências pelos outros e também as autorizações da ACES e da responsável pela UCC do concelho de Lagoa.

“Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” A OE (2010) refere «demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes» (Ordem dos Enfermeiros,

2010) perante este princípio, as minhas intervenções enquanto enfermeiro, foram regidas pelos princípios da dignidade, da autonomia, da liberdade da pessoa, realizando um consentimento informado para que as pessoas pudessem ter a escolher de participar ou não neste Projeto de Intervenção Comunitária. Ao longo do estágio foi possível resolver questões que iam aparecendo de acordo com os cuidados inerentes ao prestador de cuidados.

“Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; A OE (2010) cita «colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional» (OE, 2010). A realização deste projeto permitiu o desenvolvimento de aptidões a nível do Planeamento em Saúde e da realização de Projetos de Intervenção Comunitária. Esta competência foi adquirida, com a implementação do projeto, pois foram desenvolvidas atividades na melhoria da qualidade de vida dos prestadores de cuidados, para que fosse possível diminuir a sobrecarga existente dos mesmos.

“Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade”; A OE (2010) cita «reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua» (OE, 2010). Tendo em conta, o que anda agora em voga, em redor da melhoria dos cuidados e que os mesmos sejam com qualidade, todos os Projetos de Intervenção Comunitária realizados para benefício das comunidades, faz com que o Enfermeiro Especialista consiga ultrapassar e realizar esta competência.

As instituições de saúde, devem estimular os seus funcionários, para a promoção de cuidados com qualidade, mobilizando conhecimentos e evoluindo na carreira, fazendo assim com que se potencie o exercício profissional de qualidade, para isso, têm que incentivar os profissionais na colaboração de programas de melhoria, com este projeto foi-nos possível a aquisição desta competência, pois pela primeira vez, fizmos parte de uma Projeto de Intervenção Comunitária para contribuir para a melhoria de saúde dos prestadores de cuidados informais.

“Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro”; A OE (2010) refere «reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua» (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Com o decorrer do projeto, e perante as intervenções planeadas, tivemos

em consideração a gestão de risco, como se encontra descrito no relatório, tentamos ao máximo manter um ambiente físico, psicossocial, cultural dentro das nossas possibilidades e recursos o mais seguro para os utentes.

“Gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”; A OE (2010) refere «realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas» (OE, 2010). Desde as competências, adquiridas pela licenciatura até agora, somos regidos por conceitos centrais como por exemplo ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão, assim deste modo o enfermeiro especialista é capaz de otimizar este processo de atividades ao nível da tomada de decisão, para tal este é um processo complexo e requer experiência que será adquirida com o tempo e com a experiência profissional enquanto Enfermeiro Especialista. Não interessa que se elabore um excelente plano de cuidados se posteriormente os objetivos delineados não são suficientes, e com isto não se obtém ganhos em saúde. Com a realização deste projeto, foi-me possível desenvolver algumas atividades de gestão com vista, a otimizar a saúde dos prestadores de cuidados. Esta competência, foi atingida devido a tomada de decisão e colaboração nas decisões aquando as reuniões existentes entre colegas de estágio, professor e orientadora e restante equipa, também se verifica esta competência quanto orientamos ou supervisionamos tarefas delegadas, garantindo o máximo de segurança e qualidade das mesmas.

“Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”; A OE (2010) «na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados» (OE, 2010). Esta foi uma competência, que inicialmente parecia difícil de conseguir concretizar visto que trabalho em meio hospitalar e como não conhecia a realidade do meio onde realizei estágio, não estava tão à vontade, mas com o percurso e o decorrer do tempo consegui ultrapassar esta barreira. Esta competência foi atingida, devido à realização de intervenções comunitárias de qualidade, utilizando os recursos necessários e disponíveis de forma eficaz tendo sempre como principal objetivo promover a qualidade de vida.

“Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade”; A OE (2010) cita «demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a

dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2010a). Esta competência, refere-se ao domínio de competências a nível pessoal, de forma a mantermos atualizados cientificamente e assim poderemos acompanhar um autoconhecimento e evoluir a nível profissional. A enfermagem exige uma constante atualização. Procuramos desenvolver o autoconhecimento e assertividade, de modo a desenvolver e promover conhecimentos sobre sobrecarga dos prestadores de cuidados informais de pessoas dependentes, reconhecendo os nossos recursos e limites quer pessoais, quer profissionais, procurando sempre ajuda com a orientadora.

É através desta certificação de competências, que o enfermeiro demonstra possuir, para ficar mais diferenciado do que um enfermeiro generalista.

Para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, salienta-se o contributo do desenvolvimento das atividades previamente delineadas e apresentadas no Projeto de Intervenção Comunitária contribuíram para essa aquisição, claro sempre com a supervisão da Enfermeira Responsável.

8.3. Competências De Mestre

O grau de mestre, deverá corresponder à aquisição de uma especialização, neste caso específico da Enfermagem, mais concretamente em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. No decorrer destes Estágio Final perante todas as atividades e estratégias utilizadas serviam para contribuir para aquisições de competências de mestre.

Este grau, tem como competências, conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências, integrar equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva, desenvolvimento da tomada de decisão, e raciocínio, contribuir para a investigação e promover a prática de enfermagem baseada na evidência e realizar projetos de intervenção comunitária, participar na formação dos pares e colaboradores, integrando formação e investigação, políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.

Este estágio, contribuiu para o fortalecimento e reconhecimento da importância que a intervenção global do Enfermeiro Especialista em torno das comunidades, sendo que ele é responsável por uma avaliação holística e integral da comunidade, e faz a ponte com as suas parcerias. Ao conseguimos ultrapassar esta barreira, e realizar pontes de parceria para que se seja possível obter ganhos em saúde, ajustando os prestadores de cuidados informais a solucionarem seus problemas, tornarem-se mais autónomos para que estes não possuem sobrecarga, assim sendo foi promovida a interação centrada no utente de forma intencional e com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Como já foi mencionado anteriormente, a tomada de decisão, encontra-se sempre com base numa dimensão ética e deontológica, assegurando acima de tudo os cuidados de saúde de qualidade de forma equitativa.

Relativamente ao desenvolvimento autónomo de conhecimento e competências, este permite contribuir para o desenvolvimento deste projeto de forma a desenvolver o autoconhecimento, a assertividade e basear a minha prática enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

Quando se aborda a integração de equipas de desenvolvimento, isto encontrasse subjacente e implícito em ser proactivo, em possuir um conhecimento mais elevado e formar a análise as necessidades da população para contribuir para os ganhos em saúde.

A realização deste Projeto de Intervenção Comunitária, permito-nos contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes da UCC do concelho de Lagoa, sendo que a metodologia de projeto permitiu em conjunto com as evidências científicas recentes abordar esta questão que é atual, pertinente e contribui para a prática.

Este estágio, possibilitou-me também que confirmasse a importância do respeito por crenças, valores e construção de competências aprofundando o relacionamento terapêutico, tendo por base o respeito pelas crenças e cultura de uma comunidade. Foi-nos possível, aperfeiçoar competências, facilitou a aplicação de conhecimentos e capacidades adquiridas no percurso académico, profissional e pessoal.

Permitiu-nos ainda, desenvolver a capacidade de iniciativa, criativa, comunicação e desempenho.

Desenvolvemos competências, de compreensão em relação a comunidade envolvente, no que diz respeito a resolução de problemas abrangentes à comunidade sendo que o objetivo seria e será a melhoria progressiva da comunidade.

Este trabalho, sendo uma parceria entre cuidadores, tem por base a mudança de comportamentos, a literacia dos cuidadores, para que sejam desenvolvidas estratégias adaptativas para uma melhor adesão do papel do prestador de cuidados e ocorra posteriormente uma diminuição da sobrecarga. Assim deste modo, a promoção de mudança de comportamentos, capacitação dos cuidados promove uma melhor decisão consciente, com autonomia e responsabilidade que vai intervir na diminuição da sobrecarga do prestador de cuidados, repercutindo em ganhos de saúde e na melhoria da qualidade de vida dos prestadores de cuidados informais.

Ao longo deste percurso, foi essencial estar sempre presente uma análise crítica e reflexiva perante o este desempenho, para que fosse sempre possível verificar se o projeto trazia pernas para andar, só assim é que foi possível reconhecer falhas, mudar atitudes, utilizar novas estratégias e melhorar progressivamente face as necessidades encontradas. Perante isto, tentamos sempre analisar, se o que se construía se ia de encontro da comunidade, e se estaria a trazer ganhos em saúde e conhecimentos.

De acordo com o que foi referido anteriormente, julgamos que ao longo do estágio, proporcionamos dar resposta aos objetivos académicos delineados, objetivos pessoais definidos em função da intervenção preconizada, bem como adquirir competências do perfil de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Enfermeiro Mestre requeridos pela OE.

CONSIDERAÇÕES FÍNAIS

Ao chegarmos ao fim desta etapa, e realizando uma análise geral, conseguimos atingir o principal objetivo, que seria realizar um Diagnóstico de Saúde, para posteriormente realizar um Projeto de Intervenção Comunitária, este encontra-se incluído no âmbito da especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública que integra o Estágio Final.

Este projeto, nasce como forma de responder a uma necessidade de saúde existente na UCC do concelho de Lagoa, que foi identificada na população do mesmo, aquando da realização do Diagnóstico de Saúde.

Após a realização do Diagnóstico de Saúde, refletimos sobre os objetivos que pretendíamos alcançar, através deles foram delimitados indicadores e metas para que os mesmos fossem atingidos.

Este Projeto de Intervenção Comunitária tem como finalidade, integrar a comunidade neste projeto, estabelecer parcerias, no sentido de dar uma resposta mais efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade, que neste caso é diminuir/prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes, sendo que o seu objetivo geral é diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através de um projeto de intervenção comunitário na UCC do concelho de Lagoa. Assim, ao investirmos neste projeto, esperamos estimular interesse e o contributo da enfermagem na melhoria dos cuidados prestados.

Dada a importância destes Projetos de Intervenção Comunitária, julga-se que, para a sua implementação é fulcral o empenho da comunidade e o envolvimento de parcerias para que o mesmo seja executado com sucesso. Referimos também que, foram desenvolvidas atividades em conjunto com parceiros, para que as mesmas tenham benefícios para a comunidade.

A saúde comunitária, tem como essencial objetivo, a promoção da saúde, a fim de aperfeiçoar a capacidade de resposta a desafios do ambiente físico social quer na vida individual e coletiva. Para uma intervenção de forma positiva, esta tem de envolver a comunidade, e realizar parcerias com varias identidades, sendo que a sua estratégia combina varias vertentes entre elas a partici-

pativa e a educativa. Para Stanhope e Lancaster (1999) a meta da saúde na comunidade é melhoria da saúde.

Perante a realização deste trabalho, e como já foi mencionado anteriormente, já existe um projeto, intitulado Juntos no Cuidar e que posteriormente passou a ser chamado de Ser Cuidador, que tem como seu objetivo capacitar os cuidadores informais, com isto eu pretendemos diminuir a sobrecarga no prestador de cuidados, avaliando as suas necessidades e dificuldades sentidas. Este projeto de intervenção teve como primordial objetivo reforçar a importância de ter um envelhecimento ativo, com vista à melhoria da sua qualidade de vida dos prestadores de cuidados, diminuindo a sua sobrecarga, assim permitirá que os idosos potenciem suas capacidades e numa lógica de reflexão e questionamento crítico.

Referentes às competências mobilizadas no decorrer do estágio, como a realização de um Projeto de Intervenção Comunitária, permitiu-nos desenvolver os conhecimentos adquiridos em sala de aula na componente teórica e teórico-prática, bem como no primeiro estágio que integram este 1º Mestrado em Enfermagem em Associação de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Na realização deste Projeto de Intervenção Comunitária permitiu-nos adquirir e mobilizar competências comunicacionais, de parceria com as entidades envolvidas no projeto, permitiu-nos também a aquisição de informação de conhecimentos, para que fosse possível uma melhor compreensão em contexto real do decorrer do estágio, a dinâmica do grupo de enfermeiro, a operacionalização de enfermeiro comunitário e de saúde pública, a relação de enfermeiro e comunidade, isto foi fundamental para a realização deste Estágio Final.

Um ponto não menos importante, mas também essencial foram as reuniões com a enfermeira orientada e a sua disponibilidade em me conduzir no sentido correto do meu desenvolvimento profissional.

Relativamente à competência “Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde”, neste projeto optou-se por utilizar a Metodologia do Planeamento em Saúde, fundamentando-se com o Modelo de Nola Pender, o que viabilizou a aquisição e desenvolvimento de competências e conhecimentos.

Em relação à competência “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” é importante referir que, considera-se este objetivo tenha sido cumprido, pois conseguiu-se avaliar a necessidade do Diagnóstico de Saúde, como sendo uma situação de melhoria do seu desenvolvimento profissional. Assim o estudante, liderou e implementou o projeto, mobilizando conteúdo teórico adquirido.

Quando fazemos referência a competência “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, podemos referir que, este projeto vai em concordância ao PNS, visto que os seus objetivos e princípio estão subjacentes ao mesmo, pois, ambos têm como pressuposto obter ganhos em saúde.

Por fim e não menos importante a competência de “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, tem-se por base, a aplicação do instrumento de colheita de dados para realizar o diagnóstico e para realizar o projeto, sendo que este último não foi realizado, pois não obtivemos resposta da Comissão de Ética da ARS Algarve.

A realização deste relatório, pretende analisar e expor o percurso realizado nos dois estágios, abordando o Planeamento em Saúde que concebe a realização duma intervenção comunitária, deste modo pretende-se expor as principais considerações finais deste desenvolvimento.

Com o decorrer do estágio, verificou-se que, esta temática, é pertinente e atual, e que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, tem bastante peso nesta temática para o desenvolvimento das suas competências como especialista. Durante este percurso, a experiência foi desafiante, o que permitiu ultrapassar o medo e barreiras inicialmente existentes, e possibilitou a construção de práticas e a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista. Inicialmente era uma área por mim desconhecida, mas que com o decorrer do mestrado e do estágio foi-me cativando cada vez mais e agora posso afirmar que é uma área de eleição.

Podemos considerar que, os objetivos previstos para o estágio e relatório foram porém alcançados, apesar das dificuldades sentidas e das limitações existentes.

Como já foi mencionado anteriormente, existe já um projeto nesta área que tem como objetivo capacitar os prestadores de cuidados, e este projeto pretende unir-se ao anterior de modo a que ocorra uma junção de ambos, ajudar a diminuir a sobrecarga dos prestadores de cuidados.

Com este trabalho concluí, que é fundamental e essencial investir na investigação, na avaliação e na melhoria da qualidade, sendo que é fulcral trabalhar em equipa e realizar parcerias com outras entidades, pois é benéfico para a população, enriquece a prática da enfermagem e deste modo contribui para um melhoramento de saúde e prevenção de doença a nível da comunidade.

Este projeto, como foi uma necessidade diagnóstificada no serviço, e como até a data não obtive parecer positivo da Comissão de Ética da ARS Algarve, propomos que como sugestão de melhoria do serviço, a gestora seja a responsável da unidade, visto que a mesma encontra-se por dentro do projeto, e que mantenha este projeto vivo e que continue a desenvolver esforços no sentido de manter a interligação com as entidades participativas nele. Por outro lado, tendo em conta que o mesmo terá de ser avaliado daqui a um ano da sua implementação, esperamos que a sua avaliação seja positiva, e que após a avaliação ocorram melhorias no projeto para que este possa evoluir e continuar ativo.

Outro ponto de vista, esperamos que este projeto possa servir de contributo para futuro alunos de especialidade e que vejam nele, como um ponto de partida, para que ocorra melhoria e que o possam desenvolver-se mais ainda.

Este Projeto de Intervenção Comunitária, permitiu abrir novos horizontes e não fixar-me unicamente a nível dos cuidados hospitalares, foi com prazer, que procedemos a elaboração deste projeto e que trouxe-nos enriquecimento, tanto a nível pessoal como profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De acordo com a norma APA procede-se à organização das referências bibliográficas, fazendo-se sua distribuição em lista ordenada alfabeticamente.

Amendola F. Qualidade de vida dos cuidadores e pacientes (2008) Brasil

Beauvoir, S. (1990). A Velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira

Bello J. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Veracruz Norte, Unidad Médico Familiar n° 66 Xalapa, Veracruz. México. Tesis 2014.

Bidarra, M. – Livro de Atas, A Saúde Mental e a Vulnerabilidade Social, Editorial: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM) Maia, novembro de 2009. ISBN: 978-989-96144-1-3.199-209 Disponível em:

http://www.spesm.org/index.php?option=com_booklibrary&task=showCategory&catid=70&Itemid=98 Consultado a 5-06-17, às 18h

Calçada S. (2013) - Intervenção na Pessoa Idosa: A Dependência nos Autocuidados Deambulador/Transferir-se – Vila Real

Calado, C. P. (2004). Cuidando do Idoso que Vivência uma Síndrome Demencial: A Família como Cliente da Enfermagem. Texto Contextos Enfermagem

Carneiro, R., coord. - O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade: Relatório Final. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, 2012.

Código Deontológico do Enfermeiro - nº 79 - Dos deveres deontológicos do enfermeiro

Código Deontológico do Enfermeiro - nº 81 – Dos valores humanos

Código Deontológico do Enfermeiro - nº 82 – Dos direitos à vida e a qualidade de vida

Comissão Europeia (2010). Proposta de decisão do parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Ano Europeu do Envelhecimento (2012). Bruxelas: Comissão Europeia

Cruz A. (2012) Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idoso Institucionalizados e em Comunidade (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa

Direção-geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa

Direção Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004 – 2010. (Vol. I e II). Lisboa: Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. DR I Série. 109 (2006/06/06) 3856-3865.

DECRETO-LEI n.º 265/99. DR I Série. 162 (1999/07/14) 4397-4401.

DECRETO-LEI nº 248/2009 de 22 de Setembro, Carreira de Enfermagem,

Diário da Republica, 1ª Serie – Nº 184 – 22 de Setembro de 2009 Disponível em <http://www.sg.minsaude.pt> Consultado a 5-06-17, às 20:03h.

Diário da Republica – 1ª serie – nº 29 – 10 de Fevereiro de 2011

Diário da Republica – 2ª serie – nº 35 – 18 de Fevereiro de 2001

Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. (2009). Código Deontológico do Enfermeiro 1.ª Série- N.º180. Diário da República, pp. 6528-6550.

Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde, 3 de Agosto de 1990.

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem. Diário da República - I SÉRIE-A Nº205, pp. 2959-2962.

Direção Geral de Saúde. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa:

Autor – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Direção Geral da Saúde. Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2006). Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2006.

