



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 de QUEM CUIDA

José Luis Carochinho Baião Espinho

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

CUIDAR de QUEM CUIDA

José Luis Carochinho Baião Espinho

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“A velhice apenas priva os homens das qualidades inúteis à sua sabedoria.”

Joseph Joubert

RESUMO

CONTEXTO: A abordagem do cuidado ao idoso dependente requer uma estratégia ampla e multidimensional. A presença de doença prolongada de um membro da família representa uma situação de stress. Os cuidadores informais tornam-se numa população vulnerável.

OBJETIVO: Promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores dos utentes em ECCI da UCC de Serpa no âmbito das competências de cuidar.

METODOLOGIA: Utilizou-se a metodologia do planeamento em saúde, a recolha dos dados realizou-se através da aplicação de formulários para caracterizar do ponto de vista sócio demográfico a população alvo. Através da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, avaliou-se a sobrecarga do cuidador.

RESULTADOS: O diagnóstico da situação revelou que os elementos estressantes mais relevantes estavam relacionados com “AS EXPECTATIVAS FACE AO CUIDAR”, nomeadamente: **medos, receios e disponibilidades**.

CONCLUSÕES: As intervenções permitiram capacitar os cuidadores para a gestão destes fatores reduzindo o stress a que estão sujeitos.

DESCRITORES: Cuidador informal, Enfermagem, Stress

ABSTRACT

CARING FOR CAREGIVERS

CONTEXT: The approach to dependent elderly care requires a broad and multidimensional strategy. The presence of prolonged illness of a family member represents a stressful situation. Informal caregivers become a vulnerable population.

OBJECTIVE: To promote the empowerment of the caregivers of the users in ECCI of the UCC of Serpa within the scope of the competencies of caring.

METHODOLOGY: The methodology of health planning was used, data collection was performed through the application of forms to characterize from a socio-demographic point of view the target population. Through the application of the Caregiver Overload Scale, the caregiver overload was evaluated.

RESULTS: The situation diagnosis revealed that the most relevant stressors were related to "THE EXPECTATIONS FACE TO CARE", namely: fears, and availabilities.

CONCLUSIONS: The interventions enabled the caregivers to be trained to manage these factors, reducing the stress to which they are exposed.

KEYWORDS: Informal caregiver, Nursing, Stress

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – População Portuguesa Residente por sexo e grupo etário, 2001 e 2011	25
Figura 2 – Percentagem de Idosos em Portugal, em 2011	25
Figura 3 – Representação do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	43

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – “Estrutura da População Portuguesa”	27
Quadro 2 – “Utentes Inscritos no Centro de Saúde de Serpa por Género e Grupo Etário”	49
Quadro 3 – “Distribuição da População Segundo os níveis Gerais de Sobrecarga?”	57
Quadro 4 – Item “1- Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?”	58
Quadro 5 – Item “2- Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?”	58
Quadro 6 – Item “3- Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?”	59
Quadro 7 – Item “6- Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?”	59
Quadro 8 – Item “9- Sente-se esgotado quando está junto do seu familiar?”	60
Quadro 9 – Item “10- Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do s seu familiar?”	60
Quadro 10 – Item “11- Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?”	61
Quadro 11 – Item “12- Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter que cuidar do seu familiar?”	61
Quadro 12 – Item “13- Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o visitarem devido ao seu familiar?”	62

Quadro 13 – Item “17- Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?”	62
Quadro 14 – Item “22- Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?”	63
Quadro 15 – Item “4- Sente-se envergonhado quando está junto/a do seu familiar”?	63
Quadro 16 – Item “5- Sente-se irritado quando está junto/a do seu familiar”?	64
Quadro 17 – Item “16- Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo.”	64
Quadro 18 – Item “18- Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?”	65
Quadro 19 – Item “19- Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?”	65
Quadro 20 – Item “20- Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?”	66
Quadro 21 – Item “ 21- Considera que podia cuidar melhor do seu familiar?”	66
Quadro 22 – Item “15 –Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem ?”	67
Quadro 23 – “Item 14- A credita que o seu familiar espera que você cuide como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?”	68
Quadro 24 – Item “8- Considera que o seu familiar está dependente de si?”	68
Quadro 25 – Item “7- Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?”	69
Quadro 26 – “Resumo dos resultados dos itens 7,8 e 14”	69

Quadro 27 – “Objetivos atividades indicadores e metas”	73
Quadro 28 – “Avaliação dos indicadores”	77
Quadro 29 – “Scores da ESC obtidos nos itens 7,8 e 14 antes e depois da implementação do projeto”	79

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1- PLANEAMENTO EM SAÚDE	19
2- O ENVELHECIMENTO	23
2.1- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	26
3- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	28
3.1- AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE UCC E A EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS ECCI	28
4- O CUIDADOR INFORMAL	30
4.1- A SOBRECARGA E STRESS DO CUIDADOR INFORMAL	32
5- A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	36
5.1- COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	37
5.2- COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	38
5.3- O MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	40
6- INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NO CUIDADOR INFORMAL	44
6.1- CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS	44
II-ENQUADRAMENTO PRÁTICO	47
1- CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	48
1.2- A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	49

2- O ESTÁGIO	51
2.1- METODOLOGIA	51
2.2- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	53
2.2.1- Caracterização Geral da População/Utentes	53
2.2.2- Problemas Identificados	70
2.2.3- Necessidades Determinadas	70
2.3- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	71
2.4- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	72
2.5- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	74
2.6- PREPARAÇÃO OPERACIONAL/OPERACIONALIZAÇÃO	74
2.7- AVALIAÇÃO	76
3- REFLEXÃO CRÍTICA: O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	80
4- CONCLUSÃO	84
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	92
ANEXO I – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR	93
ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA DE SAÚDE E BEM-ESTAR UNIVERSIDADE DE ÉVORA	96
APÊNDICES	98
APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR	99
APÊNDICE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “CUIDAR DE QUEM CUIDA”	102

APÊNDICE III – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA A APLICAR AOS CUIDADORES NO DOMICILIO	106
APÊNDICE IV – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	110
APÊNDICE V – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	112

INTRODUÇÃO

Inserido na Unidade Curricular do Estágio Final e Relatório do I Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ocorre a realização do relatório de estágio que pretende apresentar uma reflexão sobre todas as atividades realizadas ao longo do estágio que permitiram a aquisição das competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública durante a implementação do projeto de intervenção comunitária: “*Cuidar de Quem Cuida*”.

Como objetivo geral deste relatório e também de acordo com os objetivos gerais de aprendizagem traçados para a área da especialização pretende-se:

- Apresentar e analisar as atividades desenvolvidas evidenciando a capacidade de reflexão sobre as práticas realizadas, baseada nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Como objetivos específicos deste relatório foram estabelecidos os seguintes:

- Demonstrar a aquisição de conhecimentos sobre a metodologia científica da investigação quantitativa;
- Aprofundar os conhecimentos relativamente ao planeamento em saúde visando a promoção da saúde ao indivíduo/grupo e comunidade;
- Aplicar e refletir sobre os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de mestrado;

O envelhecimento da população assume-se hoje como uma realidade incontornável nas sociedades mais desenvolvidas. Portugal acompanha esta tendência enfrentando um envelhecimento progressivo da sua população. Como consequência desta realidade afiguram-se vários cenários preocupantes, nomeadamente prevê-se um aumento de pessoas com doenças crónicas, o que por sua vez potencia o aparecimento de situações de dependência no seio das famílias sobretudo dos seus membros mais idosos. Estes passam a precisar de cuidados, sobretudo daqueles que lhe estão mais próximos. Durante o estágio pretendeu-se abordar o impacto que a prestação de cuidados tem nos cuidadores

informais das pessoas idosas dependentes no domicílio que estão sob os cuidados da Equipe de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

As principais características que definem um cuidador informal são aquelas que incluem uma pessoa que providencia algum tipo de assistência de forma contínua, não remunerada a outra pessoa com alguma doença crónica com um grau de dependência, estes prestadores de cuidados diferem nas relações que têm com aqueles que são alvo dos seus cuidados, podem ser filhos, cônjuges, parentes mais afastados ou simplesmente amigos. As condições de vida também são muitas vezes diferentes de cuidador para cuidador, por exemplo se coa-habitam com a pessoa de quem cuidam ou o contrário, as próprias condições clínicas da pessoa alvo dos seus cuidados são por vezes muito diversas. Outros estudos diferem substancialmente na análise destas dimensões relativas ao cuidador quando os incluem ou excluem os cuidadores da sua população alvo de estudo (Roth, Fredman, & Haley, 2015).

Assim o cuidador informal mais comumente conhecido e aceite na nossa sociedade é todo aquele que presta assistência a alguém dependente que é na maioria dos casos seu familiar, este tipo de prestação nunca ou quase nunca é remunerado, estes cuidadores não têm qualquer tipo de preparação prévia para a assunção deste papel, este aparece de forma quase sempre súbita e inesperada, originando assim uma responsabilidade adicional que se traduz num aumento da sobrecarga/stress nestes cuidadores (Njoku, 2015).

O ato de cuidar de alguém acarreta um enorme desafio, envolve uma dedicação quase completa e exclusiva, que se pode arrastar por enormes períodos de tempo despendidos com a pessoa dependente na prestação de cuidados a todo este contexto está também associado um desgaste físico e uma grande carga emocional e mental.