Direcção-Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012.

Direção Geral da Segurança Social – Proteção Social das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral da Segurança Social, 2014.

Diagnóstico Social do Município de Lagoa, 2016, Lagoa

Feio, M. Aspetos da saúde mental dos mais velhos em Portugal. Cidade Solidaria. 2005

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (ed.), Gerontologia Social. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernandes, J. J. B. R. (2009). *Cuidar no domicílio: A sobrecarga do cuidador familiar* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf

Fernandes, Purificação - A Depressão no Idoso. 2ª ed.. Coimbra: Quarteto, 2007.

Figueiredo, D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa : Climepsi, 2007.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores

Grazina , M. M. & Oliveira, C. R. (2001). Aspetos bioquímicos do envelhecimento. In M. Pinto (ed.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editores Quarteto.

Gratão, A. C. M. *Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado*. São Paulo : Universidade de São Paulo, 2006.

Hooyman, N., & Kiyak, H. (2011). *Social gerontology: a multidisciplinary perspective*. Boston: Pearson.

Imaginário, C. (2004). *O idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formassau.

Imperatori, E.; Giraldes, M.R. (1983). *Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INE, 2007 [Consultado a 2 de Junho de 2017]. Disponível na Internet: <URL:https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accas=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_AVANÇADA&frm_textos=EVLUC3%87C3%83O+DEMOGR%81FICA+DOS+IDOSOS&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=QUALQUER_AREA&xlang=pt>

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011*

Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Censos 2011*

International Council of Nursing (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão Beta 2* (2ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nursing (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. 2006. Dotações Seguras Salvam vidas. Genebra : International Council of Nurses, 2006

International Council of Nurses. (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem. Associação Portuguesa de enfermeiros

Inouye , K.; Pedrazzani, E. S.; Pavarini, S. C. I. “Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida”, in Texto contexto – Enfermagem, Vol. 17 n. 2, Florianópolis, 2008.

Kralacha, M. P. Associação entre características morfofisiológicas e funcionais com as Atividades da Vida Diária de mulheres idosas participantes em programas comunitários no Município de Curitiba- PR. Curitiba : Universidade Federal do Paraná, 2009.

Karsch, U. M. “Idosos dependentes: famílias e cuidadores”, in Cadernos de Saúde Pública, Vol .19, n. 3, Rio de Janeiro, 2003.

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca, Envelhecer em Portugal (203-229). Lisboa: CLIMPSI Editores

Lapão, L. (2010). Gestão de Projectos e de Programas em Saúde – Contexto da Enfermagem [PowerPoint slides]. Consultado em 2017, Setembro 28. Disponível em <http://comunitariabeja@gmail.com>

Lima, A.M.M, Silva, H.S.Galhardoni R. (2008) Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. Interface

Leme, L. E. G.; Silva, P. S. C. P. da. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETO, M. (Org). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. p.92-7. Martins, R. (2005) A relevância do apoio social na velhice. Viséu

Manual do prestador – Recomendações para Melhoria Continua, 2011

Martin, Ignacio. O Cuidado Informal no Âmbito Social. [autor do livro] Constança Paul e António Fonseca. Envelhecer em Portugal. Lisboa : Climepsi, 2005.

Martins, R (2006) Envelhecimento e políticas sociais ,[em linha] [Consultado no dia 2 de Maio de 2017] disponível na internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>

Martins, T. Araújo M.F. Peixoto M.J Machado P.P, (2016) A Pessoa dependente e o Familiar Cuidador .Enfermagem. Porto, Lusodidacta

Mccullagh, M. (2009). Health Promotion. In S. Peterson, & T. Bredow (Eds), Middle Range Theories: Application to Nursing Research (pp. 3-45), Philadelphia: Wolters kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2006). *A Dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Autor - Centro de Informação e de Documentação.

Mota, L.B. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integridade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Cienc Saúde Coletiva* 2007.

Moura, C. (2009) Século XXI – seculo do envelhecimento. Estudos, Goiânia

Nardi, E. F. R. - Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2012. Tese de Doutoramento

Neri, A. L. C., Virgínia Â. M. L. O Bem-estar do Cuidador: Aspetos Psicossociais. [autor do livro] Elisabete Viana de Freitas, [et al.] Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2002.

Nogueira J. M. - A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009.

Oliveira, R. A. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*. 2000

Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 2ª Edição. Porto: Legis Editora.

OMS, Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento E Saúde*, 1,[em linha] [Consultado no dia 2 de Junho de 2017] disponível na internet: <URL:<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (20 de Novembro de 2010). Regulamento das Competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: [em linha]. OE, 2010 [Consultado a 2 de Junho de 2017]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa - Conferência Internacional sobre a promoção da saúde. Ottawa: OMS. Organização Mundial de Saúde (2005). Carta de Bangkok - 6ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Bangkok: OMS.

Organização Mundial da Saúde (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008- Cuidados de Saúde primários- Agora mais do que nunca. (Alto Comissariado da Saúde, trad.) Lisboa: Ministério da Saúde. (Obra original publicada em 2008)

REPE. 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 1996.

Ribeiro, Ó. e Paúl, M. C. (2012), Manual de gerontologia: aspetos bio comportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento, Editor Lidel

Ribeiro, Ó. e Paúl, M. C. (2011), Manual de envelhecimento ativo, Editor Lidel

Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. Quality of life research 12. (suppl.1), 33-41.

Sanchez F. L. & Ulacia, J. C. O. (2006). Sexualidad en la vejez. 2ª edición. Madrid: Ediciones Pirámide

Sarmento, E.; Pinto, P. e Monteiro, S. (2010) *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.

Santos, T. S. dos. “Gênero e políticas sociais: novos relacionamentos sobre a estrutura familiar” in SER Social

Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family Caregiving of Persons with Dementia. Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. American Journal of Geriatric Psychiatry, 12 (3) 240-249.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 2(12), 9-16.

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

Sthanhope M., Lancaster, J. (1999) *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Familiar e Individuais*. Lisboa: Lusociência.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Lisboa: Lusociência.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira M. (2006). Envelhecer em família: Os cuidadores familiares na velhice (2ª ed.). Porto: Âmbar.

Sousa, E. M. da S., & Oliveira, M. C. C. (2015). Viver a (e para) aprender: uma intervenção-acção para a promoção do envelhecimento ativo. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 405–415. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci%7B%7Darttext%7B%7D&%7Dpid=S1809-8232015000200405%7B%7Dlang=pt>

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>

WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

Zarit, S., Reever, K. e Bach- Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20: 649-655.

,[em linha] [Consultado no dia 2 de Maio de 2017] disponível na internet: http://www.olhao.web.pt/enquadramento_geografico_do_conc.htm)

ANEXOS

**ANEXO A – Questionário, Escala de Barthel, Escala de Sobrecarga do Cuidador
– Versão Portuguesa**

Informação acerca do questionário

Chamo-me Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira, a exerço funções no CHA-Portimão, no serviço de cirurgia, frequento o 1º Mestrado de enfermagem em Associação- Ramo de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco. Neste âmbito estou a realizar um Projeto sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes da UCC do concelho de Lagoa e da Professora Cândida Ferrito. O presente projeto tem por objetivos identificar a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes e avaliar o grau de dependência das pessoas dependentes.

Para tal, é necessário recolher de dados, pelo que solicito a sua colaboração no sentido de fornecer informação para o preenchimento do presente questionário.

Todas as informações obtidas, que possibilitariam a sua identificação, só estão acessíveis aos investigadores e não farão parte dos dados finais do diagnóstico, pelo que garantimos o seu anonimato e confidencialidade.

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração indispensável.

Data ___/___/ 2017 (DD/MM/AAAA)

Número do questionário: _____

Questionário Geral

Caraterização do utente dependente:

1) **Idade do utente:** _____

___ 20- 30 Anos

___ 31- 40 Anos

___ 41- 50 Anos

___ 51- 60 Anos

___ 61- 70 Anos

___ 71- 80 Anos

81- 90 Anos

2) **Género do Utente:**

Masculino

Feminino:

3) **Contexto em que vive**

Sozinho

Com a família (em casa de familiares)

Com a família (em sua casa)

Outro: _____

4) **Grau de dependência:** _____

Totalmente dependente

Parcialmente dependente

Independente

Escala de Barthel
[Fonte: Sequeira 2010]

ITENS	ATIVIDADES DE VIDA DIARIAS		COTAÇÃO	
ALIMENTAÇÃO	Independente	(Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo Razoável)	10	
	Necessita de Ajuda	(Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5	
	Dependente		0	
VESTIR	Independente	(veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos)	10	
	Necessita de Ajuda	(Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5	
	Dependente		0	
BANHO	Independente	(Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5	
	Dependente		0	
HIGIENE CORPORAL	Independente	(Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5	
	Dependente		0	
USO DA CASA DE BANHO	Independente	(Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	
	Necessita de Ajuda	(Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5	
	Dependente		0	
CONTROLO INTESTINAL	Independente	(Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10	
	Incontinente ocasional	(Episódios ocasionais de incontinência)	5	
	Dependente		0	
CONTROLO VESICAL	Independente	(Não Apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10	
	Incontinente ocasional	(Episódios ocasionais de incontinência)	5	
	Dependente		0	

SUBIR ESCADAS	Independente	(Sobe e desce escadas. Pode usa um instrumento de apoio)	10	
	Necessita de Ajuda	(Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5	
	Dependente		0	
TRANSFERENCIA CADEIRA- CAMA	Independente	(Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	
	Necessita de Ajuda Mínima	(Ajuda mínima e supervisão)	10	
	Necessita de Grande Ajuda	(É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5	
	Dependente		0	
DEAMBULAÇÃO	Independente	(Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15	
	Necessita de ajuda	(caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10	
	Independente com cadeira de rodas	(anda pelo menos 50 metros)	5	
	Dependente		0	

Pontuação total: _____

Pontuação do grau de dependência seguindo o Índice de Barthel

[Fonte: Sequeira, 2010]

Pontuação	Nível de dependência	40 - 55	Moderadamente dependente
90 - 100	Independente	20 - 35	Severamente dependente
60 – 89	Ligeiramente dependente	< 20	Totalmente dependente

Caracterização do Cuidador:

1. Concelho Lagoa:

a. Freguesia

Estômbar/ Parchal;

Ferragudo;

Lagoa e Carvoeiro;

Porches

2. Género do cuidador:

Masculino

Feminino:

3. Idade:

20- 30 Anos

31- 40 Anos

41- 50 Anos

51- 60 Anos

61- 70 Anos

71- 80 Anos

81- 90 Anos

4. Habilitações Literárias

Não frequentou o ensino formal (Analfabeto)

1º Ciclo básico (4ª classe)

2º Ciclo básico (5º e 6º ano)

3º Ciclo básico (7, 8 e 9º ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

5. Situação profissional

Empregado a tempo interior

Empregado a tempo parcial

Reformado por invalidez

Reformado por velhice

Desempregado

Estudante

Outro: _____

6. Relação com a pessoa que presta cuidados

___ Conjugue

___ Filho/a

___ Irmão/ irmã

___ Genro/nora

___ Amigo/a

___ Neto/a

___ Sobrinho/a

___ Vizinho

Outro: _____

7. Coabita com a pessoa idosa dependente?

___ sim

___ não

8. Distância entre si e a pessoa a quem presta cuidados

___ Vive na mesma casa

___ Vive no mesmo bairro / mesma rua

___ Vive na mesma terra (a menos de 10 km)

___ Vivem em terras próximas (menos de 30km)

___ Vive a mais de 30km

Outra: _____

9. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

___ Entre 6 meses e 1 ano

___ 1 Ano a 2 anos

___ Entre 3 anos a 5 anos

___ Mais de 5 anos (especificar quantos anos _____)

10. Mais alguém colabora com esta tarefa?

___ Sim

___ Não

Se sim. Quem? _____

11. Qual a periodicidade que presta o cuidado?

- Até 8 horas por semana
- 9 a 20 horas por semana
- 21 a 40 horas por semana
- Mais de 41 horas por semana
- Cuidado permanente

12. O fator de ser prestador de cuidados informais trouxe algum problema?

- Sim
- Não

12.1. Se sim, qual?

- Deixou de trabalhar
- Deixou de ter vida própria
- Teve conflitos com familiares
- Deixou de casar
- Deixou de estudar
- Tem falta de tempo
- Tem falta de espaço
- Não se sente capaz

Outra: _____

13. O papel de prestador de cuidados informais é:

- Uma opção
- Uma obrigação

Outra: _____

14. Sente falta de apoio?

- sim
- não

14.1. Se sim que tipo de apoio:

Financeiro

Emocional

Logístico (ex., cama articulada)

Domiciliário (ex. cuidados de higiene)

15. Se é importante a intervenção/ apoio da ECCI – UCC D’Alagoa para si?

Sim

Não

ESCALA DA SOBRECARGA DO CUIDADOR – VERSÃO PORTUGUESA

[Fonte: Sequeira 2010]

		Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Mui- tas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	1	2	3	4	5
2	Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	1	2	3	4	5
3	Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	1	2	3	4	5
4	Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	1	2	3	4	5
5	Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	1	2	3	4	5
6	Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa	1	2	3	4	5
7	Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	1	2	3	4	5
8	Sente que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9	Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	1	2	3	4	5
10	Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	1	2	3	4	5
11	Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
12	Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

1 3	Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
1 4	Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	1	2	3	4	5
1 5	Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	1	2	3	4	5
1 6	Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
1 7	Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
1 8	Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	1	2	3	4	5
1 9	Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	1	2	3	4	5
2 0	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
2 1	Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	2	3	4	5
2 2	Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Pontuação Total: _____

Perceção da pontuação global do instrumento de ESC

[Fonte: Sequeira 2010]

Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga
46 – 56	Sobrecarga ligeira

>5	Sobrecarga
6	intensa

Quais as dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados?

Cuidados de higiene Sim ___ Não ___	___ Banho na cama ___ Banho no WC ___ Higiene oral ___ Higiene genital
Mobilização Sim ___ Não ___	___ Cadeira de rodas ___ Andarilho ___ Canadianas
Medicação Sim ___ Não ___	___ Dosagem ___ Prescrição médica
Alimentação Sim ___ Não ___	___ Preparação ___ SNG ___ Seringa
Vestir/ Calçar Sim ___ Não ___	___ Vestir ___ Calçar
Imobilização Sim ___ Não ___	___ Tronco ___ Membros (quais _____)
Posicionamentos Sim ___ Não ___	___ Cama ___ Cadeira

O que gostam de fazer os tempos livres

___ Passear

___ Ver televisão

___ Ir ao ginásio

Outra: _____

ANEXO B – Respostas Da Entrevista

Entrevista nº __1__ Data: __1__ / __6__ / 2017 Hora de início: __10h50__

Hora de término: __11h15__

Identificação do enfermeiro:

Identificação: _____ Responsável pela ECCI _____

Enfermeiro Generalista: _____ Enfermeiro Especialista: _enfermagem comunitária ____

1. Existe algum programa/ação/projeto desenvolvidos pela ECCI-UCC D´Alagoa no sentido de diminuir/prevenir a sobrecarga dos prestadores de cuidados?

Existe um projeto “Ser cuidador”, em que o seu objetivo é capacitar os cuidadores informais, ajuda os cuidadores a terem algumas ferramentas para cuidar de pessoas dependentes, sendo este somente para cuidadores, não intervém com a restante comunidade.

Este projeto contempla sessões de educação para a saúde acerca de diversos temas nomeadamente:

- Cuidar no domicílio;
- Promover autonomia;
- Sobrecarga emocional do cuidador;
- Saúde oral da pessoa dependente;
- Resposta social em saúde;
- Cuidar em fim de vida.

Este projeto inclui enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga.

A sua finalidade é se souber cuidar diminui a sobrecarga e diminui o stress do cuidador.

2. Existem parcerias para estes projetos?

Não.

3. Como é que os cuidadores têm conhecimentos destes projeto?

Pela equipa.

4. Os cuidadores informais têm interesse e participam nos projetos?

Sim, os que conseguem vir devido ao horário, mas frequentemente temos uma boa adesão na participação destes projetos.

5. Acha que é uma mais-valia um projeto para prevenir/diminuir a sobrecarga nos prestadores de cuidados?

Claro que sim.

É sempre uma mais valia integrar mais a comunidade, realizar um projeto mais participativo e menos expositivo. Por vezes é difícil de criar formas de interagir com a comunidade.

6. Está algum projeto pensado nesta área na ECCI-UCC D´Alagoa?

Não.

7. Durante os cuidados realizam ensinamentos? Quais?

Sim claro.

Ensinamentos adequados as necessidades como por exemplo:

- Autocuidados;
- Prevenção de úlceras de pressão;
- Prevenção de quedas;
- Gestão do regime terapêutico;
- Alimentação;
- Transferências.

8. Quais são as dificuldades que os prestadores de cuidados referem com maior frequência? Quando surgem dificuldades como reagem em relação as mesmas?

Não existe um padrão de dificuldades, umas pessoas têm mais dificuldades num aspeto outros noutra, não posso padronizar.

Podemos dizer é que existem dificuldades quando um utente inicia uma dependência, como estes começa a ficar mais dependente, o familiar ai tem dúvidas sobre alguns procedimentos, como por exemplo: o primeiro impacto com a situação, quando vêm do hospital alguns utentes vêm mais dependentes, os ensinamentos por vezes não vem compreendidos pelo familiar, não sabem usar os meios que têm, nem os dispositivos e são essas as dificuldades que temos que contornar.

A gestão de medicação também é uma os idosos de hoje encontram-se muito polimedicados, por vezes estes têm dificuldades na gestão de terapêutica.

9. Acha que a atividade de cuidador afetou os cuidados informais dos utentes dependentes a que prestam os cuidados?

Sim a nossa intervenção/ensinos afetam os cuidadores informais até porque depois os mesmos sabem contornar essas questões e têm suporte para realizar os mesmos.

10. Os cuidadores informais pedem ajudam frequentemente? Atempadamente?

Os casos que nos chegam ou são reencaminhados pelo hospital ou então é pela abordagem da comunidade quando sentem necessidades que não conseguem responder.

As pessoas encontram-se mais bem-educadas para fazer atempadamente, á exceções mas não há uma reação tão atempada como deverá ser.

Ou então as pessoas questionam o médico e enfermeiro de família e os mesmos reencaminham para nós.

11. Existe tempo para realizar ensinos? Deveriam ter mais tempo para prestar melhores e mais pormenorizados os ensinos?

O tempo poderia ser mais, tenta-se maximizar o tempo entre a execução das técnicas e os ensinos.

Deveríamos prescindir de mais tempo para perceber quais as dificuldades dos cuidadores.

12. Os ensinos realizados pelos enfermeiros contribuem para diminuir ou prevenir a sobrecarga dos cuidadores informais?

Eu gosto de pensar que sim.

Sim é gratificante que os ensinos contribuam para diminuir a sobrecarga dos cuidadores, e isso conseguimos observar nos dias seguintes com a nova visitar.

ANEXO C – Guião Da Entrevista

Guião de Entrevista

Entrevista nº _____ Data: ____/____/20__ Hora de início: _____

Hora de término: _____

Identificação do enfermeiro:

Identificação: _____

Enfermeiro Generalista: _____ Enfermeiro Especialista: _____

1. Existe algum programa/ação/projeto desenvolvidos pela ECCI-UCC D´Alagoa no sentido de diminuir/prevenir a sobrecarga dos prestadores de cuidados?
2. Existem parcerias para estes projetos?
3. Como é que os cuidadores têm conhecimentos destes projeto?
4. Os cuidadores informais têm interesse e participam nos projetos?
5. Acha que é uma mais-valia um projeto para prevenir/diminuir a sobrecarga nos prestadores de cuidados?
6. Está algum projeto pensado nesta área na ECCI-UCC D´Alagoa?
7. Durante os cuidados realizam ensinios? Quais?
8. Quais são as dificuldades que os prestadores de cuidados referem com maior frequência? Quando surgem dificuldades como reagem em relação as mesmas?
9. Acha que a atividade de cuidador afetou os cuidados informais dos utentes dependentes a que prestam os cuidados?
10. Os cuidadores informais pedem ajudam frequentemente? Atempadamente?
11. Existe tempo para realizar ensinios? Deveriam ter mais tempo para prestar melhores e mais pormenorizados os ensinios?
12. Os ensinios realizados pelos enfermeiros contribuem para diminuir ou prevenir a sobrecarga dos cuidadores informais?

ANEXO D – Pedido E Respostas Para A Comissão De Ética da ARS

SOBRECARGA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS EM UTENTES DEPENDENTES DA UCC DO CONCELHO DE LAGOA

NOME DO AUTOR: Telma Margarida Sequeira Quaresma

ORIENTADOR: Ana Rita Gomes (Enf^a Especialista ECCI – UCC D’Alagoa)

SUPERVISOR: Edgar Canais (Enf. Esp. – Professor Adjunto da ESS do IPS)

DATA DA SUBMISSÃO: 10 /10/2017

RESUMO

Introdução: O envelhecimento é uma problemática a nível mundial, que com o passar dos anos tem vindo a intensificar-se e acentuar-se cada vez mais. O aumento da esperança média de vida, o aumento da longevidade, a diminuição da taxa de mortalidade têm levado ao aumento o índice de envelhecimento e com ele associados o aumento da dependência, a diminuição da funcionalidade e a perda gradual de autonomia. A sobrecarga do cuidador informal integra uma problemática importante e que devemos dar grande atenção, com este trabalho pretende avaliar através da escala de Zarit Burden Interview, instrumento de avaliação, se existe sobrecarga do cuidador informal em cuidadores que têm a seu cargo utentes dependentes.

Para a realização deste trabalho irá se utilizar-se-á um breve questionário estruturado que é preenchido pelo investigador e assim como a escala. Este presente projeto visa avaliar a presença de sobrecarga nos cuidadores informais de utentes dependentes, bem como posteriormente diminuir/prevenir a mesma.

Métodos: É um estudo transversal e descritivo, de carácter quantitativo

Resultados Esperados: Contribuir para o alívio da sobrecarga do prestador de cuidados de utentes dependentes na UCC do concelho de Lagoa

Palavras-chave: Prestadores de cuidados informais, utentes dependentes, Sobrecarga do prestador de cuidados, Envelhecimento

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Estágio Curricular – Estágio em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, enquadrado no 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, sendo o docente responsável Edgar Canais e a Enfermeira Orientadora Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes, realizado na UCC do concelho de Lagoa do ACES Algarve II – Barlavento que decorre entre 2 de Maio a 17 de Junho de 2017 e 19 de Setembro a 27 Janeiro 2018.

O tema escolhido foi sugerido pela Enfermeira Orientadora e por mim aceite, visto ser uma necessidade identificada do local de estágio, e prendeu-se com a possibilidade de abordar um assunto atual, com pesquisas bibliográficas baseadas nas evidências científicas recentes.

Este curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública pretende o desenvolvimento pessoal e profissional baseado na reflexão e autoformação, preconizando-se a ampliação do conhecimento científico de enfermagem baseado na reflexão e conceção teórica.

A RNCCI visa dar resposta a nível de quatro prestações de saúde sendo elas unidades de internamento (unidade de convalescença, unidades de media duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção), unidades de ambulatório, equipa hospitalar (equipas de gestão de alta) e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados- ECCI). (1)

Com o aumento da esperança média de vida, o aumento da longevidade, o envelhecimento toma um certo peso tanto a nível nacional como a nível local. Alguns estudos tanto nacionais como internacionais já referem a importância de mudar comportamentos a nível desta temática, como melhoria da qualidade de vida tanto para a pessoa dependente como para o cuidador informal. (2) (3).

O envelhecimento da população mostra um dos fenómenos demográficos mais inquietantes das sociedades atuais do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito socioeconómico, com embate no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como

alterações de carácter individual através da adoção de novos estilos de vida (4), sendo esta uma problemática atual, complexa e que muito tem preocupado a nossa sociedade, contudo com o progresso da medicina a evolução científica leva a que as pessoas aumentem a sua longevidade, aumentem a esperança média de vida e diminuam a mortalidade. Assim sendo, é importante favorecer um envelhecimento saudável, proporcionando ao idoso melhor qualidade de vida, promovendo a sua saúde e prevenindo doenças, para que ele seja cada vez mais saudável, mais autónomo e mais independente possível. (4)

Cuidar é, coadjuvar a viver, sendo este um ato individual que dispensamos não só a nós próprios, mas também aos outros, sendo que este é um ato de reciprocidade que somos conduzidos a servir a toda a pessoa que provisoriamente ou definitivamente tem carência de ajuda para satisfazer as suas necessidades (5).

A terminologia de cuidador faz referência à pessoa que é responsável pela assistência a alguém, devido a inaptidão precisa de ajuda (6).

Uma outra designação muito utilizada de cuidador informal, é a definida por Leme e Silva (7) como “uma legião de conjugues, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade”. Uma outra definição utilizada é a que se usa na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) integrada, “Membro da Família Prestador de Cuidados”, o qual é definido como o “Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (8).

Segundo Fernandes (9), o termo sobrecarga, apareceu nos anos 60 e diagnosticado nos anos setenta um importante fator influenciador da qualidade de vida dos cuidadores de doentes com demência a viverem na comunidade é “a sobrecarga”, o que levou ao desenvolvimento de diversos instrumentos de avaliação e, à introdução do conceito de sobrecarga, como é o caso da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), é uma escala traduzida e validada para a população portuguesa, por Sequeira (10), a partir da versão original inglesa da “Zarit Burden Interview Scale”. É uma escala de autopreenchimento, e é a escala que pretendo utilizar neste trabalho para avaliar se existe ou não de sobrecarga nos prestadores de cuidados de utentes dependentes que UCC do concelho de Lagoa abrange.

APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

VISÃO GERAL

A RNCCI a cuidados continuados de saúde e apoio social, tendo com objetivo recuperar a pessoa e promover a autonomia.

O envelhecimento da sociedade tem ocorrido a um ritmo muito acelerado e este ritmo do envelhecimento leva à necessidade de mais respostas sociais, trazendo consigo múltiplas consequências. (11)

Como já todos nos sabemos, desde a muitas décadas até o dia de hoje, verifica-se muitos progressos a nível da saúde, a nível científico, melhores significativas, estes avanços causaram repercussões a nível tecnológico, socioeconómica, muitos dos quais condicionaram a melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente um aumento significativo da esperança media de vida. Causaram um aumento da longevidade, e esta nem sempre é sinonimo de vida funcional, independentes e sem quais quer tipo de problemas, tendo acontecido o oposto o aumento da idade causa a perda de autonomia, a incapacidade, a invalidez e a dependência só tende a aumentar. (12)

Os conceitos de dependência, autonomia e funcionalidade, são conceitos que fundamentam na decisão e juízos para a orientação clinica. (13)

Sequeira (10) refere que a dependência pode acontecer devido a duas vertentes ou por um acontecimento não previsto (por exemplo um acidente) ou de forma progressiva com a diminuição das capacidades e das estruturas do organismo. De modo geral o autor ainda refere que a dependência física é um comprometimento das atividades básicas de vida diárias (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD)

Em 1998, o Conselho da Europa, esclarece dependência como “a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” e “ o estado em que se encontram as pessoas que por perda da autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano.”

O conceito de autonomia pode ser observado como a capacidade de decidir com responsabilidade e autogovernar e auto-orientação segundo ICN (8). Vilela (13) refere a autonomia como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão, capacidade de comando e faculdade de se governar, enquanto a independência refere-se a parte funcional de realizar tarefas. O modelo biomédico refere a autonomia como sendo o conceito numa visão de ausência de incapacidades. (14)

A funcionalidade encontra-se relacionada com o estado de Saúde, é o que permite viver de forma independente sem possuir qualquer dependência ou incapacidade. A funcionalidade é uma terminologia utilizada para todas as funções do corpo, atividades e participação

A CIF (**Classificação** Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), é o modelo atual usado pela Organização Mundial da Saúde para saúde e incapacidade, e constitui a base conceitual para definição, medição e evolução de políticas nesta área. A CIF refere que a funcionalidade e a incapacidade indicam que um indivíduo pode ou não realizar as suas atividades do quotidiano. (15)

Segundo o Decreto-lei número 101/2006 (artigo 3º. Alínea i) a funcionalidade é “a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (16)

A funcionalidade está relacionada com o processo de desenvolvimento duma atividade, a autonomia está relacionada com a decisão sobre a ação enquanto a dependência é a adaptação do organismo a uma situação física ou psicológica. (17)

Leme e Silva (7) definiu como cuidador informal “uma legião de conjugues, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade”. Por outro lado temos a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) materializa, “Membro da Família Prestador de Cuidados”, o qual é determinado como o “Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (8)

O ato de cuidar pelos cuidados informais acontece tendencialmente no domicílio e é habitualmente da responsabilidade da família, amigos, vizinhos e outros, sendo que os cuidadores

informais são nesse caso “elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos colegas...) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário” (11). Segundo Sarmiento, Pinto e Monteiro (17), a maioria dos cuidados prestados aos idosos são prestados pelas famílias, sendo esta a nossa realidade de Portugal.

Os cuidadores informais cumprem tarefas como apoio em atividades da vida diária (arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, entre outras); auxiliam nas dificuldades funcionais e de autocuidado (asseguram a higiene pessoal, a alimentação e a deambulação) da pessoa em questão, mas também protegem emocionalmente. De acordo com Paúl (18), o autor refere que “os cuidados ao indivíduo dependente, podem ser de carácter antecipatório, preventivos, de supervisão, instrumentais, protetores”.

Para Figueiredo (20) cuidador formal é “o profissional que é contratado para a prestação de cuidados” e cuidador informal integra “os familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que prestam cuidados de forma não remunerada”, já para Martins (18) refere-se que: “a designação de cuidador informal surge por contraste aos profissionais dos serviços de saúde, que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram de livre vontade e tiveram preparação académica e profissional. (...) O indivíduo funcionalmente dependente procura ajuda primeiro no seio da família, sendo os familiares diretos os mais solicitados para desempenharem este papel”.

Segundo Martin (21) é importante distinguir o cuidador informal, em dois tipos de cuidadores, o primário e o secundário. Sendo que o primário é “ quem realiza mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa dependente” e cuidador informal secundário “o cuidador que não tem as responsabilidades principais no cuidado”. Já Néri e Carvalho (22), tem a mesma linha de pensamento e para além dos dois referidos anteriormente acrescenta um novo, o terciário. Deste modo, designam de cuidador primário “são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e são os que realizam a maior parte das tarefas” e cuidador secundário “ ambos podem realizar as mesmas tarefas ter as mesmas competências, mas o que distingue um do outro e a nível da responsabilidade e decisão. Já os cuidadores terciários, “são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado. Substituem o cuidador primário por curtos períodos e, geralmente, realizam tarefas especializadas, tais como compras, pagar contas e receber a pensão” (23).

Segundo a CIPE, versão Beta 2 (22), o papel de prestador de cuidados é — ... “um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família”.

Segundo a versão 1.0 (24) “prestador de cuidados refere-se ao eixo do cliente e é definido como —aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente”.

Gratão (25) termina o seu estudo concluindo que “Os cuidadores, na maioria familiares do sexo feminino, encontram-se na faixa etária adulta, fase em que a mulher tem vários papéis sociais: mãe, esposa, dona de casa de entre outros. Muitas vezes têm outras atribuições sociais, como o trabalho fora do lar, além de assumir o cuidado dos seus pais, já idosos”.

Cuidar de um idoso dependente é sem dúvida uma atividade cansativa, que poderá trazer consequências físicas, emocionais e socioeconómicas para a pessoa que cuida, e segundo o autor Roger e Bonet (26), “as consequências são ainda mais acentuadas se o cuidador não tem conhecimentos, habilidades ou o apoio suficientes para prestar efetivamente esses cuidados, como sucede no caso dos prestadores de cuidados familiares no domicílio.

Segundo Figueiredo (27), só depois de identificar as necessidades dos cuidadores é que o enfermeiro poderá apostar em medidas para diminuir as mesmas e focar a sua atenção na diminuição do stress devido a isso causado.

O efeito da prestação de cuidados é definida como “sobrecarga” ou até mesmo “exaustão” do cuidador informal de uma pessoa dependente, podendo daí resultar problemas de ordem física, psicológica, emocional, social e financeira. (28) Esta definição é usada para caracterizar a carga sobre os cuidadores informais a que altera a sua qualidade de vida e saúde. (29)

Para Fernandes (9) o conceito de sobrecarga surgiu nos anos 60, devido a resultados que se forem observados nas familiares que prestavam apoio a seus familiares, e com o passar dos anos o termo sobrecarga tem vindo a tomar cada vez mais peso na nossa sociedade.

Mais tarde, na década de 80 dois autores Sequeira (30) e Fernandes (9) após análise de estudo acham de extrema importância definir o termo sobrecarga, os mesmos utilizaram um escala já existente e conhecida, a escala de Zarit, que originalmente seria para avaliar a sobrecarga dos cuidadores de pessoas com demência.

O conceito de sobrecarga aborda um conjunto de dilemas quer físicos, psicológicos, socioeconómicos que provem do ato cuidar (11). Os mesmos autores ainda refere que a sobrecarga pode ser subjetiva como objetiva.

A sobrecarga objetiva encontra-se relatada com os acontecimentos e atividades concretas nesta está incluída a atividade física e sobrecarga económica. (30)

Lage (31) abrange na sobrecarga objetiva a dependência económica do doente, os custos associados com a doença, a descontinuidade da rotina do cuidador, o procedimento observado, a carecimento de necessidades dos outros membros da família, o tempo e a energia requisitados pelo idoso no seu cuidar.

Na sobrecarga subjetiva, esta está relacionada com os sentimentos, atitudes e reações emocionais (30), enquanto Sales (31) a define sobrecarga subjetiva como um exame causador de stress.

Já para Amendola (32), a sobrecarga é um desafio que varia consoante a doença, grau de dependência da pessoa, provocando estas alterações no prestador de cuidados, fazendo que aumente o seu stress.

Alguns estudos revelam que uma das maiores dificuldades do cuidador na prestação de cuidados encontra-se relacionado com esta natureza, devido a falta de poder económico e ao afastamento social dos prestadores de cuidados com a sua rede social. (33)

A avaliação da sobrecarga é realizada com recurso a escala de Sobrecarga do Cuidador (ESS, esta escala foi criada em 1983 por Zarit em que avaliava 29 questões, de onde estavam relacionados com a saúde física, saúde psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o recetor de cuidados. Em 1985 foi revista e das 29 questões foi reduzida para 22, foi adaptada e traduzida para a versão portuguesa em 2007 por Sequeira. A escala inicialmente chamava-se Burden Interview Scale. (30)

Este instrumento possibilita avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e abrange informações sobre: saúde, vida social, vida pessoa, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. (30)

Cada questão é pontuada de 1 a 5, em que o 1 corresponde a nunca, o 2 a quase nunca, o 3 às vezes, o 4 muitas vezes e o 5 quase sempre. (30)

A pontuação global deste instrumento varia de 22 a 110 em que a maior pontuação corresponde a uma maior sobrecarga e vice-versa.

Perante as diversas questões, estas dividem-se em impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidador e perceção de autoeficácia. Ao impacto da prestação de cuidados corresponde as questões com o número 12, 11, 2, 17, 6, 9, 13, 22, 3, 10 e 1. À relação interpessoal corresponde as questões com o número 18, 5, 4, 16 e 19. Às questões das expectativas com o cuidar corresponde as questões com o número 14, 7, 8, e 15 e por fim e não menos importante com a perceção de autoeficácia corresponde as questões com o número 21 e 20. (30)

O índice de Barthel é um instrumento de avaliação das atividades de vida diárias. Foi criado por Mahoney e Barthel em 1965, e em 1988 alterado por Wade e Colin. Este é composto por 10 atividades de vida diárias. Este instrumento permite avaliar o nível de dependência da pessoa. (10) A pontuação deste instrumento varia entre os 0 – 100 pontos, proporcionalmente com a sua dependência, ou seja, quando menor foi a pontuação maior é o grau de dependência e vice-versa. (30)

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

- Existirá sobrecarga nos prestadores de cuidados de utentes dependentes UCC do concelho de Lagoa e como diminuem/previnem a sobrecarga nos mesmos?

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

- A idade dos prestadores de cuidados conduz a uma maior sobrecarga.
- O género dos prestadores de cuidados conduz a uma maior sobrecarga.
- O maior nível da dependência do utente tende a aumentar a sobrecarga
- Os prestadores de cuidados com maiores habilitações literárias têm menos sobrecarga.
- A maior duração da prestação de cuidados conduz a uma maior sobrecarga.
- Os prestadores de cuidados que se encontram a trabalhar apresentam maior sobrecarga.