Este tipo de prestação de cuidados às pessoas com dependência desenrola-se no domicílio o que exige um envolvimento das famílias, no sentido de as mesmas serem capazes de garantir a continuidade da prestação de cuidados. Esta situação é sempre geradora de stress que atinge não só o cuidador em si como também aquele que é alvo dos cuidados (Souza et al., 2015).

Assim os cuidadores informais têm necessidade de que se cuide deles, tendo em conta que muitas vezes não recebem ajuda de ninguém (Amendola & Oliveira, Maria Amélia de Campos; Alvarenga, 2011) e tornam-se vulneráveis a problemas de saúde.

Este problema constitui uma preocupação que lança simultaneamente desafios à sociedade em geral, obriga a repensar prioridades no âmbito das políticas sociais e de saúde. Com a reforma dos cuidados de saúde primários e da estreita articulação entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, foi criada pelo Decreto-lei n.º 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), onde se enfatiza a premissa de que os cuidados devem ser centrados no utente e na família (Rocha, 2014). São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e apoio social de maneira continuada e integrada aos indivíduos que apresentem um grau de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados promovem a integração da família como elemento ativo na prestação de cuidados ao familiar dependente, na procura da sua autonomia através da recuperação da sua funcionalidade total ou parcial (Ministério da Saúde, 2016).

Dentro das várias tipologias de cuidados da RNCCI destacam-se: convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção, paliativos e com o objetivo de garantir os cuidados no domicílio a todos os indivíduos que apresentem dependência, foram criadas as ECCI (Ministério da Saúde, 2016).

Enfatizando os medos, receios e disponibilidades do cuidador como sendo sinais já identificados pela equipa de cuidados da ECCI e que suscitaram a necessidade de um estudo mais aprofundado e no sentido de se caracterizar melhor esta situação e utilizando a metodologia do planeamento em saúde com a realização da primeira etapa constituída pelo diagnóstico de saúde efetuado à população alvo, constituída por todos os cuidadores informais dos utentes em ECCI, num total de 12, foi então identificado e confirmado a nível das “*expectativas face ao cuidar*”, os medos, receios e disponibilidade do cuidador, como sendo os principais geradores de stress nestes cuidadores.

Perante a pertinência e complexidade do tema foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Comunitária designado “Cuidar de quem cuida”, consignado à capacitação e empoderamento dos cuidadores informais. O projeto, ancorado na metodologia do Planeamento em Saúde, tem como objetivo geral:

- Promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores informais dos utentes em ECCI da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Serpa, no âmbito das suas competências de cuidar.

Como objetivos específicos traçaram-se os seguintes:

- Capacitar os cuidadores informais na adoção de estratégias para a diminuição da sobrecarga associada aos fatores identificados como geradores de stress, orientando-os para a promoção do autocuidado no controlo destes mesmos fatores.
- Envolver a equipa multidisciplinar da UCC.
- Promover a constituição de grupos de cuidadores para ajuda mútua.

Este relatório está organizado em duas partes distintas, mas complementares sendo a primeira referente ao Enquadramento Teórico onde se fundamenta a importância e a pertinência do tema que é objeto de estudo, fazendo referência aos cuidadores informais e ao stress associado ao cuidar.

Na segunda parte apresenta-se o Enquadramento Prático, onde se procede à caracterização do local de estágio as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio, referindo as etapas do planeamento em saúde que serviram de base à realização do estágio e por último faz-se uma reflexão sobre as competências mobilizadas e as adquiridas específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) decorrentes do caminho percorrido durante o estágio nesta fase do mestrado.

Este relatório apresenta uma parte final conclusiva e as referências bibliográficas que serviram de sustentação e suporte à sua realização, está estruturado conforme o estipulado pelo regulamento de estágio profissional e relatório final do Mestrado em Enfermagem em Associação da Universidade de Évora. As referências bibliográficas estão de acordo com as normas da APA 6ª edição e foram introduzidas no documento de forma automática e sempre que solicitado com o recurso ao software informático “*Mendeley-Desktop® V-1.17.9*”

I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- PLANEAMENTO EM SAÚDE

Toda e qualquer intervenção na área da saúde necessitaria de ser organizada e planeada de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, este de uma maneira geral determina e orienta aquilo que tem que se fazer e como fazer. O planeamento em saúde caracteriza-se por um processo que envolve um exercício de sensibilidade e razão, é dirigido a atividades de maior ou menor complexidade, arquitetando a construção de planos para dar resposta aos problemas identificados na área da saúde (Pereira, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) teve uma ação preponderante como impulsionadora do desenvolvimento do planeamento em saúde. A conferência de Alma Ata em 1978 recomendou aos governos dos países que criassem e aperfeiçoassem a sua estrutura administrativa aplicando métodos de gestão adequados no sentido de planear e implementar os cuidados de saúde primários.

O planeamento em saúde tem como objetivo fornecer as bases de sustentação teórica que permitam, a quem vai planear uma compreensão global de todo o sistema social e institucional em que está inserido e onde se vai desenvolver a ação. O crescente interesse pelo planeamento das ações em saúde aparece como resultado de um crescente grau de complexidade que o processo de trabalho nesta área tem vindo a registar, nomeadamente, as mudanças que se têm vindo a desenvolver a nível das condições de vida e saúde das populações. As campanhas de educação para a saúde, a abordagem das doenças a nível epidemiológico através dos programas de controlo das doenças, são atividades que já incluem a utilização na prática do planeamento em saúde (Teixeira, 2010).

Para que se concretize um Plano um Programa ou Projeto em Saúde é necessário percorrer-se um processo com certos e determinados passos, em que a sua omissão poderia levar a uma má prestação de cuidados (Tavares, 1990). Assim de acordo com Imperatori & Giraldes (1993), o primeiro destes passos é o **Diagnóstico da Situação**, onde se pretende identificar as necessidades da população alvo ou beneficiária, este diagnóstico deve obedecer às seguintes características: ser suficientemente alargado; suficientemente aprofundado; sucinto; suficientemente rápido; suficientemente claro e corresponder às necessidades do

próprio processo de planeamento. Ainda segundo Imperatori & Giraldes, (1993) deve ainda esta fase do planeamento fazer a descrição preferencialmente quantitativa da situação, identificar os fatores que a determinam, fazer a análise da sua evolução e perspectivas e por último fazer uma avaliação, que deve concluir se é ou não satisfatória. O diagnóstico implica que se tenha a noção da causalidade e a sua evolução e repercussão no futuro. É ainda recomendável que o tempo destinado ao diagnóstico de situação não se prolongue demasiado, sem, no entanto deixar de ter em conta a complexidade da situação, as especificidades da área de implementação e sobretudo a utilização dos recursos disponíveis.

A fase seguinte é a **Determinação ou Seleção de Prioridades**, esta fase está diretamente ligada com a anterior, os problemas que foram identificados, devem ser hierarquizados segundo uma ordem de prioridades. Estes devem refletir a magnitude do problema, a transcendência com a valorização da importância segundo os grupos etários e por último a vulnerabilidade que corresponde à possibilidade de prevenção (Tavares, 1990).

A **Fixação de Objetivos** é a terceira fase, estes devem corresponder aos resultados planeados em termos de estado do que se espera para a população alvo, pela realização dos projetos que constituem os programas e que no seu conjunto constituem verdadeiramente os planos assim designados (Tavares, 1990). Imperatori & Giraldes (1993) referem que os objetivos têm que ser pertinentes, isto é relacionar-se com o problema, precisos, realizáveis e têm que ser mensuráveis. Quando definimos objetivos temos que atender essencialmente a cinco aspetos:

- A natureza da situação desejada
- Os critérios de sucesso ou de fracasso
- A população alvo do projeto
- A zona de aplicação do projeto
- O tempo em que deverá ser atingido

Os objetivos devem ser interdependentes e sequenciais, isto é, devem ser hierarquizados, surge assim a formulação de objetivos gerais e específicos. Se o objetivo geral, como se designa, se refere a uma determinada situação que se pretende alcançar, mas é estabelecido de uma maneira genérica, os objetivos específicos devem por si detalhar e particularizar aspetos específicos dessa situação (Tavares, 1990). A fixação de objetivos deve ser realizada de forma abrangente e ter em consideração a política que está subjacente aos pla-

nos nacionais de saúde. Na seleção dos indicadores deve-se estabelecer a relação entre uma determinada situação específica e a população que está sujeita a esse risco. Devem considerar-se essencialmente dois tipos de indicadores: os de resultado ou impacto e os de atividade, execução ou processo. Os primeiros medem as alterações verificadas num problema, ou mostram a situação atual desse problema, os segundos quantificam atividades em ordem ao cumprimento de metas e conseqüentemente o cumprimento dos objetivos. Essencialmente o que se deve esperar de um indicador é que ele meça adequadamente aquilo que se quer medir.

A etapa seguinte refere-se à **Seleção de Estratégias** esta é a 4ª etapa do planeamento em saúde pretende-se que seja criado um conjunto de processos específicos de atuação, propondo um conjunto lógico de atividades específicas, organizadas com a finalidade de se atingirem os objetivos anteriormente estabelecidos. Segundo Imperatori & Giraldes, (1993), devem atender-se às seguintes etapas na realização de estratégias de saúde:

- Estabelecer critérios de conceção de 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 as estratégias e os objetivos

A fase seguinte é a **Elaboração de Programas e Projetos**, entendendo-se como projeto um conjunto de atividades que contribuem para a execução de um programa a decorrer num período bem delimitado de tempo. Um programa é o conjunto de procedimentos considerados indispensáveis à execução de uma estratégia que se desenvolvem continuamente ao longo do tempo.

A **Preparação da Execução** pretende evidenciar as inter-relações que existem entre as atividades, evitar tarefas repetitivas e que estas se acumulem em determinados períodos de tempo resultando em atropelos que dificultem a sua execução. Deve recorrer-se à realização e execução de planos operacionais atendendo a quatro realidades fundamentais: as

que estão relacionadas com orçamentos (dinheiro); com comportamentos (regulamentos); com métodos (procedimentos) e com os tempos de realização (programações) (Tavares, 1990).

A **Avaliação** constitui a fase final de todo o método do planeamento ela, deve ser específica e ao mesmo tempo pertinente, em primeiro lugar a sua primeira função deve ser determinar o grau de sucesso da realização de um determinado objetivo, deverá elaborar um juízo de acordo com critérios e normas. Na avaliação existem dois paradigmas, um empírico que recorre a dados objetivos de carácter dedutivo e outro do tipo normativo, qualitativo, subjetivo e de carácter indutivo (Tavares, 1990). Segundo Imperatori & Giraldes (1993) um dos principais obstáculos nesta fase é a inexistência ou insuficiência de informação o que influencia o grau de precisão de uma avaliação. Assim deverá procurar-se um equilíbrio entre a precisão e a previsão das intervenções futuras, de forma a evitar um grau de precisão excessivo que não se traduza diretamente na melhoria das atividades. Só através de uma correta avaliação se permite fazer uma comparação entre a realidade inicial e final do problema, relacionando os momentos antes e após a realização de um projeto. Devem-se relacionar as atividades realizadas com a pertinência dos objetivos que foram estabelecidos e as necessidades identificadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

2- O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é uma realidade em todo o mundo e o continente europeu é atingido por este fenómeno com particular incidência (Sebastião & Albuquerque, 2009). Deve-se essencialmente a uma enorme redução da mortalidade nas idades mais jovens particularmente durante a infância e ao nascer e também na redução das mortes devidas às doenças infecciosas nos países com fracos e médios recursos outra importante razão para o envelhecimento das populações é a diminuição acentuada dos nascimentos (European Commission, 2015). O envelhecimento implica alterações naturais e graduais da pessoa a vários níveis, físico, psicológico e social, podendo destacar-se como mais frequente a diminuição da capacidade de adaptação às alterações do meio ambiente, com o avançar da idade assiste-se a um aumento da prevalência das doenças crónicas que também elas acabam por precipitar o aumento desta incapacidade (Galvão et al., 2008).

O processo de envelhecimento apresenta assim fundamentalmente três dimensões a considerar, a nível biológico a senescência que respeita às alterações fisiológicas que resultam numa fraqueza física e mental com tendência a agravar-se à medida que este processo avança; a nível psicológico assinalado por uma maior ou menor perda da capacidade de autorregulação da pessoa face ao processo de senescência anteriormente descrito e por último uma componente social relativamente aos papéis sociais representados de acordo com o que a sociedade atribui e espera do indivíduo idoso (Schneider & Irigaray, 2008).

Nos países de maiores recursos e com rendimentos mais elevados é expectável um aumento da esperança média de vida que é conseguida essencialmente através do declínio das taxas de mortalidade nos mais idosos (OMS, 2015). Assim a população em todo o mundo está a envelhecer rapidamente com o consequente aumento da procura dos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde de longa duração, exigindo também equipas de cuidadores mais alargadas, mais bem preparadas e treinadas. As estruturas arquitetónicas dos edifícios devem também elas ir de encontro às necessidades específicas desta população, devendo tornar-se amigáveis da população idosa, melhorando as condições de acessi-

bilidade essencialmente com a redução ou total eliminação das barreiras físicas que tantas vezes dificultam o livre acesso destas pessoas aos edifícios.

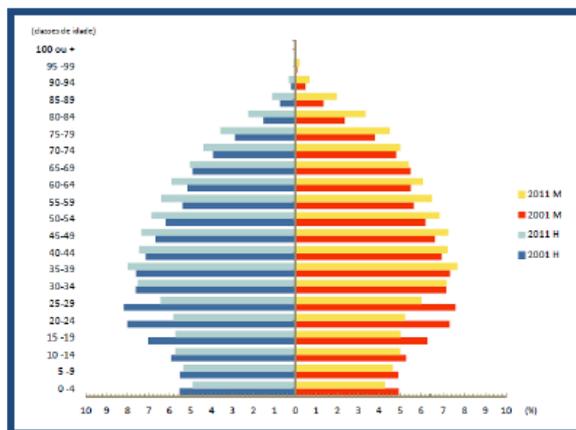
Estes esforços devem ser de carácter global atingindo tanto a comunidade em geral, como em particular as famílias. As sociedades que se consigam adaptar a estas mudanças demográficas da população e ao mesmo tempo investirem na promoção da saúde dos idosos conseguirão que os membros das suas comunidades vivam mais tempo e de forma mais saudável (Carneiro, 2012). Para garantir este último objetivo, a Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2016 delineou um plano de estratégia e ação o “*Global strategy and action plan on ageing and health*”. Este plano de estratégia foca-se essencialmente em cinco objetivos e constitui um importante passo no sentido de estabelecer uma estrutura que permita conseguir um envelhecimento saudável para todos. Inclui uma recomendação para todos os países no sentido de estes estabelecerem um compromisso para desenvolver ambientes amigos dos idosos. Realça também a necessidade do alinhamento dos serviços de saúde de forma a garantirem sistemas eficazes de cuidados de longa duração a idosos, tanto a nível institucional como domiciliário (OMS, 2016).

Em Portugal o envelhecimento é também um fenómeno bem presente na nossa sociedade e uma realidade atual. Este é um processo de causas múltiplas estando numa primeira abordagem diretamente relacionado com a redução do número de nascimentos (Carneiro, 2012) e também com o aumento da esperança média de vida, que se tem vindo a acentuar ultimamente atingido valores de 76,67 anos para os indivíduos do sexo masculino e 82,59 anos para os do sexo feminino, mais concretamente no período compreendido entre 2010 e 2012 (INE, 2014).

O fenómeno da emigração tem vindo a acentuar-se cada vez mais, em consequência dos jovens procurarem melhores condições de vida noutros países, contribuindo para o aumento do envelhecimento da população. A pirâmide etária da nossa população, abaixo representada no intervalo de 10 anos (2001 a 2011), começa a adquirir a forma característica de uma população envelhecida, a base da pirâmide vai apresentando um estreitamento em contraste com um alargamento progressivo até ao topo o qual culmina com uma tendência de alargamento (fig. 1), muitas vezes esta forma particular de pirâmide é referida na litera-

tura como forma de “urna”, que caracteriza a tendência de envelhecimento de uma população (Araújo, 2010).

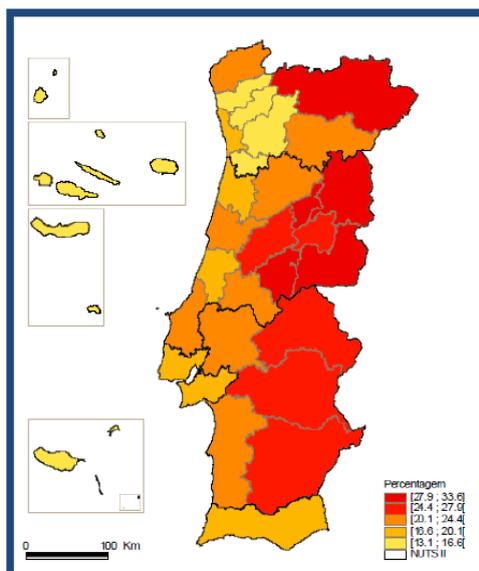
Figura 1 – População portuguesa residente por sexo e grupo etário, 2001 e 2011



(Fonte: INE: Censos 2011, Resultados Definitivos: Portugal, 2012).

No contexto nacional o Alentejo apresenta o índice de envelhecimento mais acentuado (fig. 2) onde se fazem sentir mais a influência dos fatores de envelhecimento atrás descritos, podendo estes aspetos ser reversíveis apenas com a aplicação de políticas locais e regionais que incentivem à fixação dos jovens e facultem a promoção da qualidade de vida.

Figura 2 – Percentagem de Idosos em Portugal, em 2011



Fonte: INE: Censos 2011, Resultados Definitivos: Portugal, (2012).

2.1- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Nos estudos de saúde das populações, difundidos em todo o mundo é frequentemente referido que a idade é o fator preponderante e o que mais interfere com o estado de saúde dos indivíduos e constitui-se como o risco com maior prevalência de mortalidade e morbidade que estes enfrentam (ONU, 2015). O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas. Estas alterações determinam uma perda progressiva da capacidade de adaptação ao ambiente causando situações de grande vulnerabilidade e um potencial aumento de se desenvolver um processo patológico. Uma das consequências do envelhecimento é uma perda gradual da capacidade funcional que aumenta com a idade. Assim das adversidades mais importantes em termos de saúde que está associada à idade é a perda da capacidade funcional e a consequente dependência esta traduz-se fundamentalmente pela perda da capacidade em realizar atividades de vida diária que pode ser causada por limitações físicas ou cognitivas (Areosa & Areosa, 2008).