FINALIDADE E OBJETIVOS

FINALIDADE

- Promover a confiança, a autoestima do prestador de cuidados;
- Promover a saúde através da educação para a saúde aos prestadores de cuidados;
- Envolver entidades locais e concelhias, para ajudar a selecionar a problemática;
- Prevenir doenças nos prestadores de cuidados na prestação de cuidados causados pelo cuidar dos utentes dependentes;
- Diminuir e prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados através de técnicas de relaxamento, educação para a saúde envolvendo a equipa e estratégias para lidar com o cuidar e o papel do prestador de cuidados;

OBJETIVO GERAL

- ❖ Diminuir/prevenir a sobrecarga causado pelo cuidado a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através de um projeto de intervenção comunitário.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- ❖ Avaliar o grau de dependência dos utentes da UCC do concelho de Lagoa;
- ❖ Identificar os graus de dependência dos utentes da UCC do concelho de Lagoa;
- ❖ Avaliar a sobrecarga dos prestadores de cuidados de utentes dependentes da UCC do concelho de Lagoa;
- ❖ Promover a maior independência dos prestadores de cuidados de utentes dependentes da UCC do concelho de Lagoa;
- ❖ Caracterizar a população alvo;
- ❖ Conhecer as necessidades dos prestadores de cuidados dos utentes dependentes na UCC do concelho de Lagoa;
- ❖ Identificar quais as necessidades expressas nos prestadores de cuidados;
- ❖ Planear intervenções dirigidas para as necessidades identificadas;
- ❖ Quantificar o número de prestadores de cuidados que têm sobrecarga por cuidar de utentes dependentes;

DESENHO DE ESTUDO E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal / longitudinal

Estudo descritivo

POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

População: Todos os participantes do estudo são prestadores de cuidados de utentes dependentes que integram UCC do concelho de Lagoa

Amostra: Serem prestadores de cuidados de utentes dependentes com mais de 65 anos de idade

TAMANHO DA AMOSTRA E PROCESSO DE SELEÇÃO DE RECRUTAMENTO DA AMOSTRA

Todos os participantes do estudo são prestadores de cuidados de utentes dependentes que integram a UCC do concelho de Lagoa, que se disponibilizam a responder ao questionário

FONTES DE INFORMAÇÃO

Pesquisa bibliográfica em base de dados (Medline [PubMed]), Pordata, Instituto Nacional de estatística e em suporte de papel, recolha de informação, experiência profissional da minha orientadora

PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Utilização de um questionário que é preenchido pelo investigador (não é de autopreenchimento)

Utilização das escalas já validadas de Barthel e Zarit Burden Interview Scale (preenchidas pelo investigador)

GESTÃO DA INFORMAÇÃO

A informação será recolhida no domicílio dos utentes, aquando da visita domiciliária da UCC do concelho de Lagoa, será tratada com a equipa para dar conhecimento do estudo.

ANALISE ESTATÍSTICA

Os dados serão tratados em Excel 2013

CRONOGRAMA

Mês	Maio					Junho			Setem		Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro					Março									
Semana	1	2	3	4	5	1	2	3	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Atividades																																													
Pesquisa bibliográfica																																													
Identificar a necessidade																																													
Procedimentos Éticos																																													
Elaboração do Projeto																																													
Entrega do Projeto																																													
Aplicação do instrumento																																													
Tratamento e análise de dados																																													
Planeamento das atividades																																													
Implementação do Projeto																																													
Avaliação do Projeto																																													
Elaboração do Relatório																																													
Revisão do Relatório																																													
Entrega do Relatório																																													

CONSIDERAÇÕES ETICAS

As considerações éticas pressupõem a exigência de respeito por determinados valores: autonomia/liberdade como a igualdade e a justiça.

Vão ser esclarecidos os participantes dos objetivos e finalidade do estudo, bem como dos procedimentos durante a investigação, Foram também informados do direito de autodeterminação, podendo recusar a participação no estudo, sem que estes tenham penalizações nos serviços de saúde. Foi garantido a confidencialidade dos dados, o anonimato dos participantes e disponibilizando-me sempre para esclarecimento de dúvidas.

Desde o início foram explicadas as vantagens de participarem no diagnóstico de saúde, para obter futuros avanços nos conhecimentos e melhorar a abordagem ao problema em questão.

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (2005), no artigo 79º - “Dos deveres deontológicos do Enfermeiro”, no artigo 81º(p.89)- “Dos valores Humanos”, evidencia a importância dos Enfermeiros agirem de forma mais cautelosa sobre o dever de proteção das pessoas que se encontram mais fragilizados e vulneráveis, sem discriminação de modo temporário ou permanente. Já no artigo nº 82 - “Dos direitos à vida e a qualidade de vida”, alínea b,” refere que o Enfermeiro deve respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”.

Segundo tudo o que foi em cima mencionado, todos os sujeitos da investigação foram informados do anonimato pelos dados fornecidos e de que as informações colhidas seriam única e exclusivamente utilizadas para este estudo. Desta forma será entregue a carta de consentimento informado e a informação ao sujeito da investigação, para o cumprimento das obrigações éticas vigentes.

IMPLICAÇÕES EXPECTAVEL PARA A SAUDE

Com este projeto pretende-se identificar e posteriormente diminuir e prevenir a sobrecarga dos prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa, obtendo assim ganhos em saúde visto que os prestadores de cuidados possam viver com mais saúde, serem mais saudáveis, a nível físico, emocional e familiar.

ORÇAMENTO / FINANCIAMENTO

Recursos		Custo unitário	Quantidade	Custo total
Humanos	Deslocação	0,4€ / km	12 km * 6vezes	30€
	Enfermeiro	7€ / h	10h	70€
Materiais	Computador	500 €	1	Material existente
	Vídeo projetor	500 €	1	Material existente
	Panfletos	0,10 €	200	20 €
	Impressora	200 €	1	Material existente
	Canetas	0,20 €	10	Material existente
	Toner	50€	1	Adquirir
	Poster	20€	5	100€
Custo efetivo				230€
Custo acrescido ao normal funcionamento da UCC do concelho de Lagoa				120€

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Manual do prestador – Recomendações para Melhoria Contínua, 2011
- (2) Queiroz, A. M. C. A. (2007). Famílias Multigeneracionales y Envejecimiento Positivo. Tese de Doutoramento em Psicologia e Antropologia. Universidade de Extremadura - Departamento de Psicologia y Antropologia, Badajoz
- (3) Martins, C. F., Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Assunção, A. N., Meincke, S. M. K. (2008). Saúde da Família: uma realidade presente na equipe multiprofissional. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(1), 132-137.
- (4) Instituto Nacional de Estatística (INE). Dia Internacional do Idoso: 1 de Outubro de 2007. [Em linha] INE, 2007 [Consultado a 2 de Junho de 2017]. Disponível na Internet: <URL:https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_AVANCADA&frm_texto=EVOLU%C3%87%C3%83O+DEMOGR%C3%81FICA+DOS+IDOSOS&frm_modulo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=QUALQUER_AREA&xlang=pt
- (5) Colliere M.-F. – Promover a Vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999
- (6) Grazina, M. M. & Oliveira, C. R. (2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento. In M. Pinto (ed.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editores Quarteto
- (7) Leme, L. E. G.; Silva, P. S. C. P. da. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETO, M. (Org). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.92-7. Martins, R. (2005) A relevância do apoio social na velhice. *Viseu*
- (8) International Council of Nurses. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Associação Portuguesa de enfermeiros
- (9) Fernandes, J. J. B. R. (2009). *Cuidar no domicílio: A sobrecarga do cuidador familiar* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf
- (10) Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.

- (11) Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira M. (2006). Envelhecer em família: Os cuidadores familiares na velhice (2ª ed.). Porto: Âmbar.
- (12) Martins, Teresa. AVC - Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de vida e Bem estar dos doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra : Formasau, 2006. ISBN 972-8485-65-4.
- (13) Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>
- (14) Mota M.P. e Figueiredo P.A e Duarte J.A (2004) Teorias Biológicas do Envelhecimento. Revista Portuguesa de ciência do Desporto. Volume 4
- (15) OMS, Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento E Saúde, 1,[em linha] [Consultado no dia 2 de Junho de 2017] disponível na internet: <URL:<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- (16) DECRETO-LEI n.º 101/2006. DR I Série. 109 (2006/06/06) 3856-3865.
- (17) Martins, T. Araújo M.F. Peixoto M.J Machado P.P, (2016) A Pessoa dependente e o Familiar Cuidador .Enfermagem. Porto, Lusodidacta
- (18) Martins, R (2006) Envelhecimento e políticas sociais, [em linha] [Consultado no dia 2 de Maio de 2017] disponível na internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>
- (19) Oliveira, Rui Aragão. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. Análise Psicológica. 2000, Vols. Vol. 18, n.º 4.
- (20) Figueiredo, D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-276-1.
- (21) Martin, Ignacio. O Cuidado Informal no Âmbito Social. [autor do livro] Constança Paul e António Fonseca. Envelhecer em Portugal. Lisboa : Climepsi, 2005.
- (22) Internacional Council of Nursing (2003). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão Beta 2 (2ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- (23) Neri, A. L. C., Virgínia Â. M. L. O Bem-estar do Cuidador: Aspetos Psicossociais. [autor do livro] Elisabete Viana de Freitas, [et al.] Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2002.

- (24)Internacional Council of Nursing (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- (25)Gratão, A. C. M. Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado. São Paulo : Universidade de São Paulo, 2006.
- (26)Ribeiro, Ó. e Paúl, M. C. (2011), Manual de envelhecimento ativo, Editor Lidel
- (27)Figueiredo, D. e Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. Saúde dos idosos, 26 (1): 15-22.
- (28)Zarit, S., Reever, K. e Bach- Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20: 649-655
- (29)Sousa, E. M. da S., & Oliveira, M. C. C. (2015). Viver a (e para) aprender: uma intervenção-acção para a promoção do envelhecimento ativo. Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia, 405–415. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci%7B%7Darttext%7B&%7Dpid=S1809-98232015000200405%7B&%7Dlang=pt>
- (30)Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca, Envelhecer em Portugal (203-229). Lisboa: CLIMPSI Editores
- (31)Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. Quality of life research 12. (suppl.1), 33-41
- (32)Amendola F. Qualidade de vida dos cuidadores e pacientes (2008) Brasil
- (33)Imaginário, C. (2002): O idoso dependente em contexto familiar - Uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra.

APÊNDICES

FORMULÁRIO, ESCALAS OU DOCUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

INFORMAÇÃO ACERCA DO QUESTIONÁRIO

Chamo-me Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira, a exerço funções no CHA-Portimão, no serviço de cirurgia, frequento o 1º Mestrado de enfermagem em Associação- Ramo de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco. Neste âmbito estou a realizar um Projeto sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes da UCC D’Alagoa e do Professor Edgar Canais. O presente projeto tem por objetivos identificar a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes e avaliar o grau de dependência das pessoas dependentes.

Para tal, é necessário recolher de dados, pelo que solicito a sua colaboração no sentido de fornecer informação para o preenchimento do presente questionário.

Todas as informações obtidas, que possibilitariam a sua identificação, só estão acessíveis aos investigadores e não farão parte dos dados finais do diagnóstico, pelo que garantimos o seu anonimato e confidencialidade. Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração indispensável.

Data ___/___/ 2017 (DD/MM/AAAA)

Número do questionário: _____

Questionário Geral

Caraterização do utente dependente:

- 5) **Idade do utente:**
- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20- 30 Anos | <input type="checkbox"/> 51- 60 Anos |
| <input type="checkbox"/> 31- 40 Anos | <input type="checkbox"/> 61- 70 Anos |
| <input type="checkbox"/> 41- 50 Anos | <input type="checkbox"/> 71- 80 Anos |
| | <input type="checkbox"/> 81- 90 Anos |

6) **Género do Utente:**

Masculino

Feminino:

Com a família (em sua casa)

Outro: _____

7) **Contexto em que vive**

Sozinho

Com a família (em casa de familiares)

8) **Grau de dependência:** _____

Totalmente dependente

Parcialmente dependente

Independente

ESCALA DE BARTHEL

[Fonte: Sequeira 2010]

ITENS	ATIVIDADES DE VIDA DIARIAS		COTAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	Independente	(Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo Razoável)	10
	Necessita de Ajuda	(Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	Dependente		0
VESTIR	Independente	(veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos)	10
	Necessita de Ajuda	(Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	Dependente		0
BANHO	Independente	(Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	Dependente		0
HIGIENE CORPORAL	Independente	(Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	Dependente		0
USO DA CASA DE BANHO	Independente	(Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	Necessita de Ajuda	(Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	Dependente		0
CONTROLO INTESTINAL	Independente	(Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10
	Incontinente ocasional	(Episódios ocasionais de incontinência)	5
	Dependente		0
CONTROLO VESICAL	Independente	(Não Apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	Incontinente ocasional	(Episódios ocasionais de incontinência)	5
	Dependente		0

SUBIR ESCADAS	Independente	(Sobe e desce escadas. Pode usa um instrumento de apoio)	10	
	Necessita de Ajuda	(Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5	
	Dependente		0	
TRANSFERENCIA CADEIRA- CAMA	Independente	(Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	
	Necessita de Ajuda Mínima	(Ajuda mínima e supervisão)	10	
	Necessita de Grande Ajuda	(É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5	
	Dependente		0	
DEAMBULAÇÃO	Independente	(Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15	
	Necessita de ajuda	(caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10	
	Independente com cadeira de rodas	(anda pelo menos 50 metros)	5	
	Dependente		0	

Pontuação total: _____

Pontuação do grau de dependência segundo o Índice de Barthel

[Fonte: Sequeira, 2010]

Pontuação	Nível de dependência	40 - 55	Moderadamente dependente
90 - 100	Independente	20 - 35	Severamente dependente
60 – 89	Ligeiramente dependente	< 20	Totalmente dependente

Caracterização do Cuidador:

16. Concelho **Lagoa:**
- a. Freguesia
- ___ Estômbar/ Parchal;
- ___ Ferragudo;
- ___ Lagoa e Carvoeiro;
- ___ Porches
- ___ 2º Ciclo básico (5º e 6º ano)
- ___ 3º Ciclo básico (7, 8 e 9º ano)
- ___ Ensino Secundário
- ___ Ensino Superior

17. Género do cuidador:

Masculino ___

Feminino: ___

18. Idade:

- ___ 20- 30 Anos
- ___ 31- 40 Anos
- ___ 41- 50 Anos
- ___ 51- 60 Anos
- ___ 61- 70 Anos
- ___ 71- 80 Anos
- ___ 81- 90 Anos

19. Habilitações Literárias

___ Não frequentou o ensino formal (Analfabeto)

___ 1º Ciclo básico (4ª classe)

20. Situação profissional

- ___ Empregado a tempo interior
- ___ Empregado a tempo parcial
- ___ Reformado por invalidez
- ___ Reformado por velhice
- ___ Desempregado
- ___ Estudante
- Outro: _____

21. Relação com a pessoa que presta cuidados

- ___ Conjuge
- ___ Filho/a
- ___ Irmão/ irmã
- ___ Genro/nora
- ___ Amigo/a
- ___ Neto/a
- ___ Sobrinho/a
- ___ Vizinho
- Outro: _____

22. Coabita com a pessoa idosa dependente?

sim

não

23. Distância entre si e a pessoa a quem presta cuidados

Vive na mesma casa

Vive no mesmo bairro / mesma rua

Vive na mesma terra (a menos de 10 km)

Vivem em terras próximas (menos de 30km)

Vive a mais de 30km

Outra: _____

—

24. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

Entre 6 meses e 1 ano

1 Ano a 2 anos

Entre 3 anos a 5 anos

Mais de 5 anos (especificar quantos anos _____)

25. Mais alguém colabora com esta tarefa?

Sim

Não

Se _____ sim.

Quem? _____

—

26. Qual a periodicidade que presta o cuidado?

Até 8 horas por semana

9 a 20 horas por semana

21 a 40 horas por semana

Mais de 41 horas por semana

Cuidado permanente

27. O fator de ser prestador de cuidados informais trouxe algum problema?

Sim

Não

27.1. Se sim, qual?

Deixou de trabalhar

Deixou de ter vida própria

Teve conflitos com familiares

Deixou de casar

Deixou de estudar

Tem falta de tempo

Tem falta de espaço

Não se sente capaz

Outra: _____

—

28. O papel de prestador de cuidados informais é:

Uma opção

Uma obrigação

Outra: _____

29. Sente falta de apoio?

sim

não

29.1. Se sim que tipo de apoio:

- Financeiro
- Emocional
- Logístico (ex., cama articulada)
- Domiciliário (ex. cuidados de higiene)

**30. Se é importante a intervenção/
apoio da ECCI – UCC D´Alagoa
para si?**

- Sim
- Não

ESCALA DA SOBRECARGA DO CUIDADOR – VERSÃO PORTUGUESA

[Fonte: Sequeira 2010]

		Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Mui- tas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	1	2	3	4	5
2	Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	1	2	3	4	5
3	Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	1	2	3	4	5
4	Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	1	2	3	4	5
5	Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	1	2	3	4	5
6	Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa	1	2	3	4	5
7	Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	1	2	3	4	5
8	Sente que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9	Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	1	2	3	4	5
10	Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	1	2	3	4	5
11	Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
12	Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

1 3	Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
1 4	Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	1	2	3	4	5
1 5	Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	1	2	3	4	5
1 6	Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
1 7	Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
1 8	Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	1	2	3	4	5
1 9	Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	1	2	3	4	5
2 0	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
2 1	Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	2	3	4	5
2 2	Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Pontuação Total: _____

Perceção da pontuação global do instrumento de ESC

[Fonte: Sequeira 2010]

Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga

46 – 56	Sobrecarga ligeira
>56	Sobrecarga intensa

Quais as dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados?

Cuidados de higiene Sim __ Não __	__ Banho na cama __ Banho no WC __ Higiene oral __ Higiene genital
Mobilização / transferência Sim __ Não __	__ Cadeira de rodas __ Andarilho __ Canadianas
Medicação Sim __ Não __	__ Dosagem __ Prescrição médica
Alimentação Sim __ Não __	__ Preparação __ SNG __ Seringa
Vestir/ Calçar Sim __ Não __	__ Vestir __ Calçar
Imobilização Sim __ Não __	__ Tronco __ Membros (quais? Superiores _____ ou/e inferiores _____)
Posicionamentos Sim __ Não __	__ Cama __ Cadeira

O que gostam de fazer os tempos livres

__ Passear

__ Ver televisão

__ Ir ao ginásio

Outra: _____

MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Telma Margarida Sequeira Quaresma, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto sobre “**A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes**”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes. Solicito a sua colaboração através do preenchimento do presente questionário. Todas as informações que fornecer permanecerão anónimas e confidenciais e serão usadas somente para este estudo. A sua participação é completamente voluntária e a sua decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si, nem para o seu familiar de quem cuida. Poderá desistir a qualquer altura sem qualquer penalização.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização do questionário a que me foi proposto, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dado para posteriores análises.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.