A capacidade funcional pode ser definida como a aptidão de um indivíduo para realizar as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária necessárias e suficientes para se manter autónomo e independente. A autonomia pode ser definida como a faculdade de agir de forma independente e de tomar decisões relativas à sua própria vida, pode também ser definida como a capacidade de tomar decisões e realizar atividades sem a ajuda de outros (Areosa & Areosa, 2008), contudo autonomia e independência não são conceitos interdependentes, uma vez que um indivíduo pode ser autónomo e não ser independente, como o caso concreto de um indivíduo que após sofrer um acidente vascular cerebral que afetou a parte motora, mas não a cognitiva, ficando assim este indivíduo capaz de tomar as suas decisões mas fisicamente fica completamente dependente de outros (Galvão et al., 2008).

Fazendo referência aos dados dos Censos de 2011, a população total residente em Portugal, era de 10 561 614 habitantes. Analisando a população de 2011 com a apurada nos

Censos de 2001 como se mostra a seguir (Quadro 1), observa-se uma redução relativamente aos jovens, de 16% para 14,9% (com menos de 15 anos de idade), um

Quadro 1- Estrutura da População Portuguesa

(%)	2001	2011
0-14 anos	16,0	14,9
15-64 anos	67,6	66,0
65+ anos	16,4	19,1

Fonte: INE, Censos 2001 e Censos 2011.

aumento dos idosos de 16,4% para 19,1% (65 e mais anos de idade) e também uma redução da população ativa de 67,6% para 66% (dos 15 aos 64 anos de idade).

A relação entre o número de idosos e de jovens apresentou em 2010 um índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (Carneiro, 2012).

No nosso país, tradicionalmente os familiares mais diretos (esposas, pais, maridos), formam a grande coluna dos cuidadores de pessoas idosas com algum grau de dependência. Apesar da tendência de transformação nas políticas e alteração nas diversas situações de dependência, os membros da família continuam a ser os principais cuidadores.

A família tende a adotar novas maneiras de se estruturar para fazer frente a um aumento da esperança de vida e dos cuidados inerentes aos seus familiares cada vez mais idosos. Esta reestruturação remete para o papel que cada elemento tem dentro da família e fora dela, atende às normas e princípios sociais e contempla o tipo de relacionamento existente entre aqueles que cuidam e os que são alvo de cuidados, mas considera também o tipo de suporte que é oferecido no âmbito formal e o modo como a dimensão formal e informal interagem entre si acabando também por se complementar (Carneiro, 2012).

Neste contexto as situações de dependência dos mais idosos têm levantado uma onda de preocupação, tem-se vindo a acentuar cada vez mais a necessidade de cuidados de longa duração, muitas vezes fornecidos pelas redes de apoio familiar e comunitário, esta situação obriga a uma nova estruturação no contexto social, político e económico procurando uma resposta mais eficiente para estas situações. Este processo de reestruturação tem como objetivo comum proteger e acompanhar as pessoas com dependência e as suas famílias.

Na verdade, a família foi e continua a ser o núcleo de solidariedade intergeracional privilegiado ao desempenhar uma função fundamental no restabelecimento, manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros, através da prestação de suporte em situações de necessidade de cuidados, mais ou menos profundos, e /ou mais ou menos permanentes.

3- A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é constituído por um conjunto de instituições e serviços dependentes do Ministério da Saúde (MS), que têm como missão essencial garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. Estas instituições e serviços de saúde têm que dar resposta a uma nova realidade emergente resultante de um grupo de pessoas, geralmente idosas que tem tendência a aumentar e neste grupo a característica fundamental é a perda da autonomia e consequente necessidade de respostas de cuidados continuados adequados às suas carências, estes na sua essência diferem muito do modelo paradigmático de intervenção na doença aguda. (Pisco, 2007).

Esta nova realidade assume-se com um carácter impar, quer pela sua duração, quer pelo grau de complexidade que acarreta, refletindo-se num consecutivo aumento dos gastos atribuídos aos cuidados de saúde e também a nível do impacto que infligem à família e à sociedade em geral.

3.1- AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC) E AS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI)

A RNCCI, criada em 2006 pauta-se por um modelo organizacional criado em parceria pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social. Nesta Rede emergem um conjunto de instituições de carácter privado e público que focam a sua ação na continuidade dos cuidados com o objetivo do restabelecimento global do individuo em situação de dependência e perda de autonomia, promovendo o restabelecimento da sua autonomia e funcionalidade.

Os Cuidados Continuados Integrados, prestados pela RNCCI definem-se como um conjunto de intervenções que são planeadas de acordo com uma avaliação prévia de uma

equipa multidisciplinar com um objetivo comum focado na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, perseguindo o objetivo final de reinserção familiar e social. (Decreto-Lei nº 101/2006).

A RNCCI é composta por unidades de internamento, que por sua vez se diferenciam noutras tipologias como: Unidades de convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidades de longa duração e manutenção.

Os agrupamentos dos centros de saúde (ACES) são unidades de gestão compostas por um ou mais centros de saúde, agregados nas Administrações Regionais de Saúde, I.P. (Institutos Públicos) ou em Unidades Locais de Saúde, E.P.E. (Entidade Pública Empresarial), com a responsabilidade da organização e uniformização dos vários níveis de prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP), bem como de coordenação e ligação com os diversos parceiros comunitários e também com os outros níveis de cuidados e as UCC (Decreto-Lei n.º28/2008), estas unidades prestam cuidados de saúde globais, fornecendo apoio social sempre no contexto domiciliário e dirigido para a comunidade, de preferência atendendo às pessoas, famílias e/ou grupos em que se encontre algum grau de fragilidade. Estas unidades promovem ainda a educação para a saúde através da realização de ações de educação a pessoas ou grupos na comunidade.

A ECCI é uma unidade funcional integrante da UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar que estabelece uma estreita articulação com os outros elementos que constituem as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Equipa de Gestão de Altas (EGA) e outras. (Decreto-Lei nº 101/2006). A ECCI elege como local privilegiado para a prestação de cuidados o domicílio, principalmente para os mais dependentes, com a condição de que exista um cuidador informal que possa garantir a continuidade dos cuidados. Pretende-se com este modelo de prestação de cuidados elevar o nível de bem-estar dos utentes e famílias, garantindo mais anos de vida com mais saúde e melhoria da qualidade.

4- O CUIDADOR INFORMAL

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) ser prestador prevê:

“...um tipo de interação de papéis com as seguintes 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”. (ICN, 2000).

O ato de prestar cuidados a alguém apresenta-se para muitos como um desafio a que é preciso dar resposta, esta situação envolve muitas vezes um período de tempo considerável para haver uma adaptação às tarefas do cuidar da pessoa, o que também muito frequentemente está associado um desgaste físico, aumento dos custos financeiros e sobrecarga emocional.

O cuidador informal é geralmente definido como sendo o indivíduo, membro ou não da família, geralmente sem remuneração que cuida do idoso dependente e lhe presta ajuda no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamento a serviços de saúde ou outros serviços necessários do dia-a-dia. A família é a principal fonte de cuidadores informais. É no seio desta que frequentemente surge o cuidador que assume a responsabilidade de cuidar do seu familiar dependente. À medida que vão enfrentando a doença e a condição do seu familiar, transformam-se eles próprios em prestadores de cuidados.

O envelhecimento da população em consequência do aumento da esperança média de vida levou necessariamente ao aparecimento de um número cada vez maior de cuidadores informais (OECD, 2011). Atualmente verifica-se uma grande preocupação no seio da família com o cuidar do seu elemento dependente, assumindo ela o papel de responsável pela prestação de cuidados aos seus elementos idosos dependentes proporcionando-lhe um envelhecimento digno e o mais autónomo possível.

A alta hospitalar precoce que muitas vezes se verifica hoje em dia constitui um período de transição, que acarreta um grau de stress considerável o qual pode ter um impacto negativo na família (Longacre, Wong, & Fang, 2014).

O cuidador informal é assim arrastado para um processo de tomada de decisões que abrange todo o sistema familiar embora muitos destes cuidadores assumam este papel porque não têm outra opção, o que é facto é que muitos deles encaram este tipo de prestação como algo que os dignifica, recebendo muitas vezes o reconhecimento da família e da comunidade em geral. No entanto e noutra perspetiva ao cuidador informal é muitas vezes exigido que cuide do seu familiar doente quando ele próprio está ainda envolvido num processo de transição e de desenvolvimento pessoal para tentar lidar com esta nova situação, o que causa muitas vezes repercussões negativas na sua saúde e bem-estar (Vargas, 2012).

O stress associado ao cuidar de uma pessoa idosa com dependência física ou mental pode comprometer a saúde do cuidador informal a vários níveis. Recentemente vários autores não se limitaram só a reconhecer a simples prestação de cuidados como fonte de sofrimento e stress, mas também a perceção que o cuidador tem em relação ao nível de sofrimento do seu familiar devido à sua condição de saúde (Sequeira, 2010), este sofrimento da pessoa que é alvo de cuidados pode ser evidenciado de três maneiras:

- 1) Pode apresentar sinais físicos evidentes, incluindo expressão verbal e não verbal de dor e desconforto, como respiração difícil, gemidos;
- 2) Sintomas psicológicos de angústia, como depressão e/ou sinais de apatia;
- 3) Bem-estar existencial ou espiritual, refletindo até que ponto as crenças religiosas ou filosóficas proporcionam harmonia interna, conforto e força, ou alternadamente podem levar ao desespero.

Tem sido demonstrado que dois tipos de sofrimento da pessoa alvo de cuidados, o sofrimento emocional e existencial, quando estão presentes, estão significativamente associados à depressão do cuidador e ao uso de medicação antidepressiva. Isso demonstra que a intensidade do cuidado contribui em muito para diminuir o estado de saúde do cuidador (Marin, 2011).

4.1- A SOBRECARGA E STRESS DO CUIDADOR INFORMAL

As responsabilidades inerentes ao cuidar que recaem sobre o cuidador informal exigem de uma forma geral um significativo aporte de energia extra do cuidador, que eventualmente acaba por o colocar numa situação de risco para a sua própria saúde mental e física. (Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012). O que efetivamente deve ser entendido por stress e sobrecarga do cuidador, segundo alguns autores e o que por vezes é referido na literatura é que estes dois termos são sinónimos. Segundo Sequeira (2010) a palavra sobrecarga neste contexto é aquela que é diretamente traduzida do inglês “caregiver burden” e que significa fardo/tensão e a sua definição engloba o conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com a pessoa doente, neste caso um idoso dependente com/sem demência, sendo a consequência desta situação a sobrecarga e o stress.

Hans Seleye nos anos trinta do século passado tentou definir o que é o stress tendo encontrado referência ao mesmo nas descrições dos físicos da época com base nessa informação originou a hipótese de que um grupo de acontecimentos estereotipados, psicológicos e também fisiológicos, que eram observados em doentes graves era consequência de graves e prolongadas respostas adaptativas. Identificou este estado como o “Síndrome de Adaptação Geral” ou simplesmente como Síndrome de Stress (Santos & Castro, 1998). No entanto a abordagem realizada por Seleye a este fenómeno é considerada por outros autores como insatisfatória uma vez que não consegue explicar a razão pela qual cada indivíduo reage de forma diferente a situações semelhantes de stress não contemplando segundo Ramos (2001), citado em (Miguel & Rocha, 2009) o impacto psicológico do stress no individuo e nas suas capacidades para lidar com as situações de stress. Ainda segundo este autor para além do stress fisiológico de Seleye, têm que se considerar também fatores das áreas da sociologia e da psicologia como fundamentais e que exercem uma ação para influenciar e condicionar o comportamento do individuo (Miguel & Rocha, 2009).

Presentemente a conceptualização do stress pode fazer-se de três formas distintas, uma delas centra-se na esfera do ambiente, onde o stress se assume como um estímulo, podendo evidenciar-se através da forma como as pessoas se referem à origem ou causa da sua tensão, referindo-a como sendo um conjunto de circunstâncias ou acontecimento,

com efeito, significativamente estressante, muitas vezes são por exemplo referidas situações relativas ao trabalho/emprego como sendo geradoras de altos níveis de stress. Os acontecimentos ou algumas circunstâncias que identificamos, percecionamos e sentimos como ameaça ou consideramos perigosos e que provocam sentimentos e situações de maior ou menor tensão, são denominados como agentes estressores. Alguns destes agentes foram identificados e categorizados por alguns investigadores como se enumera a seguir:

- (1) Acontecimentos catastróficos, como desastres naturais, tremores de terra, incêndios ou outros;
- (2) Acontecimento na sua vida mais íntima, como a morte de um familiar;
- (3) Circunstâncias crónicas que exercem a sua pressão de maneira contínua como viver em locais superpovoados ou sujeitos a outros fatores como o ruído (Santos & Castro, 1998: 676).

A segunda conceção refere o stress como uma resposta centrando-se nas reações que as pessoas desenvolvem como retorno comportamental, relativamente aos acontecimentos estressantes a que são expostos. Estes comportamentos têm duas componentes relacionadas a psicológica e a fisiológica, a primeira envolve os comportamentos revelados pelo indivíduo, os padrões de pensamento e as emoções. A segunda envolve conjuntamente o despertar orgânico, ou seja a presença de manifestações como o aumento do ritmo cardíaco, sudação excessiva e outras. A resposta psicofisiológica a este tipo de indutores de stress denomina-se de resposta tensional ou de tensão (Santos & Castro, 1998).

A terceira conceção sobre o stress acaba por descrevê-lo como um processo que agrega também acontecimentos estressantes e respostas de tensão, juntando um fator muito importante, que é a relação que se estabelece entre a pessoa e o meio envolvente (Santos & Castro, 1998). Todo este processo envolve interações contínuas e ajustamentos que são conseguidos através de trocas entre a pessoa e o meio, cada uma influenciando e sendo reciprocamente influenciada pela outra.

De acordo com esta perspetiva o stress não é somente um estado que surge isolado em consequência de uma resposta a um estímulo, mas considera-se antes um

processo no qual o indivíduo é agente interativo que influencia e condiciona o impacto que o acontecimento estressante provoca, diferindo na quantidade de tensão que os vários indivíduos desenvolvem perante o mesmo acontecimento estressante (Santos & Castro, 1998).

Assim o stress é resultado de uma combinação de fatores fisiológicos e psicológicos com consequências a nível do comportamento. Os fatores desencadeantes de stress variam ao longo da vida da pessoa, mas a condição de alguém se encontrar sob stress pode existir em qualquer altura da sua vida. Várias situações de stress são frequentemente vivenciadas por todos os seres humanos desde os mais novos aos mais idosos. As fontes originadoras de stress segundo Serafino (1994) citado por Santos & Castro, (1998) podem ter origem na pessoa, na família, na comunidade e na sociedade. Uma das formas que as causas de stress se revelam numa pessoa é através da manifestação de um processo de doença. A idade do sujeito é muito importante, por haver o conhecimento de que a capacidade do organismo em combater as doenças vai aumentando desde infância e diminuindo com a idade avançada, frequentemente o sistema imunitário dos mais idosos encontra-se mais debilitado. Outra forma de manifestação do stress é centrada na pessoa, instala-se quando surge um conflito interno desencadeado por forças motivacionais opostas (Santos & Castro, 1998). Este conflito quando instalado produz duas tendências opostas: a aproximação e a esquiva ou afastamento, por sua vez estas duas tendências induzem três tipos básicos de conflito que são também considerados fatores importantes como geradores de stress (Lewin, 1935; Miller, 1989) citados por Santos & Castro, (1998) que se enumeram de seguida:

- “1- Conflito de aproximação – surge quando o sujeito se sente atraído por dois objetivos, duas metas incompatíveis.
- 2- Conflito de afastamento – surge quando o sujeito tem de decidir, optar por uma de duas situações que lhe são desagradáveis.
- 3- Conflito de aproximação/afastamento – surge quando o sujeito encontra vantagens e desvantagens num determinado comportamento em relação a um objetivo ou situação.” (Santos & Castro, 1998: 683).

Todos os níveis de interação que se desenvolvem no seio familiar entre os seus membros ao nível do comportamento, das necessidades experimentadas e da

personalidade, produzem um determinado impacto e de certa forma interagem com os restantes membros da família, produzindo situações de stress. São muitos os polos de origem na família que são geradores de problemas tais como: os financeiros, a existência de objetivos diferentes de cada um e certos comportamentos latentes não percebidos que podem originar conflitos interpessoais difíceis de identificar e resolver. Muitas vezes o impacto da “chegada” de um novo membro à família, a doença, a incapacidade e a morte na família são fatores que também eles são geradores de ansiedade provocando stress. A incapacidade no seio familiar de um ou mais dos seus membros quer em crianças, adultos ou idosos provoca stress nos seus familiares, principalmente sobre aqueles em quem recai o papel de prestadores de cuidados (Santos & Castro, 1998).

Muitas vezes a situação do emprego precário, associada a um excesso de trabalho é assinalada também como fonte importante de stress, podendo estar relacionado com um aumento dos acidentes de trabalho e problemas de saúde (Santos & Castro, 1998). Os fatores ambientais e os estímulos do meio são também eles indutores de stress se os mesmos forem considerados perniciosos e exercerem a sua ação de forma incisiva e contínua sobre o indivíduo. Pacheco (2002) citado por Miguel & Rocha, (2009), realça a relação sujeito - ambiente como uma referência complexa em que diferentes ambientes podem ser percebidos como estressantes para uns e não o ser para outros. O modo como o indivíduo avalia as situações é sua e muito particular de cada um, se consegue manter ou não o controlo sobre elas e se tem ou não apoio disponível, estas circunstâncias condicionam a resposta ao stress e determinam o nível que o mesmo pode ou não atingir influenciando os comportamentos que cada um adota face ao aumento dos níveis de ansiedade que o stress proporciona e potencia.