Assinatura/s:

.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

PARECER DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exma. Senhora Diretora Executiva

Sra. Dra. Leonor Bota

Diretora Executiva

ACES Algarve II – Barlavento

Assunto: Pedido de Parecer

Telma Margarida Sequeira Quaresma, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, vem por este meio solicitar a V. Exa um parecer para a realização deste projeto UCC do concelho de Lagoa.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 10 de Outubro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Título | Cuidar + “Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes Dependentes”

Leonor Bota <lbota@arsalgarve.min-saude.pt>

Qui 26/10/2017, 18:39

URGENTE

Exma. Senhora

Enfermeira Anabela Simões

Coordenadora da UCC d’Alagoa,

Para parecer de V. Exa.

Com os meus melhores cumprimentos,

Leonor Bota

Diretora Executiva

do ACES Algarve II - Barlavento

Anabela Simões <amsimoes@arsalgarve.min-saude.pt>

Seg 30/10/2017, 09:53

Você;

Abril 2018

CXCIV

Leonor Bota;

António Vila Nova;

ACES Barlavento;

Exma. Senhora

Dra Leonor Bota

Diretora Executiva do ACeS Barlavento

Face ao solicitado por V. Exa. sou a referir que relativamente ao pedido de parecer para realização deste projeto, considero que o mesmo deve ser autorizado, uma vez que este é um projeto que será desenvolvido no âmbito do estágio superiormente autorizado e que a requerente se encontra a realizar na UCC D'Alagoa, mais concretamente na ECCI desta unidade, informo que o mesmo se reveste de muito interesse, contribuindo para a melhoria dos cuidados a prestar por esta Equipa

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos,

Anabela Simões

Coordenadora da UCC D'Alagoa | ACeS Barlavento

Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento à Reforma dos CSP da ARS Algarve

Comissão de Ética para a Saúde da ARS Algarve

Título | Cuidar + “Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes Dependentes”

Leonor Bota <lbota@arsalgarve.min-saude.pt>

Seg 30/10/2017, 18:19

Você;

Anabela Simões;

António Vila Nova;

ACES Barlavento;

Exma. Senhora

Enfermeira Telma Quaresma,

No seguimento do pedido de parecer formulado por V. Exa, reencaminha-se aquele prestado pela Coordenadora da UCC d’Alagoa, Enfermeira Anabela Simões, com o qual se concorda.

Com os meus melhores cumprimentos,

Leonor Bota

Diretora Executiva

do ACES Algarve II - Barlavento

Abril 2018

CXCVI

Declaração do orientador

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exma. Sr. Professor

Edgar Canais (Enf. Esp. – Professor Adjunto da ESS
do IPS)

Assunto: Pedido parecer para a realização do trabalho de investigação

Telma Margarida Sequeira Quaresma, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, vem por este meio solicitar a V. Exa solicitar um parecer para a realização deste trabalho de investigação na ECCI – UCC D’Alagoa, no âmbito do referido Projeto de investigação.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, 25 de Setembro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Declaração do Orientador

Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais, portador do cartão do cidadão n.º 08397303, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com cédula profissional n.º 22027, Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, na função de professor orientador/supervisor no estágio do 2º semestre do Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

O projeto de investigação “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, da aluna Telma Margarida Sequeira Quaresma respeita os princípios éticos e deontológicos dos projetos de investigação.

Setúbal, 25 de setembro de 2017

Edgar Duarte Canais

Professor Adjunto Convidado

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exma. Senhora Diretora Executiva

Sra. Dra. Leonor Bota

Diretora Executiva

ACES Algarve II – Barlavento

Assunto: Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos aos cuidadores de pessoas dependentes

Telma Margarida Sequeira Quaresma, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, vem por este meio solicitar a V. Exa autorização para aplicar os instrumentos de avaliação aos utentes da ECCI – UCC D’Alagoa, no âmbito do referido Projeto de investigação. Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, 10 de Outubro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Assunto: Declaração do investigador

Telma Margarida Sequeira Quaresma, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Trabalho de Investigação Científica sobre o tema “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, declara sob compromisso de honra que realizará o citado trabalho de investigação pelos princípios éticos e deontológico que presidem à atividade de investigação.

Mais informa que se compromete a manter a confidencialidade da informação a que vier a ter acesso, que esta apenas será utilizada no âmbito do projeto de Investigação mencionado e que assume a total responsabilidade pelo conteúdo do relatório final do projeto de investigação. Comprometo-me a remeter a esta Comissão de Ética o trabalho/relatório final.

Lagoa, de 10 de Outubro de 2017

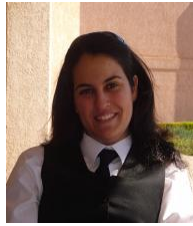
A aluna/Investigadora:

(Telma Margarida Sequeira Quaresma)

CURRÍCULO VITAE DO INVESTIGADOR

INFORMAÇÃO PESSOAL

Telma Margarida Sequeira Quaresma



📍 Rua Barão nº 19 Alcantarilha, 8365-023 Alcantarilha (Portugal)

📞 +351 961809043 📠 +351 282322040

✉️ telminha8quaresma@hotmail.com

Sexo Feminino | Data de nascimento 8 mai 87 | Nacionalidade Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

16 nov 09–15 mai 10

Nurse

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Portimão (Portugal)
Serviço de Urgência Geral
Enfermeira no Serviço de Urgência Geral

16 mai 10–16 mai 11

Nurse

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Portimão (Portugal)
Serviço de Urgência Geral
Enfermeira no Serviço de Urgência Geral

17 mai 11–31 jan 13

Nurse

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Portimão (Portugal)
Serviço de Urgência Geral
Enfermeira no Serviço de Urgência Geral

2 fev 13–Presente

Nurse

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Pólo de Portimão, Portimão (Portugal)
Serviço de Cirurgia - Enfermaria (Cirurgia 2A)
Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral - 2A

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

05–09

Licenciatura em Enfermagem

Escola Superior de Saúde Jean Piaget Algarve (Campus Académico de Silves), Silves (Portugal)

14 Valores (média equivalente aos quatro anos de licenciatura)

[documento\(s\) mencionado\(s\)](#) Erro! A origem da referência não foi encontrada.

1 mar 12

Pós Graduação em Enfermagem de Urgência e Emergência

Escola Superior de Saúde Jean Piaget - Algarve (Campus Académico de Silves), Silves (Portugal)

17 valores (60ECTS)

[documento\(s\) mencionado\(s\)](#) Erro! A origem da referência não foi encontrada.

1 mar 13 Nova Etapa
 Formação Profissional de Formação Pedagógica de Formadores, Portimão (Portugal)
 Aprovado - 4 valores (escala de 0 a 5)
[documento\(s\) mencionado\(s\)](#) Erro! A origem da referência não foi encontrada.

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna Portuguesa
 Inglês (básico)

Outras línguas
 Competências de comunicação Aptidões Técnicas
 Formação em Microsoft Office (Word, Excel, Power Point, Acess, Publisher, Outlook)
 Formação no software CIPE/SAPE
 Formação no software Allert
 Formação no software de Triagem de Manchester

inglês Aptidões e Competências Artísticas
 Capacidade de produção criativa

Competências de organização Revelo boa capacidade de coordenar um projecto, a nível profissional.
 Apresento bons resultados na gestão de recursos humanos e materiais.
 Boa relação com a equipa de trabalho, procurando solucionar problemas através do dialogo.
 Participação activa na planificação e organização de actividades

Competências relacionadas com o trabalho Grande capacidade em trabalho de equipa.
 Interação com os outros em contextos formais ou informais, com capacidade de diálogo e discussão de ideias.
 Competências verbais adequadas a diferentes situações sociais.
 Apresento capacidade de me adaptar a novos contextos, sejam eles de natureza pessoal, escolar ou profissional, respondendo de forma satisfatória ou boa às exigências que me são colocadas.

Competências digitais

AUTOAVALIAÇÃO				
Processamento de informação	Comunicação	Criação de conteúdos	Segurança	Resolução de problemas
Utilizador independente	Utilizador independente	Utilizador independente	Utilizador independente	Utilizador independente

[Competências digitais - Grelha de auto-avaliação](#)

Outras competências 16 de Abril de 2013 - duração de 6horas
 IACS e sua prevenção

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

18 e 19 de Abril de 2012
IV Jornadas de Enfermagem da UCI
Auditorio do Museu de Portimão

8 e 9 Junho de 2011 - 15 h de formação
I Jornadas Medico- Cirurgicas do CHBA
Anfiteatro do CHBA

19 e 20 de Novembro de 2010 - 12horas
Forum de Enfermagem - Urgencia e Cuidados Intensivos
Auditorio da Facukldade de Engenharia do Porto

17 e 18 de Abril de 2015
Jornadas de Enfermagem em Urologia e Curso Prático
Hotel Tivoli Almansor Carvoeiro /Algarve

28 de Fevereiro e 1 de Marco de 2013
I Jornadas de Enfermagem Medico Cirurgica
Escola Superior de Saude Jean Piaget Algarve

8 e 9 de Marco de 2013 - duração de 10h30
4º Forum Iberico de Ulceras e Feridas
Grande Real Santa Eulalia Resort & Hotel Spa

25 e 26 de Outubro de 2012 - duração 16horas
APT Feridas Simposio
Congresso da Exponor

17 de Fevereiro de 2010 - duração de 60 minutos
Interpretação de Gasimetria Arterial
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio - Serviço de Urgência

2013 - duração de 60 minutos
Ensinos ao doente hipocoagulado
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio - Serviço de Cirurgia

2014 - duração de 60 minutos
Abordagem ao Doente Queimado
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio - Serviço de Cirurgia

2015 - duração de 60 minutos
EAP
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio - Serviço de Cirurgia

Carta de Condução B

Resposta da Comissão de Ética da ARS

Comissão de Ética e Saúde da ARS Algarve <ces@arsalgarve.min-saude.pt>

Ter 13/03/2018, 11:35

Você;

Comissão de Ética e Saúde da ARS Algarve;

Exm^a Sr^a

Enf^a Telma Quaresma,

Atento o tempo decorrido e o cronograma apresentado, tomamos a liberdade de questionar, se ainda mantém interesse na emissão de parecer sobre o projeto acima mencionado, atendendo a que houve um problema com o relator, sendo que só agora é que o mesmo vai ser analisado.

Desde já lamentamos a situação e na oportunidade se solicita:

- Parecer da Sr.^a Diretora Executiva de acordo com o pedido que acompanhou o processo, bem como do responsável da UCC e declaração do orientador do estudo.
- Informação sobre os custos do estudo e quem participa
- O questionário é aplicado aos profissionais e restantes prestadores dos utentes ou apenas a uns ou outros?

Gostaríamos de obter uma resposta da sua parte o mais breve possível.

Título | Cuidar + “Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes Dependentes”

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado da Comissão de Ética e da Saúde da ARSAlgarve, IP

Rute Mendes

Elsa Ramos <eramos@arsalgarve.min-saude.pt>

Qui 15/03/2018, 09:02

Olá bom dia

Agradecemos seu contato. Aquando do envio da documentação agradecemos que os documentos remetidos possam vir assinados.

Com os melhores cumprimentos,

P`la CES

Elsa Faleiro Ramos

ANEXO E – Pedido Para A Comissão De Ética Da Universidade De Évora

Documento

* Título do Projeto: Cuidar + (Sobrecarga dos prestadores de cuidados de pessoas dependentes na [ECCI-UCC D´Alagoa](#))

* Nome dos investigadores: Telma Margarida Sequeira Quaresma

* Nível da Investigação:

* Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: Orientador: Enfermeiro Especialista Edgar Canais (Professor Adjunto)

* Responsáveis Académicos - Colaboradores: Co-Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gato

* Resumo / Abstract: O envelhecimento é uma problemática a nível mundial, que com o passar dos anos tem vindo a intensificar-se e acentuar-se cada vez mais. O aumento da esperança média de vida, o aumento da longevidade, a diminuição da taxa de mortalidade têm levado ao aumento o índice de envelhecimento e com ele associados o aumento da dependência, a diminuição da funcionalidade e a perda gradual de autonomia. A sobrecarga do cuidador informal

* Fundamentação e pertinência do estudo: divulguem as causas. Segundo Tavares (1990) no diagnóstico de situação identificam-se as questões e determinam-se as carências. Deve-se ter como exigências a descrição quantitativa da situação, o conhecimento dos fatores determinantes, a análise e apreciação do seu desenvolvimento. (Imperatori e Giraldes. 1993)

* Objetivos: Objetivo geral: Diminuir/prevenir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através de um projeto de intervenção comunitário na [ECCI-UCC D´Alagoa](#).
objetivos específicos

* Seleção da Amostra: Prestadores de cuidados de pessoas dependentes da [ECCI-UCC D´Alagoa](#)

* Procedimentos metodológicos: Fontes e acesso aos dados: entrevistar aos prestadores de cuidados
Características da amostra: prestadores de cuidados
Análise dos dados: MSEXcel

* Instrumentos de avaliação: Escala de [Zarit](#) - Sobrecarga dos prestadores de cuidados - [Escala versao portuguesa](#)
Escala de [Barthel](#)

* Como serão recolhidos os dados: entrevista

* Como será mantida a confidencialidade nos registos: As considerações éticas pressupõem a exigência de respeito por determinados valores: autonomia/liberdade como a igualdade e a justiça. Não ser esclarecidos os participantes dos objetivos e finalidade do estudo, bem como dos procedimentos durante a investigação, Foram também informados do direito de autodeterminação, podendo recusar a participação no

* Estudos prévios em que se baseia esta investigação::

* Declaração de consentimento informado utilizada no estudo: Termo de consentimento livre e informado
CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

ANEXO F – Resposta Ao Pedido Realizados À Comissão De Ética Da Universidade De Évora

Título | Cuidar + “Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes Dependentes”

Divisão de Formação Pós-Graduada <siue-noreply@uevora.pt>

Qua 20/12/2017, 14:16

Você;

ipaulino@uevora.pt;

Caro(a) Aluno(a) Telma Margarida Sequeira Quaresma

Foi-lhe registada a seguinte mensagem no **SIIUE**:

Cara Aluna

Bom dia,

De acordo com o ponto 1 do artigo n.º 118 do Regulamento Académico da Universidade de Évora (Ordem de Serviço n.º 13/2016), informamos da deliberação de Aprovação da ‘Proposta de Projeto de Estágio’, pelo Conselho Científico da Escola, a qual já se encontra registada no seu perfil de Aluna, no SIIUE.

Encontramo-nos ao dispor para qualquer questão, através do endereço eletrónico: atendimento@sac.uevora.pt

Cordiais cumprimentos,

-- Por favor não responda a esta mensagem.

Esta mensagem foi enviada automaticamente e pode ser consultada na página inicial no seu perfil Aluno no SIIUE.

ANEXO G– Pedido Para Realização Do Projeto À Diretora Da ACES Barlavento E A Responsável Pela UCC

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exma. Senhora Diretora Executiva

Sra. Dra. Leonor Bota

Diretora Executiva

ACES Algarve II – Barlavento

Assunto: Pedido de Parecer

Telma Margarida Sequeira Quaresma, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, vem por este meio solicitar a V. Exa um parecer para a realização deste projeto na UCC do concelho de Lagoa.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 10 de Outubro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exma Sr^a. Enf^a

Coordenadora a UCC D’Alagoa,

Enf^a Anabela Monteiro Simões,

ACES Algarve II – Barlavento

Assunto: Pedido de Parecer

Telma Margarida Sequeira Quaresma, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, vem por este meio solicitar a V. Exa um parecer para a realização deste projeto UCC do concelho de Lagoa.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 10 de Outubro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

**ANEXO H– Resposta Ao Pedido Para A Realização Do Projeto À Diretora Da ACES
Barlavento E A Responsável Pela UCC**

Título | Cuidar + “Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes Dependentes”

Leonor Bota <lbota@arsalgarve.min-saude.pt>

Qui 26/10/2017, 18:39

URGENTE

Exma. Senhora

Enfermeira Anabela Simões

Coordenadora da UCC d’Alagoa,

Para parecer de V. Exa.

Com os meus melhores cumprimentos,

Leonor Bota

Diretora Executiva

do ACES Algarve II - Barlavento

Anabela Simões <amsimoes@arsalgarve.min-saude.pt>

Seg 30/10/2017, 09:53

Você;

Abril 2018

CCXV

Leonor Bota;

António Vila Nova;

ACES Barlavento;

Exma. Senhora

Dra Leonor Bota

Diretora Executiva do ACeS Barlavento

Face ao solicitado por V. Exa. sou a referir que relativamente ao pedido de parecer para realização deste projeto, considero que o mesmo deve ser autorizado, uma vez que este é um projeto que será desenvolvido no âmbito do estágio superiormente autorizado e que a requerente se encontra a realizar na UCC D'Alagoa, mais concretamente na ECCI desta unidade, informo que o mesmo se reveste de muito interesse, contribuindo para a melhoria dos cuidados a prestar por esta Equipa

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos,

Anabela Simões

Coordenadora da UCC D'Alagoa | ACeS Barlavento

Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento à Reforma dos CSP da ARS Algarve

Comissão de Ética para a Saúde da ARS Algarve

Leonor Bota <lbota@arsalgarve.min-saude.pt>

Seg 30/10/2017, 18:19

Você;

Anabela Simões;

António Vila Nova;

ACES Barlavento;

Exma. Senhora

Enfermeira Telma Quaresma,

No seguimento do pedido de parecer formulado por V. Exa, reencaminha-se aquele prestado pela Coordenadora da UCC d’Alagoa, Enfermeira Anabela Simões, com o qual se concorda.

Com os meus melhores cumprimentos,

Leonor Bota

Diretora Executiva

do ACES Algarve II - Barlavento

ANEXO I – Ofício Para Colaboração Do Jumbo

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr Sérgio Miranda Respon-
sável pelo Jumbo de Lagoa

pa_lagoa@auchan.pt

Assunto: Pedido de Colaboração

Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto CUIDAR + sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, intitulado como “CUIDAR +” Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, encontrando-me a realizar estagio na UCC do concelho de Lagoa, necessitando de ajuda, caso haja possibilidade de colaborar com canetas e cadernos, para que fossem entregues aos prestadores de cuidados, deste modo os mesmo conseguiriam elaborar um diário e mais tarde seria discutido em tertúlia, abordando assim as suas dificuldades, diminuindo a sobrecarga por cuidarem de pessoas dependentes.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.


Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, Janeiro de 2018


A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

ANEXO J - Cartaz De Divulgação Do Projeto



Cuidar+Mais


Projeto de Intervenção Comunitária



Destinatários: Prestadores de Cuidados de Pessoas dependentes e restante população do Concelho de Lagoa

Local: UCC D´Alagoa

Dia: 2018 pelas



ANEXO K – Folheto De Convocatório Para Os Participantes

CONVITE PARA TERTÚLIA



Cuidar+Mais

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

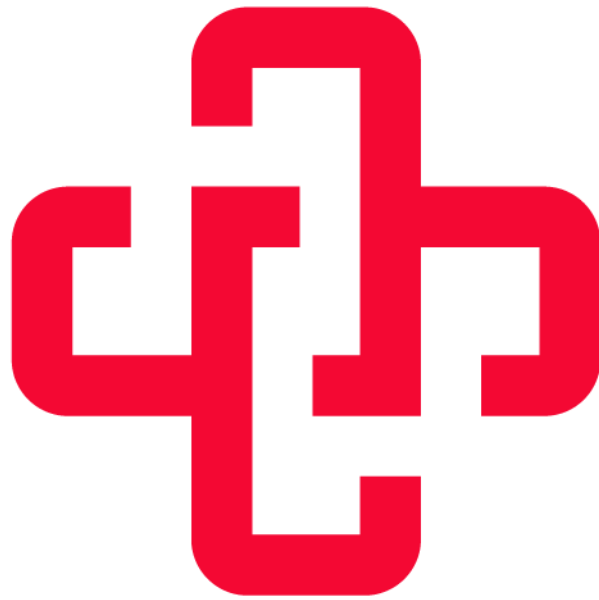
_____, Convido o a participar no convívio , para abordar temas, sobre prestação de cuidados a pessoas dependentes, no âmbito do projeto “CUIDAR +”, que se irá realizar em _____ do dia ____ / ____ / ____ pelas: ____ h ____.

Assinatura (Coordenadora da ECO-UCCD Alagoa)

Data



ANEXO L – Logotípo Do Projeto



Cuidar+Mais

ANEXO M- Pedido De Utilização Do Logotipo

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr

Departamento de Imagem e Comunicação da
ACES

comunicacao@arsalgarve.min-saude.pt

Assunto: Pedido de utilização de Logotipo criado para o projeto “CUIDAR+”

Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto CUIDAR + sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, intitulado como “CUIDAR +” Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, encontrando-me a realizar estágio na UCC do concelho de Lagoa, tendo sido criado um logotipo para o projeto, pelo que gostava da vossa autorização para a utilização do mesmo. Anexo o logotipo criado para o Projeto CUIDAR +. Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de Janeiro de 2018

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr

Departamento de Imagem e Comunicação da
ACES

comunicacao@arsalgarve.min-saude.pt

Assunto: Pedido de utilização de Logotipos da UCC e ARS

Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto CUIDAR + sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, intitulado como “CUIDAR +” Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, encontrando-me a realizar estágio na UCC do concelho de Lagoa, venho por este meio pedir a vossa autorização para o uso do logotipo da UCC e da ARS na realização de panfletos, convites e certificados

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de Janeiro de 2018

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

ANEXO N – Pedido de Colaboração Para A Fisioterapeuta

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr^a Fisioterapeuta

Assunto: Pedido de colaboração do projeto “CUIDAR+”

Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto CUIDAR + sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, intitulado como “CUIDAR +” Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, encontrando-me a realizar estágio na UCC do concelho de Lagoa, venho por este meio pedir a sua colaboração no projeto CUIDAR+, co a finalidade de diminuir a sobrecarga dos prestadores de cuidados, que prendo realizar tertúlias com o seu apoio na realização de técnicas de relaxamento.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de Janeiro de 2018

A aluna/Investigadora

Telma Margarida Sequeira Quaresma

ANEXO O- Elaboração De Um Cartaz Para A Caminhada



Caminhada



Cuidar+Mais

Projeto de Intervenção Comunitária



Destinatários: Prestadores de Cuidados de Pessoas dependentes e restante população do Concelho de Lagoa

Local: Junto da UCC D´Alagoa

Dia: 5 de Novembro de 2018 **pelas** 9h30



ANEXO P- Certificado De Participação Na Caminhada

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



Cuidar+Mais

“CUIDAR +” PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Certifica-se que _____ participou na Caminhada de 3 Km, no âmbito do projeto “CUIDAR +”, realizada no Concelho de Lagoa no dia 5 de Novembro de 2018 das 9h30 até as 11h, como prestador de cuidados de pessoa dependente.

Assinatura (Responsável da ECO-UCC D'Alagoa)

Data



ANEXO Q- Ofícios Enviados Para A Câmara Municipal De Lagoa

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr. Dr. Francisco Martins -Presidente da
Camara Municipal de Lagoa

Largo do Município 8401 -851 Lagoa

franciscoj.martins@cm-lagoa.pt

Assunto: Pedido de Colaboração

Telma Margarida Sequeira Quaresma, enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária denominado CUIDAR +, UCC do concelho de Lagoa, sob orientação da Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Este projeto visa analisar a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais em utentes dependentes, que tem como objetivo diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados, necessitando de colaboração da Câmara Municipal para realizar a seguinte atividade: caminhada de cerca de 4 /5Km, para assinalar a importância do cuidador informar no cuidado a utentes dependentes, pelo que venho por este meio solicitar a V. Exa. colaboração para a realização deste evento, que posteriormente agendaremos uma data. Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta. Grata pela atenção dispensada.Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 28 de Novembro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr. Dr. Luís Encarnação - Vereador do Desporto da Camara Municipal de Lagoa - Largo do Município - 8401 -851 Lagoa

luis.encarnacao@cm-lagoa.pt

Assunto: Pedido de Colaboração

Telma Margarida Sequeira Quaresma, enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária denominado CUIDAR +, UCC do concelho de Lagoa, sob orientação da Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Este projeto visa analisar a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais em utentes dependentes, que tem como objetivo diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados, necessitando de colaboração da Câmara Municipal para realizar a seguinte atividade: caminhada de cerca de 4 /5Km, para assinalar a importância do cuidador informar no cuidado a utentes dependentes, pelo que venho por este meio solicitar a V. Exa. colaboração para a realização deste evento, que posteriormente agendaremos uma data. Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta. Grata pela atenção dispensada. Com os melhores cumprimentos. Lagoa, de 28 de Novembro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sra Dra. Anabela Rocha - Vereador da Saúde da Câmara Municipal de Lagoa - Largo do Município - 8401 -851 Lagoa- anabela.simao@cm-lagoa.pt

Assunto: Pedido de Colaboração

Telma Margarida Sequeira Quaresma, enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária denominado CUIDAR +, UCC do concelho de Lagoa, sob orientação da Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Este projeto visa analisar a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais em utentes dependentes, que tem como objetivo diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados, necessitando de colaboração da Câmara Municipal para realizar a seguinte atividade: caminhada de cerca de 4 /5Km, para assinalar a importância do cuidador informal no cuidado a utentes dependentes, pelo que venho por este meio solicitar a V. Exa. colaboração para a realização deste evento, que posteriormente agendaremos uma data. Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta. Grata pela atenção dispensada. Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 28 de Novembro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Assunto: Resposta às questões realizadas após contacto telefónico acerca do projeto Cuidar +

Este projeto visa analisar a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais em utentes dependentes, como já foi referido anteriormente, que tem como objetivo diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados, necessitando de colaboração da Câmara Municipal para realizar a seguinte atividade: caminhada de cerca de 3 Km dentro da localidade de Lagoa, para assinalar a importância do cuidador informal no cuidado a utentes dependentes, pelo que venho por este meio solicitar a V. Exa. colaboração para a realização deste evento, para dia 5 de Novembro (2ª Feira), sendo este o dia do Cuidador, pelas 9h30 até 11h, sendo necessário providenciar, caso haja possibilidade transporte das várias freguesias para os inscritos, um lanche (snacks) e camisolas com o logotipo do nosso projeto (alusivo ao tema cuidador de pessoa dependente) e se possível fazerem divulgação junto às classes 55+

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 3 de Janeiro de 2018

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

ANEXO R – Ofícios Para A Rádio

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr Manuel Amorim - Diretor da Rádio Lagoa

- Lagoa, Algarve, Portugal

Assunto: Pedido de Colaboração

Telma Margarida Sequeira Quaresma, enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária denominado CUIDAR +, na UCC do concelho de Lagoa, sob orientação da Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Este projeto visa analisar a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais em utentes dependentes, que tem como objetivo diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados, necessitando da vossa ajuda para divulgação do projeto, pelo que venho por este meio solicitar a V. Exa. colaboração para a realização deste evento, que posteriormente agendaremos uma data. Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta. Grata pela atenção dispensada. Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 28 de Novembro de 2017

A aluna/Investigadora:

Telma Margarida Sequeira Quaresma

ANEXO S – Texto Para Passar Na Rádio

“Este projeto consiste na realização de tertúlias, dirigidas aos prestadores de cuidados de pessoas dependentes da UCC do concelho de Lagoa, residente no concelho de Lagoa, tendo como objetivo diminuir e prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes, atuando sobre as mais diversas áreas relacionadas com o prestador de cuidados. É também realizada uma caminhada no dia 5 de Novembro de 2018 pelo concelho de Lagoa para marcar o dia do prestador de cuidados e dar importância a este tema.

O projeto “CUIDAR+” teve origem na realização de um Diagnóstico de Saúde da Comunidade, aplicado em 2017 no concelho de Lagoa nos utentes da UCC do concelho de Lagoa, pela Telma Quaresma, estudante do 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, sendo a Enfermeira Orientadora Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Pretende-se com este estudo caracterizar o nível de sobrecarga dos prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa e posteriormente diminuir o mesmo.

A finalidade deste projeto é integrar a comunidade neste projeto e estabelecer parcerias, no sentido de dar uma resposta mais efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade, que neste caso é diminuir/prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes.”

ANEXO T – Ofício Para O Jornal

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sr Arthur Ligne e Sr^a. Ana Linhe

Diretor da Gazeta de Lagoa - Lg. Alves Roçadas 8 -

A - 8400-313Lagoa

gazetadelagoa@gmail.com

Assunto: Pedido de Colaboração

Telma Margarida Sequeira Quaresma, enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária denominado CUIDAR +, na UCC do concelho de Lagoa, sob orientação da Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Este projeto visa analisar a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais em utentes dependentes, que tem como objetivo diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados, necessitando da vossa ajuda para divulgação do projeto, pelo que venho por este meio solicitar a V. Exa. colaboração para a realização deste evento, que posteriormente agendaremos uma data. Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta. Grata pela atenção dispensada. Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de 28 de Novembro de 2017

A aluna/Investigadora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sra Ana Maria Linha

gazetadelagoa@gmail.com

Assunto: Colaboração na Publicidade da Caminhada

Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto CUIDAR + sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, intitulado como “CUIDAR +” Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, venho por este meio pedir a vossa colaboração na publicidade da caminhada que irá decorrer no dia 5 de Novembro de 2018 com o intuito de comemorar o dia do Prestador de cuidados, a caminhada terá início pelas 9h30 , irá decorrer pelo concelho de Lagoa.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de Janeiro de 2018

A aluna/Investigadora:

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sra Ana Maria Linha

gazetadelagoa@gmail.com

Assunto: Colaboração na publicidade do projeto

Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto CUIDAR + sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, intitulado como “CUIDAR +” Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, venho por este meio pedir a vossa colaboração na publicidade do projeto, se fosse possível colocar o seguinte anúncio

“Este projeto consiste na realização de tertúlias, dirigidas aos prestadores de cuidados de pessoas dependentes da UCC do concelho de Lagoa, residente no concelho de Lagoa, temo como objetivo diminuir e prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes, atuando sobre as mais diversas áreas relacionadas com o prestador de cuidados. È também realizada uma caminhada no dia 5 de Novembro de 2018 pelo concelho de Lagoa para marcar o dia do prestador de cuidados e dar importância a este tema.

O projeto “CUIDAR+” teve origem na realização de um Diagnostico de Saúde da Comunidade, aplicado em 2017 no concelho de Lagoa nos utentes da UCC do concelho de Lagoa, pela Telma Quaresma, estudante do 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde

Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, sendo a Enfermeira Orientadora Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Pretende-se com este estudo caracterizar o nível de sobrecarga dos prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa e posteriormente diminuir o mesmo.

A finalidade deste projeto é integrar a comunidade neste projeto e estabelecer parcerias, no sentido de dar uma resposta mais efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade, que neste caso é diminuir/prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes.”

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de Janeiro de 2018

A aluna/Investigadora

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Telma Margarida Sequeira Quaresma

Rua Barão nº 19 Alcantarilha

8365-023 Alcantarilha

Exmo. Sra Ana Maria Linha

gazetadelagoa@gmail.com

Assunto: Pedido de logotipo do Jornal e de autorização para usar o mesmo

Telma Margarida Sequeira Quaresma, Enfermeira no Centro Universitário do Algarve - Polo Portimão, portadora do cartão do cidadão n 13183397, representado o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto CUIDAR + sobre “A Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais em utentes Dependentes”, intitulado como “CUIDAR +” Sob orientação da Enfermeira Ana Rita Gomes, venho por este meio pedir que me seja disponibilizado o logotipo da Gazeta de Lagoa para colocar nas T-shirts que vão ser realizadas para a caminhada e autorização para o mesmo. O logotipo será colocado de forma a fazer publicidade aos patrocinadores do projeto.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Lagoa, de Janeiro de 2018

A aluna/Investigadora

Telma Margarida Sequeira Quaresma

ANEXO T – Resposta Do Jornal

Título | Cuidar + “Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes Dependentes”

Gazeta de Lagoa <gazetadelagoa@gmail.com>

Qui 07/12/2017, 16:26

Você;

?

Olá, boa tarde.

Com o pedido de desculpa por só agora respondermos ao seu e-mail, vimos colocar-nos ao seu inteiro dispor para a divulgação do projeto e todos os eventos com ele relacionados.

As nossas edições são encerradas às terças-feiras (com exceção das semanas com feriados, em que têm que ser antecipadas) e, para sair nessa semana temos que receber todo o material até ao fim de domingo.

Poderá enviar-nos imagens (em jpg) ou textos (em word), sempre que quiser.

Se tiver alguma dúvida ou precisar de qualquer esclarecimento, é só enviar um e-mail ou ligar para o 919 864 854.

Com os votos de muito sucesso no projeto e sempre ao seu dispor,

Ana Maria Linha

ANEXO U – Modelo De Plano De Educação Para A Saúde E Registo De Assiduidades

Projeto de Intervenção Comunitária

“CUIDAR +”

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

Tema: _____

Data: ___/___/___ Horário: início: ___ h___ até às : ___ h___ Duração prevista: _____

Local: _____

Formador: _____

Objetivos
Conteúdos
Metodologia e recursos
Metodologia:
Meios audiovisuais:
Avaliação
Observações

Projeto de Intervenção Comunitária

Sessão de educação para a Saúde

Registo de Assiduidade

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome do Cuidador	Assinatura

ANEXO V – Registo De Assiduidades Das Tertúlias

Projeto de Intervenção Comunitária

Tertúlia

Registo de Assiduidade

Local: _____

Data: __/__/____

Nome do Cuidador	Assinatura

**ANEXO W – Texto Para A Câmara Municipal De Lagoa Colocar No Seu Site Para
Publicitar O Projeto**

Este projeto consiste na realização de tertúlias, dirigidas aos prestadores de cuidados de pessoas dependentes da UCC do concelho de Lagoa, residente no concelho de Lagoa, temo como objetivo diminuir e prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes, atuando sobre as mais diversas áreas relacionadas com o prestador de cuidados. É também realizada uma caminhada no dia 5 de Novembro de 2018 pelo concelho de Lagoa para marcar o dia do prestador de cuidados e dar importância a este tema.

ORIGEM

O projeto “CUIDAR+” teve origem na realização de um Diagnóstico de Saúde da Comunidade, aplicado em 2017 no concelho de Lagoa nos utentes da UCC do concelho de Lagoa, pela Telma Quaresma, estudante do 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, sendo o docente responsável Edgar Canais e a Enfermeira Orientadora Enfermeira Especialista Ana Rita Gomes.

Pretende-se com este estudo caracterizar o nível de sobrecarga dos prestadores de cuidados da UCC do concelho de Lagoa e posteriormente diminuir o mesmo.

FINALIDADE

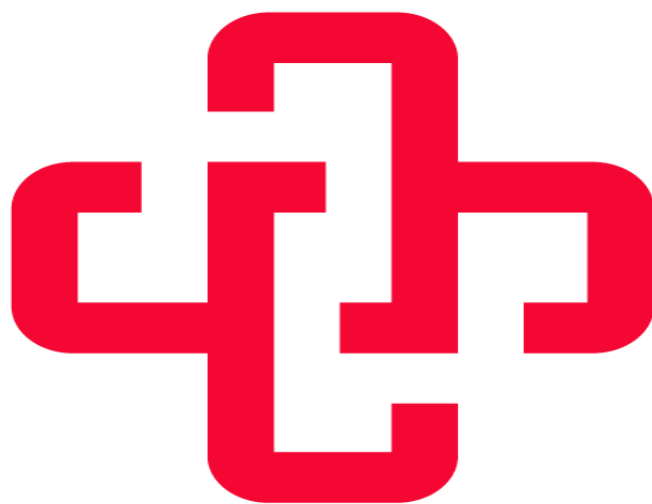
A finalidade deste projeto é integrar a comunidade neste projeto e estabelecer parcerias, no sentido de dar uma resposta mais efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade, que neste caso é diminuir/prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados de pessoas dependentes.

OBJETIVOS

Define-se para este projeto como objetivo geral diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através de um projeto de intervenção comunitário na UCC do concelho de Lagoa.