5- A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Uma comunidade pode ser definida por um grupo social confinado por limites geográficos ou por outras características comuns aos indivíduos tais como os valores ou os seus interesses. Os membros que dela fazem parte podem conhecer-se e interagir entre eles, está organizada dentro de uma estrutura social reservada, apresenta e cria normas, valores e instituições sociais OMS (1978).

O papel primordial da comunidade no desenvolvimento da saúde foi expresso em 1978 na Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978), que salientou a existência de uma relação de causa efeito entre as desigualdades em saúde e as desigualdades socioeconómicas. Os princípios de promoção da saúde foram desenvolvidos na Conferência de Ottawa (OMS, 1986) que definiu e recomendou aos países e governos, uma reorientação dos serviços de saúde no sentido de uma nova postura e organização focada na promoção da saúde, que fosse para além da prestação de cuidados clínicos e curativos, pretendendo-se privilegiar uma política abrangente, multisectorial e interventiva nas mudanças sociais e que fosse também motivadora da participação ativa dos indivíduos e dos grupos nos processos de saúde.

A vertente da saúde comunitária baseia-se na promoção da saúde com o objetivo de melhorar a capacidade de resposta aos desafios lançados pelos ambientes físico e social, preservando os recursos individuais de saúde de cada um e desenvolvendo as aptidões em lidar com o stress de origem biológico ou psicológico. Ao nível comunitário visa diminuir as desigualdades, melhorar os indicadores coletivos de mortalidade e morbilidade e também diminuir o risco das agressões ambientais. Os métodos utilizados para alcançar estes objetivos dirigem-se sobretudo ao empoderamento das populações reforçando o exercício da autonomia no autocontrolo da própria saúde e o exercício da cidadania através da participação e intervenção nas políticas de saúde a nível do poder local, regional e até central (OMS, 1986).

Neste sentido a enfermagem comunitária e de saúde pública (ECSP) incrementa uma prática abrangente e focada na comunidade refletindo as mudanças que ultimamente se têm feito sentir a nível demográfico, nomeadamente nos indicadores de morbilidade e a

emergência das doenças crônicas, que fazem surgir novas necessidades a nível da saúde (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

Como atividades próprias e específicas da enfermagem comunitária e de saúde pública destacam-se aquelas que são orientadas para educação para a saúde a sua manutenção e o seu restabelecimento, a coordenação, gestão e avaliação dos cuidados de saúde proporcionados aos indivíduos, famílias ou grupos que constituem uma comunidade. Assume ainda a responsabilidade de identificar as necessidades dos indivíduos, famílias ou grupos de uma certa área geográfica assegurando a continuidade dos cuidados, promovendo as articulações necessárias com os outros profissionais de saúde e parceiros comunitários no sentido da complementaridade das ações (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

5.1- COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A nossa sociedade reflete uma série de mudanças que acarretam um consequente aumento da complexidade ao nível do desempenho dos profissionais em todas as áreas e particularmente na da saúde. Os enfermeiros têm necessidade de um desenvolvimento profissional adequado e contínuo na procura de um nível sempre superior que permita atender da melhor maneira as necessidades mais prementes e atuais de saúde das populações.

A OMS, no seu processo contínuo de monitorização das alterações das novas realidades a nível socioeconómico, que ocorrem em todo o mundo, faz recomendações aos países e governantes no sentido de dar resposta às necessidades das populações de acordo com estes novos desafios. Estas recomendações baseiam-se fundamentalmente em valores considerados universais tais como: a equidade, a justiça social e a solidariedade. O objetivo final da enumeração destes pressupostos seria no sentido de ser realizada uma nova abordagem em relação à oferta dos cuidados de saúde, particularmente a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

No Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2011) a Ordem dos Enfermeiros (OE) enuncia e descreve as competências do enfermeiro especialista e determina que:

“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”

(Regulamento n.º 122/2011, 2011)

O desenvolvimento do enfermeiro especialista procura o domínio alargado e abrangente numa área específica do conhecimento inserido na enfermagem especializada. Precisa também de adquirir as competências necessárias dominar essa área de conhecimento específico, sendo incluída dentro de uma especialidade que se encontre definida e reconhecida sem prejuízo de qualquer uma das áreas de especialidade, a OE define quatro domínios de competências que são comuns ao enfermeiro especialista: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme o previsto no Regulamento n.º 122/2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

5.2- COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com o previsto no Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro, onde estão descritas as competências próprias para o EEECSPP, pode ler-se que ao enfermeiro compete adquirir competências que lhe facultem tomar parte ativa na identificação e avaliação das múltiplas causas dos fenômenos em estudo, deve ainda ficar apto a intervir nos processos de tomada de decisão respeitantes aos principais problemas de saúde pública identificados.

No que concerne à realização e implementação dos projetos de saúde, deve ainda o EEECSPP estabelecer objetivos para os mesmos de forma a obter a capacitação das comunidades, através do estabelecimento de “*know-how*” a nível local baseado num conhecimento global. Assim o EEECSPP deve ter uma postura multifacetada e realizar diversos papéis simultaneamente, ter capacidade de formar, ser consultor assumindo desta forma um papel de facilitador, constituindo-se como agente de mudança auxiliando a gerir e a desenvolver as estratégias adequadas à resolução dos problemas. O enfermeiro especialista aqui referido estabelece uma ligação privilegiada com a comunidade, percebe a sua dinâmica, identifica e implementa as soluções sempre com o objetivo principal de

proporcionar cuidados de saúde competentes e eficientes, interligados, mantidos no tempo e adequados a grupos com necessidades próprias.

Face às diversas mudanças que atravessamos na nossa sociedade, quer a nível de um novo desenho do perfil demográfico das populações, quer através do aparecimento de novas situações de doenças crónicas, que levam à necessidade de novas respostas em saúde, assistimos nos últimos anos a um reconhecimento do papel determinante dos cuidados de saúde primários na sua ação privilegiada junto da comunidade. Face a esta realidade o EEECSPP utiliza o seu conhecimento de forma a construir uma aptidão pronta e adequada na resolução dos problemas de saúde de pessoas grupos ou comunidades.

A formação especializada permite-lhe adquirir competências que vão proporcionar uma visão global, tanto na avaliação dos múltiplos processos causais dos fenómenos em estudo, bem como assumir um papel de liderança nos processos de decisão a nível das intervenções que têm como objetivo a capacitação e o empoderamento das comunidades.

De acordo com o Regulamento n.º 128/2011, que define as competências do EEECSPP a enfermagem comunitária e de saúde pública realiza uma prática abrangente centrada na comunidade, e também refere que o EEECSPP:

“tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *“empowerment”* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania”, Regulamento n.º128/2011, 2011(Ordem dos Enfermeiros, 2011:8667).

O Artigo 4º deste mesmo regulamento descreve as competências específicas do EEECSPP, como se apresenta a seguir:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
 - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
- Regulamento n.º128/2011, 2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2011:8667).

Ser enfermeiro na área de especialização de enfermagem comunitária e de saúde pública implica ter capacidade para conseguir proporcionar um grau superior de resposta às necessidades sentidas pelos cidadãos e ao mesmo tempo ter uma percepção holística relativamente à saúde, o que vai permitir focar-se nos problemas identificados, participando em projetos locais aos mais variados níveis, estabelecendo parcerias com todo o tipo de organizações existentes na comunidade, que possam ser de mais valia na persecução dos objetivos de mais saúde para todos.

5.3- O MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

De acordo com o foco de intervenção e a influência dos agentes estressantes no processo de capacitação dos cuidadores informais, considerou-se a aplicação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman por este se focar sobre a interação que existe entre o cliente e os agentes estressantes que o envolvem. Neuman publicou o seu modelo em princípios da década de 1970.

O Modelo de Sistemas de Neuman (fig. 3) foi concetualizado com suporte em três grandes teorias: a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria de Caplan e a Teoria de Stress de Selye. É um modelo assente no holismo, que contém uma orientação para o bem-estar do cliente e uma perspetiva dinâmica de sistemas de energia em interação constante com o meio ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). O ambiente é considerado como um dos elementos chave deste modelo engloba as forças internas e externas que circundam o cliente, estabelecendo com ele uma ação recíproca de influências. Neuman identifica três tipos de ambiente: O ambiente interno relativo ao cliente enquanto sistema (intra- sistema), o ambiente externo que corresponde a tudo o que se encontra à volta e é exterior ao cliente (inter e extra- sistema), e o ambiente criado de natureza ativa que funciona como uma estrutura de segurança e manutenção da harmonia do sistema, este acaba por ser criado de forma inconsciente fazendo a ponte da energia do sistema com o ambiente interno e externo (Njoku, 2015), este modelo tem sido utilizado para orientar estudos e práticas de enfermagem oferecendo um conceito abrangente, baseado nos sistemas de Gestalt e teorias de adaptação ao stress (Bademli & Duman, 2017).