ANEXO Y – Elaboração Da Estrutura Para As T-shirts

Projeto de Intervenção Comunitária



Cuidar+Mais



ANEXO Z – Base Para Tratar Os Dados Do Questionário E Das Escalas

1- idade

- 20- 30 Anos
- 31- 40 Anos
- 41- 50 Anos
- 51- 60 Anos
- 61- 70 Anos
- 71- 80 Anos
- 81- 90 Anos

2- Género do Utente:

- Masculino
- Feminino:

3 Contexto em que vive

- Sozinho
- Com a família (em casa de familiares)
- Com a família (em sua casa)
- Outro: _____

4- Grau de dependência:

- Totalmente dependente
- Parcialmente dependente
- Independente

ITENS	ATIVIDADES DE VIDA DIARIAS		COTAÇÃO		
	ALIMENTAÇÃO	Independente	(Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo Razoável)	10	
Necessita de Ajuda		(Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5		
Dependente			0		
VESTIR	Independente	(veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos)	10		

	Necessita de Ajuda	(Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5		
	Dependente		0		
BANHO	Independente	(Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5		
	Dependente		0		
HIGIENE CORPORAL	Independente	(Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5		
	Dependente		0		
USO DA CASA DE BANHO	Independente	(Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10		
	Necessita de Ajuda	(Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5		
	Dependente		0		
CONTROLO INTESTINAL	Independente	(Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10		
	Incontinente ocasional	(Episódios ocasionais de incontinência)	5		
	Dependente		0		
CONTROLO VESICAL	Independente	(Não Apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10		
	Incontinente ocasional	(Episódios ocasionais de incontinência)	5		
	Dependente		0		
SUBIR ESCADAS	Independente	(Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10		
	Necessita de Ajuda	(Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5		
	Dependente		0		
TRANSFERENCIA CADEIRA- CAMA	Independente	(Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15		

	Necessita de Ajuda Mínima	(Ajuda mínima e supervisão)	10		
	Necessita de Grande Ajuda	(É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5		
	Dependente		0		
DEAMBULAÇÃO	Independente	(Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15		
	Necessita de ajuda	(caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10		
	Independente com cadeira de rodas	(anda pelo menos 50 metros)	5		
	Dependente		0		

Pontuação	Nível de dependência	
90 - 100	Independente	
60 – 89	Ligeiramente dependente	
40 - 55	Moderadamente dependente	
20 - 35	Severamente dependente	
< 20	Totalmente dependente	

ESCALA DA SOBRECARGA DO CUIDADOR – VERSÃO PORTUGUESA

[Fonte: Sequeira 2010]

		Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?					
2	Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?					
3	Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					
4	Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?					
5	Sente-se irritado quando está com o seu familiar?					
6	Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa					
7	Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					
8	Sente que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?					
10	Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11	Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?					
12	Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?					

13	Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?					
14	Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15	Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?					
16	Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
18	Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					

Perceção da pontuação global do instrumento de ESC

[Fonte: Sequeira 2010]

Pontuação	Sobrecarga	TOTAL
< 46	Sem sobrecarga	
46 – 56	Sobrecarga ligeira	
>56	Sobrecarga intensa	

Cuidados de higiene

Sim:

Não

ONDE:

Banho na cama

Banho no WC

Higiene oral

Higiene genital

Mobilização

Sim

Não

ONDE

Cadeira de rodas

Andarilho

Canadianas

Medicação

Sim

não

ONDE

Dosagem

Prescrição médica

Alimentação

Sim

não

ONDE

__ Preparação

__ SNG

serginga

Vestir/ Calçar

Sim

não

ONDE

Vestir

Calçar

Imobilização

Sim

Não

ONDE

tronco

membros superiores

membros inferiores

Posicionamentos

Sim

Não

ONDE

Cama

Cadeira

O que gostam de fazer os tempos livres

Passear

Ver televisão

Ir ao ginásio

Outra:

ANEXO ZZ – Artigo Realizado

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Universidade de Évora

“CUIDAR +”

**Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais de
utentes dependentes**

Revisão Integrativa da Literatura

Autor

Telma Margarida Sequeira Quaresma nº 36850

Endereço institucional: Universidade de Évora- Escola superior de Enfermagem
São João de Deus - uevora@uevora.pt

Endereço eletrónico: telminha8quaresma@hotmail.com

Évora,

27 de Janeiro de 2018

“CUIDAR +” - Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados Informais de utentes dependentes

Autora: Telma Margarida Sequeira Quaresma

Enfermeira Licenciada; Pós-graduação em Urgência e Emergência.

Mestranda de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, do 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco. A exercer funções no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Pólo de Portimão.

Resumo: Com o aumento da esperança média de vida e a diminuição da natalidade surge um envelhecimento da população. Isto promove a necessidade de mais cuidadores informais, com mais conhecimentos, mais aptidões para enfrentar as diversas barreiras existentes nesta área. Sendo que o prestador de cuidados é a chave principal para a satisfação das necessidades de vida da pessoa idosa. Desta maneira o prestador de cuidados tem de ter qualidade de vida e promover saúde, uma vez que estes são membros da família e assumem este papel por vontade, necessidade ou até mesmo por obrigação, não sendo um trabalho remunerado e que promove algum desgaste. A sobrecarga do cuidador informal integra uma problemática importante e atual a que devemos dar grande atenção.

Objetivo: Este artigo mostrar a importância da temática abordada e posteriormente promover intervenções de enfermagem para diminuir e prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados.

Metodologia: Seguiu-se a metodologia de revisão integrativa da literatura de Joanna Briggs Institute. Foram incluídos estudos em que abordam a temática de sobrecarga do prestador de cuidados, sendo um dos estudos um estudo piloto que mostra a importância das intervenções de enfermagem para diminuir a sobrecarga, neste estudo é avaliada antes e depois das intervenções de enfermagem, mostrando assim que existe benefícios para o prestador de cuidados.

Resultados: Evidencia-se perante um estudo que existe uma diminuição da sobrecarga quando

ocorrem intervenções de enfermagem para a diminuição da mesma, assim como podemos concluir que existe um decréscimo da qualidade de vida quando ocorre sobrecarga do cuidador.

Conclusão: Os vários estudos mostram a importância de realizar projetos de intervenção nesta área, com vista a prevenir problemas de saúde nos cuidadores informais.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidador, Sobrecarga, Idoso.

Abstrat: With the increase of the average life expectancy and the decrease of the birth rate, an aging of the population arises. This promotes the need for more informal carers, with more knowledge, more skills to face the various barriers in this area. Being that the caregiver is the main key to the satisfaction of the life needs of the elderly person. In this way the caregiver must have quality of life and promote health, since they are members of the family and assume this role by will, necessity or even by obligation, not being a paid job and that promotes some wear and tear. The overload of the informal caregiver integrates an important and current problem that we must pay great attention to.

Objective: This article shows the importance of the topic addressed and later promote nursing interventions to reduce and prevent the burden of the caregiver.

Methodology: Joanna Briggs Institute's literature review methodology was followed. We included studies that address the overhead of the caregiver, one of the studies being a pilot study that shows the importance of nursing interventions to reduce overload. This study is evaluated before and after the nursing interventions, thus showing that there are benefits for the caregiver.

Results: It is evidenced before a study that there is a reduction of the overload when nursing interventions occur to decrease the same, in the same way that we can conclude that there is a decrease in the quality of life when the caregiver overload occurs.

Conclusion: The various studies show the importance of carrying out intervention projects in this area in order to prevent health problems in informal caregivers.

Keywords: Nursing, Caregiver, Overload, Elderly.

INTRODUÇÃO

O **idoso e a velhice**, fazem menção a modificações de um contexto temporal, ou seja, o tempo (idade) da pessoa, podemo-nos estar a referir a idade cronológica, biológica, psicológica ou até mesmo a idade social (Oliveira, 2005).

A **funcionalidade** está relacionada com o processo de desenvolvimento duma atividade, a autonomia está relacionada com a decisão sobre a ação enquanto a **dependência** é a adaptação do organismo a uma situação física ou psicológica e um conceito multidimensional que incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais. (Martins et al 2016).

O conceito de **autonomia** refere-se à capacidade de decidir com responsabilidade e **autogovernança** e auto-orientação segundo ICN (2011). Este conceito por vezes está associado a dependência ou independência da pessoa, contudo não se devem confundir.

Segundo Martin (2005, p. 184) o **cuidador informal**, distingue-se em dois tipos de cuidadores, o primário e o secundário. Sendo que o primário é “ quem realiza mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa dependente” secundário “o cuidador que não tem as responsabilidades principais no cuidado. Por outro lado, temos a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) refere “Membro da Família Prestador de Cuidados”, o qual é determinado como o “Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2011, p. 115).

Andrade (2009) refere a sobrecarga como um desafio que varia consoante a doença, grau de dependência da pessoa, provocando alterações no prestador de cuidados, fazendo com aumento o seu stress.

A **avaliação da sobrecarga** é realizada com recurso à escala de Sobrecarga do Cuidador (ESS), esta escala foi criada em 1983 por Zarit em que avaliava 29 questões, de onde estavam relacionadas com a saúde física, saúde psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o recetor de cuidados. Em 1985 foi revista, e das 29 questões foi reduzida para 22, foi adaptada e traduzida para a versão portuguesa em 2007 por Sequeira. A escala inicialmente chamava-se Burden Interview Scale. (Sequeira, 2010).

Assim, pode-se justificar a temática com o auxílio da Carta de Ottawa em 1986, em que é realçada a importância dos profissionais de saúde na capacitação das pessoas, favorecendo e privilegiando a educação para saúde e tendo como objetivo de capacitar os cuidadores informais e comunidades para melhor controlarem a sua saúde, de forma a obter ganhos efectivos em saúde. A capacitação deve ser entendida como uma medida para reduzir as diferenças difundindo a equidade e a construção de políticas saudáveis, desenvolvendo-se assim através da intervenção comunitária, estabelecendo prioridades, tomando decisões e planeando estratégias e implementando-as com vista a promover o empowerment das comunidades e diminuindo as necessidades observadas, obtendo assim ganhos em saúde. (Carta de Ottawa, 1986).

O Eixo estratégico e a cidadania em saúde do Plano Nacional de Saúde que prevê o envolvimento e participação de todos os intervenientes, através da adoção de estratégias de promoção da cidadania em saúde, que promovendo um aumento de literacia em saúde e deste conseguirá ganhos em saúde, pois levará os prestadores de cuidados a ficarem mais esclarecidos e capacitados, com mais conhecimentos e com menos dúvidas, e necessidades levando a que a sua sobrecarga enquanto cuidadores seja menor. (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016).

O Programa Nacional para as Pessoas Idosas de 2004 tem como estratégias de intervenção promover um envelhecimento ativo, adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas e promover o desenvolvimento de ambientes capacitantes, em que dois deles são específicos para os cuidadores. No adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas existem estratégias para informar as populações idosas e da a família sobre a utilização correta dos recursos, abordagens sobre situações mais frequentes de dependência, abordagem de incontinência, promoção da saúde oral, prevenção dos efeitos adversos da automedicação e prestação de cuidados domiciliários entre outros. (Programa Nacional para as Pessoas Idosas, 2004).

Este artigo tem como base o diagnóstico de saúde realizado e visa aprofundar conhecimentos sobre a temática sobrecarga dos prestadores de cuidados de pessoas dependentes, de forma a realizar um projeto para diminuir a sobrecarga dos mesmos.

Inicialmente é realizada uma fundamentação teórica sobre o tema abordado entre eles, idoso, cuidador, sobrecarga e posteriormente analisados os dois artigos que abordam a temática. Sendo que é uma mais-valia uma revisão integrativa da literatura, pois esta incorpora o conhecimento e a agregação de resultados significativos para a prática.

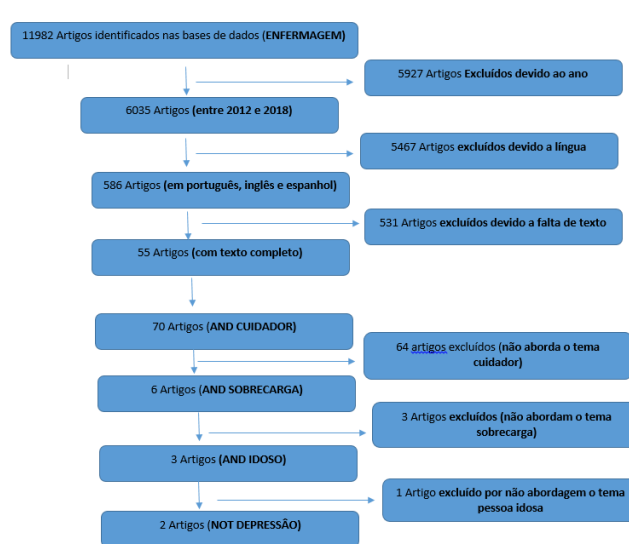
METODOLOGIA:

No período decorrido entre Novembro, Dezembro de 2017 e Janeiro de 2018 procedeu-se à pesquisa na base de dados (EBSCOhost - Research Databases) com as palavras *Enfermagem, Cuidador, Sobrecarga, Idoso, idosos*, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa e bem como os operadores booleano AND e NOT, tendo obtido um total de 2 formulações diferentes.

Devido ao elevado número de resultados obtidos numa primeira pesquisa, optámos pela aplicação imediata de critérios de texto completo e publicações até seis anos (2012-2018), limitando os resultados a um total de 1487 artigos, posteriormente foi limitada a língua, selecionando artigos de língua inglesa, portuguesa e espanhola, dando assim um total de 586 artigos. Após a aplicação dos restantes critérios de inclusão 55 artigos.

Aquando se adiciona a palavra cuidador 70 artigos, adicionando a palavra sobrecarga 6 artigos e idoso 3 artigos e por fim utilizando o critério NOT depressão restam 2 artigos.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Por se tratar de uma revisão integrativa, escolhemos a utilização de uma grelha de avaliação adaptada às características dos artigos que tínhamos, quantitativos e qualitativos, seguindo o desenho metodológico de Joanna Briggs Institute Reviewes Manual (JBI 2014). Assim, submete-

mos um total de 2 artigos às grelhas de avaliação.

A amostragem total de 2 artigos, através dos quais foi realizada a discussão de resultados, encontram-se esquematizados conforme tabela Y.

Identificação do estudo / autores / data	Desenho do estudo / nível de evidência / recomendações	Número e tipo de participantes	Objetivos	Conclusões
<p>(E1)Sobrecarga e Qualidade de vida do cuidador principal do idoso / Jack Roberto Silva Fhon Judyth Tereza Gonzales Janampa Teresa Mas Huaman Sueli Marques Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues / 2016</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal,</p> <p>Nível de evidência: 2</p> <p>Grau de recomendação: A</p>	<p>183 Idosos e seus respectivos prestadores de cuidados de pessoas adultas atendidas num consultório de geriatria dum hospital de nível IV em Lima, Peru</p>	<p>Determinar a sobrecarga de trabalho e a qualidade de vida do cuidador principal do idoso atendido em um ambulatório de geriatria.</p>	<p>Este estudo identificou os principais prestadores de cuidados como sendo do género feminino, casados, com educação superior e com um forte relacionamento de parentesco, como sendo o filho mais velho e responsável pelo idoso.</p> <p>Em termos de sobrecarga, existiam poucos que apresentavam. Os tópicos abordados neste estudo permitiram contribuir para o impacto da sobrecarga a nível do prestador de cuidados e verificar a sua afeção a nível de qualidade de vida do mesmo.</p> <p>Para terminar conclui-se que existe necessidade de realizar intervenções de enfermagem de acompanhamento, com a finalidade de englobar o idoso e o prestador de cuidados a fim de melhorar a qualidade de vida de ambos e prevenir danos, pois verifica-se um desgaste na mesma e isso deve-se a sobrecarga do prestador de cuidados.</p>

<p>(E2) Intervenções de enfermagem para reduzirem a sobrecarga em cuidadores: um estudo piloto / Rosa Tulia Sánchez Martínez Edith Milena Molina Cardona Olga Rocío Gómez-Ortega / 2015</p>	<p>Estudo quase – experimental Nível de evidência: 2 Grau de recomendação: A</p>	<p>8 Prestadores de cuidados pertencentes ao projeto 742 da subdireção de Integração Social de Barrios Unidos, Bogotá</p>	<p>Implementar estratégias de atenção enfermagem para cuidadores, a fim de reduzir a sobrecarga de cuidados e assistência que eles apresentam.</p>	<p>Distinguiu-se uma diminuição da sobrecarga de cuidadores e o aumentado grau de funcionalidade das famílias ao avaliar antes e após a execução das intervenções de enfermagem em proveito do prestador de cuidados.</p>
--	--	---	--	---

DISCUSSÃO E RESULTADOS:

No (E1), foi analisada uma amostra com 183 idosos e seus respetivos cuidadores. Relativamente aos idosos o género maioritário é o masculino, a média de idade é de 74,8 anos e os mesmos encontravam-se casados. Em relação aos cuidadores eram maioritariamente do género feminino, tinham uma média de idade de 44,3 anos, possuíam o ensino superior e estavam diretamente relacionados com os idosos, sendo o grau de parentesco filhos/as dos idosos. Segundo a avaliação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, 18,1 dos cuidadores apresentavam alterações da mesma.

No (E1), existe uma correlação inversa entre qualidade de vida e sobrecarga. Esta pode ser influenciada por características do cuidador, com baixa escolaridade, aumento do número de horas e o tempo dispensado com a pessoa dependente _ (Pérez, 2008).

No (E2), foi analisada uma amostra de 8 cuidadores da população que pertencia ao projeto de 742 cuidadores em que um dos critérios de inclusão, era que fosse cuidador informal. Relativamente ao cuidador informal neste estudo foi maioritariamente do género feminino (88%) e com uma média de idades de 52 anos, sendo que maioritariamente eram solteiros e possuíam a escola primária incompleta, e tinham uma ligação direta com o idoso (filho). Verificou-se com o estudo que os prestadores de cuidados possuem lacunas a colmatar, sendo elas, na transferência dos idosos, no uso adequado da mecânica do corpo, na mobilização dos idosos, no gerir a oxigenioterapia, no gerir a comunicação e as emoções, e por último gerir a medicação. Após o início das intervenções de enfermagem propostas no estudo, a diminuição da sobrecarga e o aumento da funcionalidade das casas foram evidentes. Embora a dependência dos idosos, o tempo de atendimento e o número de horas sejam fatores que favorecem a sobrecarga, a análise estatística, não permitiu provar isso como um fator influente no nível de sobrecarga.

Em termos de avaliação de sobrecarga do Cuidador, 75% da amostra possui alterações da mesma com sobrecarga intensa e os restantes 25% apresenta sobrecarga ligeira, numa avaliação antes de pôr em prática as intervenções para reduzir a sobrecarga, visto que depois de as pôr em prática existe uma redução significativa da sobrecarga em 75% dos cuidadores. Este artigo foi considerado um estudo piloto, pelo qual será utilizado para futuros projetos.

Em ambos os estudos (E1) e (E2) foi utilizada a escala de Zarit (Escala de Sobrecarga do Cuidador). Escala essa que os cuidadores tiveram que responder a 22 das perguntas, e em ambos os artigos os cuidadores apresentam níveis de sobrecarga do cuidador, mas com especial atenção ao segundo estudo (E2) que somente apresenta alteração antes dos autores do artigo porém em prática as intervenções de enfermagem para diminuir a sobrecarga, visto que após a realização das mesmas a sobrecarga dos prestadores de cuidados diminui.

No estudo realizado por Bello (2014) sobre a sobrecarga do prestador de cuidados em que a maioria dos prestadores apresentava uma média de idades de 52 anos, ambos os estudos apresentam aproximadamente essa idade como média.