A autora enfatiza que o cliente é um sistema em constante interação com o ambiente, combinando as variáveis fisiológicas, socioculturais, psicológicas, de desenvolvimento e espirituais, que por sua vez moldam e condicionam esta interação de uma forma dinâmica (Neuman & Fawcett, 2011). Estas variáveis interagem entre si de uma forma equilibrada, face à ação e influência dos agentes estressantes, moldando e condicionando o grau de intensidade na natureza da reação entre eles. Segundo Neuman & Fawcett (2011), o sistema é constituído por uma estrutura básica de energia, circundada por diversas linhas a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência e ao centro encontra-se a estrutura básica ou núcleo onde estão os recursos de energia (fig. 3), a qual constitui a fonte das cinco variáveis já referidas e contendo também os fatores comuns de sobrevivência. A linha flexível de defesa representa a fronteira do nível de equilíbrio ou de saúde protegendo o cliente das agressões dos agentes externos, geradores de stress, por isso quando esta linha é forçada e se rompe acaba sendo penetrada conduz ao potencial aparecimento de um estado de desequilíbrio como resultado da reação a estes agentes. Esta linha constitui o limite externo do sistema do cliente, a linha flexível de defesa serve como um sistema de proteção situacional para o indivíduo no seu estado normal de equilíbrio, ela protege o sistema do cliente dos ataques dos agentes estressores.

Nesta sequência aparece a linha normal de defesa que dá continuidade ao estado dinâmico de equilíbrio do cliente considerado como o nível de bem-estar normal ou habitual do sistema do cliente, aqui é formada a primeira resposta aos agentes estressores no caso de estes terem penetrado a linha normal de defesa. A constituição desta linha resulta de uma combinação de métodos de enfrentamento que o cliente possui e mobiliza face à agressão do agente estressante, podendo ser os estilos de vida e os variados comportamentos assumidos tornando-se esta uma maneira de lidar com os agentes estressores de forma a dar uma resposta efetiva com o objetivo de manter o nível de saúde.

Se o agente estressor consegue penetrar todas estas estruturas já referidas, as linhas de resistência são ativadas cumprindo o seu principal objetivo que é proteger a estrutura básica ou núcleo, as linhas de resistência são constituídas pelas aprendizagens que o indivíduo faz ao longo do tempo no sentido de enfrentar as agressões. A estrutura básica por sua vez é composta pelos fatores vitais primários específicos de cada espécie inclui a herança genética inata, as características e os fatores básicos de sobrevivência tais como o

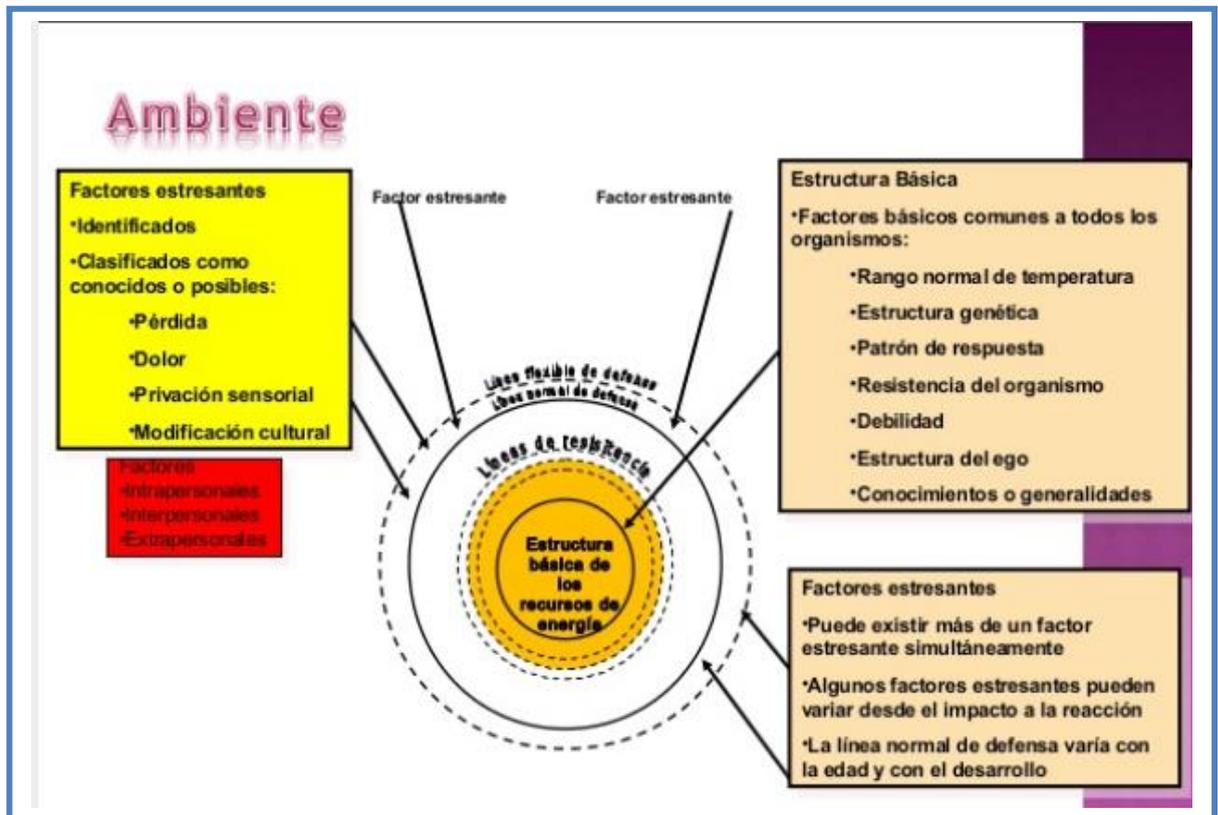
mecanismo de manutenção da temperatura do corpo e outros inerentes à manutenção da vida estão aqui também presentes alguns fatores que condicionam e determinam a vulnerabilidade dos órgãos ou o contrário a sua resistência, de acordo com o padrão genético transmitido pela herança presente em cada indivíduo. Assim os sucessivos anéis, flexíveis, normais de defesa e de resistência atuam em conjunto como um mecanismo de proteção do núcleo ou estrutura básica contra os ataques à sua integridade.

O Modelo de Sistemas de Neuman focaliza-se na resposta do sistema dos indivíduos aos agentes estressores ambientais, reais ou potenciais e orienta para o uso de intervenções de prevenção a nível primário, secundário e terciário com o objetivo de retenção, obtenção e manutenção do bem-estar ideal do sistema do cliente. Neuman adapta o conceito destes três níveis de prevenção, apontando a prevenção primária como aquela que atua protegendo o organismo antes que este entre em contato com o agente estressante. A prevenção secundária e terciária são posteriores ao aparecimento destes agentes, cabendo à prevenção secundária a diminuição dos efeitos resultantes, através do tratamento ou diagnóstico precoce e à prevenção terciária a diminuição de todos os efeitos restantes. O Modelo de Sistemas de Neuman tem sido também aplicado em vários estudos de investigação relativos às respostas individuais ao stress (Bademli & Duman, 2017).

Assim a estabilidade e o bem-estar de um indivíduo assenta num estado de equilíbrio que requer trocas e consumo de energia à medida que o cliente lida com os agentes estressores para reter, alcançar ou manter um nível de saúde ótimo, preservando de forma contínua a integridade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Ao aumento progressivo do stress acrescenta-se sempre uma necessidade de reajuste do sistema que requer uma adaptação constante ao problema independentemente da sua natureza o Bem-estar é um conceito que deve ser à luz deste modelo entendido com um estado de permanente energia disponível que ajuda o cliente a manter uma situação ideal de equilíbrio levando à manutenção da estabilidade e integridade do seu sistema (Njoku, 2015).

Figura 3- Representação do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman



Fonte: <https://www.slideshare.net/Juliom13/teoria-bety-neuman-59566345>

6- INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

6.1- CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) é uma área de especialidade que combina estas duas vertentes, a ECSP, numa prática orientada para a população alvo e que se destina a promover e preservar a saúde relativa às comunidades.

Concretamente e numa perspetiva orientada para a promoção da saúde e capacitação das comunidades, a enfermagem comunitária e de saúde pública desempenha um papel central na capacitação dos cuidadores informais, pelo que se espera que seja ativa no suporte a este grupo de indivíduos.

A capacitação no contexto da promoção da saúde prevê realizar atividades ou ações em colaboração com os indivíduos ou grupos de uma comunidade, no sentido de alcançar o seu empoderamento para o objetivo de obtenção e manutenção da saúde contando para isso com o aporte humano e materiais disponíveis. O acesso à informação sobre saúde, a facilitação do desenvolvimento das competências da cada um, o acesso aos processos políticos que condicionam e orientam as políticas públicas de saúde devem ser orientados para o objetivo da promoção e proteção da saúde.

Ainda no âmbito da promoção da saúde, o empowerment com vista à saúde é o método pelo qual as pessoas obtêm maior domínio sobre as suas decisões os seus atos que podem direta ou indiretamente condicionar a sua saúde. O empowerment para a saúde pode ser obtido na vertente social, cultural, psicológica ou política, levando a que os indivíduos ou grupos sociais estejam aptos a expressar as suas necessidades, evidenciar as suas preocupações, criar estratégias de participação na tomada de decisões e realizar intervenções políticas com vista a dar resposta às suas necessidades. Por intermédio deste processo, os indivíduos ajuízam da relação existente entre os seus objetivos a forma de os alcançar e a correspondência entre estes os seus esforços e o desempenho realizado. O empowerment para a saúde de uma comunidade estabelece que os indivíduos operem em

conjunto para alcançar um máximo controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida de uma comunidade, sendo este um objetivo da mobilização comunitária para a saúde.