Hooyman e Kiyak (2011), no seu estudo sobre gerontologia e envelhecimento no qual estudaram um grupo de idosos com 70 e mais anos de idade identificaram que o ambiente em que estes estão envolvidos, nomeadamente família e amigos influenciam a sua vida, daí virarem o seu interesse para estes, os quais muitas das vezes são as pessoas mais próximas e mesmo cuidadores. Os autores definem também que existem diversos fatores de sobrecarga aos quais o cuidador não está imune tais como os cuidados serem diretos, contínuos, intensos, a necessidade de vigilância constante, desconhecimento ou falta de informações para o desempenho do cuidador, sobrecarga de trabalho para um único cuidador, em especial os problemas de saúde causados pela idade avançada do cuidador, exacerbação de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares.

Vilela (2006), estudou o perfil dos cuidadores de idosos e outras pessoas dependentes e afirma que além de todos estes fatores de sobrecarga referidos anteriormente, a maior parte dos cuidadores são únicos e além de desempenhar essa função têm ainda sob os seus cuidados dependentes na família tais como filhos, netos ou outros parentes portadores de cuidados especiais.

Sequeira (2007) afirma que, quando a sobrecarga de trabalho não pode ser partilhada com outros familiares, o cuidador vai-se afastando progressivamente do seu mundo e tende a viver uma existência de rotinas em que se esforça por não pensar, alternadas por momentos de esgotamento ou mesmo desespero. Com o passar do tempo esta situação pode acabar por refletir-se sobre os próprios doentes, passando estes eventualmente a ser tratados com menos solicitude, serem vítimas de negligência, de irritabilidade ou até mesmo de maus tratos. Deste modo, é essencial saber-se a perceção do próprio cuidador acerca da sua qualidade de vida pois cuidado-

res com uma melhor qualidade de vida prestarão cuidados de melhor qualidade. Ser cuidador requer tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. (Sequeira 2007). As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório. O cuidador vive constantemente sobre sobrecarga física e emocional que influenciam a sua qualidade de vida (Amendola A et al, 2008).

Segundo Inouye et al. (2008) a maioria dos cuidadores não trabalham para dedicar todo o seu tempo nos cuidados aos idosos, têm um nível de instrução baixo, cerca de 60% dedicam pelo menos uma hora por semana para realizar alguma atividades física (caminhada), mas apenas 48% contam com uma pessoa para dividir os cuidados aos fins-de-semana. Estes estudos revelam que segundo os cuidadores, a divisão da tarefa no cuidar é um fator bastante importante para a sua qualidade de vida e expressam alguma necessidade de apoio no planeamento das ações a realizar.

Karsch (2003) acrescenta que o cuidador familiar de idosos, precisa de receber em casa visitas periódicas de profissionais da área da saúde e de outras modalidades de supervisão e capacitação, a fim de orientar como proceder nas situações mais difíceis. O viver e conviver com pessoas que prestam cuidados, mesmo quando estes são realizados com acolhimento, afeto e ternura, é marcado por cansaço, sobrecarga e exaustão, o que coloca a família cuidadora na posição de necessitar, ela própria, de cuidado e atenção. A falta de preparação destes cuidadores é uma realidade de difícil solução a curto prazo tornando importante conhecer o perfil destes indivíduos, pois os problemas vivenciados por estes são distintos, dependendo das condições socioeconómicas e culturais de cada família. (Karsch 2003).

Segundo Santos (2003), é primordial que se ofereçam condições de infraestrutura e suporte para que os familiares possam exercer o papel de cuidadores informais. É necessário que, além de se conhecerem as necessidades de cuidado da pessoa dependente, também se conheça a situação dessas famílias. O conhecimento do perfil dos cuidadores e as suas dificuldades no processo de cuidar permite, aos profissionais de saúde, planejar e implementar ações e atividades de suporte social à família, centrados na realidade do cuidador. Ao analisar os desafios vividos pelo cuidador assim como as suas perspetivas, os profissionais de saúde poderão participar ativamente na assistência ao cuidador de idosos, valorizando-o e dando-lhe suporte nos cuidados. Oferecendo assim capacitação a ele e à sua família sobre como devem lidar com as situações potencialmente

geradoras de conflitos e tensões, a fim de contribuir para a qualidade de vida do ser cuidado, cuidador e família no domicílio. Espera-se assim que os resultados deste estudo tornem visíveis as necessidades de apoio consoante a vivência destes cuidadores informais de idosos. (Santos 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Perante tudo o que já foi referido anteriormente, este artigo tem por base o diagnóstico de saúde realizado no estágio anterior e também tem por base os seguintes pontos que o justificam: a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em Ottawa 1986, a Lei das Bases de Saúde de 1990, VI a Conferência Internacional para a Promoção de Saúde em Bangkok 2005, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e seus eixos (eixo da cidadania e da qualidade), O plano Nacional para Pessoas Idosas, o Decreto-Lei 28/2008 e alguns estudos como por exemplo Hooyman e Kiak 2011, Vilela 2006, Amendola et al 2008, Sequeira 2007, Inouye et al 2008, Karsch 2003 e Santos 2003.

Os cuidados ao idoso por um prestador de cuidados requerem conhecimentos e orientações permanentes de um profissional de enfermagem, conhecimentos esses que permitam fornecer intervenções sobre autocuidado, técnicas de relaxamento, comunicação, gestão de conflitos e tomadas de decisão, que favorecem a qualidade dos cuidados, estas facilitam e ajudam a prevenir complicações ao cuidador e posteriormente ajudam a reduzir e prevenir a sobrecarga de cuidados (Shah et al, 1989).

A mulher é considerada como a líder no que diz respeito aos cuidados do idoso, não sendo de agora, mas que predomina ao longo do decorrer dos anos, sendo ela uma líder nata, com habilidades para o cuidado do idoso (Montalvo et al, 2008). Vaqueiro e Stieповich (2010) referem que a responsabilidade é das mulheres para garantir a saúde da família. Em ambos (E1) e (E2) os estudos utilizados neste artigo, pode-se concluir que o género predominante nos prestadores de cuidados é o feminino, isto deve-se ao fato da mulher se encontrar ligada a responsabilidade pelo cuidado das crianças, visto que está ligada socioculturalmente ao papel das mulheres na sociedade (Borghi et al, 2013).

Melo (2007) refere a importância do cuidador, que esta não pode ser menosprezada, pois influencia diretamente nos cuidados ao idoso, sendo que a prática em saúde é um recurso importante para estimular o autocuidado e promover uma vida mais saudável, através da aquisição de

autoconsciência de saúde. O autor também refere a importância de serem realizadas intervenções de enfermagem para diminuir a sobrecarga dos cuidadores. (Melo, 2007).

Melo (2010) refere que a importância do cuidador não deverá ser ignorada, visto que este influencia a saúde da pessoa idosa e fornece cuidados direto, avaliando necessidades do idoso. O autor ainda menciona que os prestadores de cuidados são um grupo que não são servidos pelo sistema de saúde, pelo que geralmente não são considerados como prioritário e dedicam-se exclusivamente ao cuidar dos outros (Melo, 2010).

Relativamente à dependência, a mesma desencadeia uma diminuição do autocuidado e um aumento de atenção por parte do cuidador, pelo que por vezes muitos cuidados passam o idoso para primeiro plano, ficando eles, os prestadores de cuidados, para segundo plano. Ocampo et al (2007) refere no seu estudo de sobrecarga dos prestadores de cuidados uma associação entre dependência e sobrecarga. Por outro lado, Rodriguez et al (2014) refere no seu estudo que quanto menor o grau de dependência do idoso, menor o grau de sobrecarga do prestador de cuidados, mas isso não se verifica no estudo (E2) em que não existe estatisticamente nenhum significado entre as variantes estudadas, os autores do estudo referem que isso deve-se pelo tamanho da amostra ser insuficiente.

Ocampo et al (2007), refere que ao aplicar a escala de Zarit em prestadores de cuidados de pessoas dependentes descobriu que maioritariamente os mesmos não tinham sobrecarga, e encontrou uma associação significativa entre o grau de dependência e a presença de sobrecarga do prestador de cuidados. Velásquez et al (37), refere no seu estudo que foi provado, que ocorre diminuição da sobrecarga do prestador de cuidados onde existe ações de educação para a saúde.

Por outro lado Leal et al (2008) realizou no seu estudo uma avaliação da sobrecarga antes e depois da implementação de estratégias para diminuir a sobrecarga dos prestadores de cuidados e quanto maior fosse o conhecimento do prestador de cuidados menor seria a sobrecarga existente. Já Lopez e Crespo em 2007 realizaram uma revisão sistemática de diversos programas de intervenção para diminuir a sobrecarga do prestador de cuidados, em que conclui que quando não existe contato direto com essas intervenções as mesmas não são efetivas, ou seja, esses programas devem ser fomentados e realizados de forma a proporcionarem aos prestadores de cuidados um momento de pausa no gerir a sobrecarga. Por outro lado Aguirre (2004) refere que é importante implementar programas para prevenir e diminuir a sobrecarga dos prestadores de

cuidados, como acontece no estudo (E2) pois após a implementação das intervenções de enfermagem, a sobrecarga diminui significativamente em relação ao antes da implementação das intervenções de enfermagem.

Com este trabalho concluímos que é fundamental e essencial investir na investigação, na avaliação e na melhoria da qualidade, sendo que é fulcral trabalhar em equipa e realizar parcerias com outras entidades, pois é benéfico para a população, enriquece a prática da enfermagem e deste modo contribui para um melhoramento da saúde e prevenção da doença a nível da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aguirre K. Depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia y su asociación con la sensación de sobrecarga en el servicio de neurología de la consulta externa de hospitales generales. Anuario Universidad Católica de Ecuador. 2004-2005.

Bello J. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Veracruz Norte, Unidad Médico Familiar nº 66 Xalapa, Veracruz. México. Tesis 2014.

Borgghi A., Castro V., Marcon S., Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013.

Direcção-Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2012.

Figueiredo, D. e Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. Saúde dos idosos, 26 (1): 15-22.

Foster PG, Bennett AM. George JB Dorothea E. Orem. In: George JB, editora. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Hooyman, N., & Kiyak, H. (2011). Social gerontology: a multidisciplinary perspective. Boston: Pearson.

Imaginário, C. (2002): O idoso dependente em contexto familiar - Uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra.

International Council of Nurses. (2011). Classificação internacional para a prática de enferma-

gem. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Inouye , K.; Pedrazzani, E. S.; Pavarini, S. C. I. “Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida”, in Texto contexto – Enfermagem, Vol. 17 n. 2, Florianópolis, 2008 Janis-Le Bris, Hannelore. Responsabilidade Familiar pelos dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias. Lisboa : Conselho Económico e Social, 1994. ISBN 972-95818-9-4

Karsch, U. M. “Idosos dependentes: famílias e cuidadores”, in Cadernos de Saúde Pública, Vol .19, n. 3, Rio de Janeiro, 2003.

Levin, Enid. Carers - problems, strains, and services. [autor do livro] Robin Jacoby e Catherine Oppenheimer. Psychiatry in the Elderly. 3th Edition. Oxford : Oxford university Press, 2002.

Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. Actas Esp Psiquiatría. 2008; 36(2): 63-9. 39

López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. Psicothema. 2007.

Martins, R (2006) Envelhecimento e políticas sociais ,[em linha] [Consultado no dia 2 de Maio de 2017] disponível na internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>

Martins, T. Araújo M.F. Peixoto M.J Machado P.P, (2016) A Pessoa dependente e o Familiar Cuidador .Enfermagem. Porto, Lusodidacta.

Melo De Souza L, Wegner W, Pinto M. Health Education a Strategy of care for the lay caregiver. Rev Latinoam Enfermagem. 2007.

Montalvo A, Flórez I. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia. Un estudio comparativo. Salud Uninorte. 2008.

Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Lobo L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colombia Médica. 2007.

Oliveira, J. H. B. (2005). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. 2ª Edição. Porto: Legis Editora.

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa - Conferência Internacional sobre a promoção da saúde. Ottawa: OMS. Organização Mundial de Saúde (2005). Carta de Bangkok - 6ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Bangkok: OMS.

Rodríguez M, Landeros M. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. Universidad de Guanajuato. México Junio 22 de 2014.

Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of life research* 12. (suppl.1), 33-41.

Sanchez F. L. & Ulacia, J. C. O. (2006). *Sexualidad en la vejez*. 2ª edición. Madrid: Ediciones Pirámide.

Santos, T. S. dos. “Gênero e políticas sociais: novos relacionamentos sobre a estrutura familiar” in *SER Social*, Vol. 10, n. 22, 2003.

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 2(12), 9-16.

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

Sthanhope M., Lancaster, J. (1999) *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Familiar e Individuos*. Lisboa: Lusociência.

Vaquiros S, Stieповich J. Cuidador informal. Un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm*. 2010.

Velásquez V, López L, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas. Una perspectiva cultural. *Rev. salud pública*.

Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>

Zarit, S., Reever, K. e Bach- Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20: 649-655.

ERRATA DO ESTUDO**Cuidar + “Sobrecarga dos Prestadores de Cuidados de Utentes Dependentes”**

Página	Linha	Lê-se	Deve ler-se
18	20	“nossa comunidade(Calçada, 2013).”	“nossa comunidade (Calçada, 2013).”
18	21	“O presente trabalho surge no âmbito do Estágio Final”	“O presente trabalho surge, no âmbito do Estágio Final”
19	18	“Relativamente ao trabalho encontra-se”	“Relativamente ao trabalho, este encontra-se”
20	6	“Enfermeiro Especialista em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública”	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública”
20	10	“relatando as principais dificuldades”	“relatando às principais dificuldades”
21	6	“combina varias vertentes”	“combina várias vertentes”
22	3	“enfermeiro especialista em comunitária e saúde pública”	“Enfermeiro Especialista em Comunitária e Saúde Pública,”
22	6	“doenças cronicas traduzem-se”	“doenças crónicas traduzem-se”
22	8	“com enfase na capacidade”	“com ênfase na capacidade”
22	10	“enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública”	“Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública”
22	21	“adquiri competências”	“adquire competências”
25	1	“É necessário que introduzir”	“É necessário introduzir”
25	15	“Clara referencia a cultura”	“Clara referência a cultura”
29	18	“pensamento dos anteriores”	“ pensamento dos autores anteriores “
31	31	“família” (2006:46).”	“família” (ICN, 2006:46).”
33	14	“composta por 28 questões”	“composta por 29 questões”
33	16	“em que das 28 questões”	“em que das 29 questões”
35	22	“direito até 3 meses”	“direito até ao máximo 3

			meses”
45	14	“concelho de lagoa”	“concelho de Lagoa”
50	4	“resposta a este nível assim no quadro acima apresentado permite conciliar, a sua localização geográfica, o horário de funcionamento e a sua capacidade.”	“resposta a este nível.”
50	7	“resposta a este nível assim no quadro acima apresentado permite conciliar, a sua localização geográfica, o horário de funcionamento e a sua capacidade.”	“resposta a este nível.”
56	18	“(> 65anos)”	“(maior 65anos)”
58	7	“géneros a esperança medica”	“géneros a esperança média”
72	13	“anexo II e o guião da entrevista o anexo III.”	“anexo B e o guião da entrevista o anexo C.”
74	13	“de Ética da ARS Algarve.”	“de Ética da ARS Algarve. (anexo D)”
84	21	“nas tertúlias. (anexo IX).”	“nas tertúlias. (anexo I).”
96	24	“como se encontra no anexo VII);”	“como se encontra no anexo Q, R, S);”
97	3	“no site da instituição”	“no site da instituição (anexo W)”
97	5	“projeto (como se encontra no anexo XII);”	projeto (como se encontra no anexo L);”
102	23	“ultrapassar esta barreira”	“ultrapassar a mesma”
102	25	“já com atividades”	“já com muitas atividades”

102	25	“Não atingido (mas já com muitas atividades estruturadas e realizadas).”	“Atingido Parcialmente”
103	9	“Não atingido.”	“Atingido Parcialmente”
107	17	“Não atingido.”	“Atingido Parcialmente”
103	21	“80% dos prestadores de cuidados sem sobrecarga;”	“Que 80% dos prestadores de cuidados não possuam sobrecarga;”
103	25	“Não atingido.”	“Atingido Parcialmente”
103	30	“50% dos prestadores de cuidados;”	“Que 50% dos prestadores de cuidados participem nas atividades”
104	7	“Não atingido.”	“Atingido Parcialmente”
104	13	“Não atingido.”	“Atingido Parcialmente”
105	25	“Intervenção Comunitária, é uma necessidade”	“Intervenção Comunitária, sendo que esta é uma necessidade”
106	4	“prática, minimizado este”	“prática, este”
110	3	“consiga realizar a mesma (Anexo XXVI).”	“consiga realizar a mesma (Anexo Z).”
111	15	“Como isto não foi possível averiguar também não se conseguiu realizar as tertúlias que seriam em prol dos prestadores de cuidados dos utentes dependentes.”	“Como isto, não foi possível, realizar as tertúlias que seriam em prol dos prestadores de cuidados dos utentes dependentes.”
117	7	“Por tudo o que referi, julgo ter conseguido alcançar e consolidar esta competência, uma vez que consegui concretizar”	“Por tudo o que referimos, julgo termos conseguido alcançar e consolidar esta competência, uma vez que conseguimos concretizar”
119	20	“Durante todas as intervenções realizadas, procurei tomar decisões éticas, apoiadas em princípios e valores e normas deonto-	Durante todas as intervenções realizadas, procuramos tomar decisões éticas, apoiadas em princípios e valores e

		lógicas, como por exemplo não inicieí”	normas deontológicas, como por exemplo não iniciamos”
120	24	“foi-me possível a aquisição desta competência, pois pela primeira vez, fiz parte”	“foi-nos possível a aquisição desta competência, pois pela primeira vez, fizemos parte”
121	1	“descrito no relatório, tentei ao máximo”	“descrito no relatório, tentamos ao máximo”
122	4	“Procurei desenvolver o autoconhecimento e assertividade, de modo a desenvolver e promover conhecimentos sobre sobrecarga dos prestadores de cuidados informais de pessoas dependentes, reconhecendo os meus recursos e limites quer pessoais, quer profissionais, procurando sempre ajuda com a minha orientadora.”	“Procuramos desenvolver o autoconhecimento e assertividade, de modo a desenvolver e promover conhecimentos sobre sobrecarga dos prestadores de cuidados informais de pessoas dependentes, reconhecendo os nossos recursos e limites quer pessoais, quer profissionais, procurando sempre ajuda com a orientadora.”
123	30	“Permitiu-me ainda, desenvolver”	“Permitiu-nos ainda, desenvolver”
124	1	“Desenvolvi competências, de compreensão”	“Desenvolvemos competências, de compreensão”