Com o objetivo de potenciar a sua capacitação o cuidador informal necessita de receber apoio em sua casa através de visitas regulares dos enfermeiros e outros profissionais de saúde para a otimização e supervisão deste processo, estes profissionais fornecem orientação de como proceder nas situações mais difíceis, promovem o agendamento de encontros com outros cuidadores constituindo grupos de ajuda mútua. À medida que o cuidador vai adquirindo mais informações sobre o processo natural do envelhecimento e vai tendo mais oportunidades para discutir sobre as características do seu papel com outros que enfrentam situações parecidas com a sua, não só melhora a sua relação com a pessoa que é alvo dos cuidados como também aumenta a qualidade dos cuidados prestados e a sua disponibilidade para os realizar, diminuindo assim os efeitos negativos dos fatores estressantes inerentes ao cuidar (Júnior et al., 2011).

De acordo com o exposto o projeto de intervenção comunitária “*Cuidar de quem Cuida*” desenvolvido durante este estágio procurou fornecer contributos teórico-práticos aos cuidadores informais dos idosos da ECCI, no sentido da promoção da saúde através da capacitação dos cuidadores no âmbito dos cuidados prestados à pessoa idosa dependente a seu cargo. Com base na evidência demonstrada, de que estes cuidadores vivem nos seus domicílios numa área de grande dimensão geográfica e muito dispersa, estabeleceu-se como estratégia abordá-los de forma mais direta e individual ou seja no seu ambiente familiar, através de visitas domiciliares realizadas pela equipa multidisciplinar da UCC, cuja constituição se identifica mais à frente neste relatório. Durante as visitas efetuadas e de acordo com o previsto no plano de intervenção psicoeducativa estabelecido o qual prevê a realização de seis sessões por cuidador, com objetivos definidos para cada uma delas em particular (Ducharme, Lachance, Lévesque, Kergoat, & Zarit, 2012) (APÊNDICE III). Estabeleceram-se entre outras intervenções de educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas e contextualização dos cuidados a prestar de acordo com a especificidade de cada cuidador de forma a dissipar os medos, receios e predispor o cuidador para uma maior disponibilidade face ao cuidar. Numa primeira abordagem foi solicitado aos cuidadores que descrevessem uma breve resenha histórica do seu percurso de cuidador e demonstrassem

como faziam em relação às atividades que desenvolviam no dia-a-dia tanto as que estavam mais diretamente relacionadas com o cuidar como aquelas que desenvolviam em relação a eles próprios. O objetivo desta forma de abordagem do cuidador foi facilitar a criação de um clima de abertura e confiança entre o cuidador e os membros da equipa. Ao mesmo tempo serviu para se apercebermos quais as principais dificuldades que o cuidador ia referindo e assim ser mais fácil direcionar e priorizar as ações de intervenção constantes do plano.

Em seguida e ao longo das sucessivas sessões foi aplicado o plano de intervenção de acordo com as intervenções previstas e os objetivos traçados no sentido da sua capacitação através da aquisição de conhecimentos, no esclarecimento de dúvidas e otimização das práticas de cuidar, estes cuidadores informais beneficiaram desta intervenção como se viria depois a constatar na avaliação deste projeto nos resultados obtidos nos scores da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).

Segundo Neuman & Fawcett, (2011) a enfermagem deve manter a preocupação de perpetuar a estabilidade do sistema-cliente, agindo com precisão através das intervenções sobre os efeitos dos agentes estressantes no sentido de colaborar com o cliente, ajudando-o a efetuar os ajustes necessários para o restabelecimento do equilíbrio e organização do sistema, constituindo como objetivo o ótimo nível de bem-estar do cliente. As intervenções realizadas no âmbito da capacitação do cuidador seguiram o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, tendo sido sempre avaliado o estadio relativamente à presença efetiva dos agentes estressantes ou se estes se encontravam presentes de forma potencial, determinando assim o nível de intervenção, primário, secundário ou terciário de acordo com o previsto no modelo de Neuman.

II
ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1- CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O concelho de Serpa situa-se no Baixo Alentejo, no distrito de Beja na margem esquerda do rio Guadiana, com uma área total de 1106,5 km². É composto por sete freguesias. Após a regionalização administrativa de 2013 passou a ter apenas cinco freguesias, tendo ocorrido a união de freguesias de Salvador e Santa Maria em Serpa e de Vila Nova de S. Bento com Vale de Vargo. A cidade de Serpa com cerca de 15623 habitantes é sede de concelho e dista cerca de 30 km da capital de distrito Beja. Este concelho é atravessado por uma importante linha de água, o rio Guadiana que desempenhou e ainda desempenha um papel importante na economia local, tendo mais recentemente voltado a ocupar um papel preponderante, quando no seu percurso foi construída a barragem do Alqueva a qual permitiu criar uma reserva de água abundante, sendo considerado o maior lago artificial da Europa que constituiu um forte polo de atração turística e permitiu às populações locais desenvolverem um tipo de agricultura mais rentável há muito desejado o regadio. Este tipo de cultura permite que a atividade agrícola, agora possível em contraste com o tradicional sequeiro, consiga afirmar-se de novo com um grau de competitividade e sustentabilidade, permitindo a fixação dos jovens utilizando o recurso da terra.

A nível da saúde e sob a égide de serviços públicos existem, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e o Hospital de S. Paulo, este último com gestão da Santa Casa da Misericórdia de Serpa desde Janeiro de 2015. Este hospital tem valência de vários serviços uns da sua responsabilidade outros da responsabilidade da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

A UCSP de Serpa tem também na sua constituição a UCC. A primeira funciona com oito extensões e dedica-se fundamentalmente à promoção da saúde, com consultas de medicina geral e familiar, saúde materna, infantil, adulto, escolar, idoso, mental e ações de educação para a saúde junto da população, a nível da saúde pública desenvolve vigilância epidemiológica, análise de projetos, emanação de pareceres sanitários, participação em vistorias, verificação de óbitos e juntas médica de incapacidade, a equipa desta unidade de saúde é multidisciplinar. A população

inscrita nesta unidade por grupo etário e género em dezembro de 2015 é a apresentada no quadro a seguir. (Quadro 2).

Quadro 2 – Utentes inscritos no Centro de Saúde de Serpa por género e grupo etário

Grupo etário	Sexo M	Sexo F	Total
< 1 ano	24	19	43
0 -4 Anos	212	200	412
5-9 Anos	301	289	590
10-14 Anos	358	317	675
15-19 Anos	365	357	722
20-24 Anos	407	432	839
25-29 Anos	355	399	754
30-34 Anos	404	397	801
35-39 Anos	434	441	875
40-44 Anos	446	490	936
45-49 Anos	548	521	1069
50-54 Anos	622	572	1194
55-59 Anos	561	544	1105
60-64 Anos	503	516	1019
65-69 Anos	431	460	891
70-74 Anos	370	458	828
>= 75 Anos	854	1398	2247
Total	7195	7805	15000

Fonte: Plano de Ação da UCC de Serpa 2015

1.2- A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC é uma unidade que assegura cuidados de saúde sob a forma de respostas integradas e articuladas, com uma multidisciplinaridade de técnicos que a constituem, fazendo uma abordagem holística em relação às necessidades da pessoa, procurando sempre uma relação de proximidade com a comunidade que serve e às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida pelo que deverá atender às seguintes características:

- 1- Trabalho de cooperação e equipa multidisciplinar;

- 2- Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica;
- 3- Articulação com as outras unidades funcionais do ACES;
- 4- Parcerias com a comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras);
- 5- Sistema de avaliação contínuo e permanente, visando a correção de desvios indiciadores de não garantir os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados;
- 6- Relações participativas baseadas na comunicação entre profissionais, de forma a promover a motivação e satisfação profissional (UCC de Serpa, 2015).

Esta UCC é uma das unidades funcionais que desenvolve a sua atividade no âmbito da comunidade, com uma equipa multidisciplinar em estreita articulação com as demais equipas funcionais, com uma área de intervenção geográfica que abrange o Concelho de Serpa, apresenta um Plano de Ação estruturado num horizonte temporal, permitindo a sua reavaliação de acordo com as necessidades identificadas (UCC de Serpa, 2015).

A equipa da UCC para assegurar o desenvolvimento das suas atividades tem na sua composição quatro enfermeiras, um médico na Equipa coordenadora Local (ECL) / Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), um assistente operacional e um assistente técnico (partilhados com a UCSP) (UCC de Serpa, 2015). A ECCI de Serpa é uma equipa da RNCCI, multidisciplinar que tem como objetivo a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

A atividade da ECCI teve início com a RNCCI no início de 2009 com 25 vagas, cujas têm vindo gradualmente a diminuir, essencialmente por falta de recursos humanos, e que atualmente se reduziram a 15 (UCC de Serpa, 2015).

Como a UCC não dispõe de um número razoável e aceitável de técnicos para assegurar os cuidados aos utentes em ECCI tem sido difícil cumprir os propósitos com que esta equipa se comprometeu (UCC de Serpa, 2015), frequentemente a ECCI “lança mão” dos recursos da UCSP, que acaba por partilhar. Os utentes a integrar os

cuidados desta equipa são submetidos aos critérios para a sua admissão que são emanados pela RNCCI.

As atividades desenvolvidas pela ECCI são: Prestação de cuidados domiciliários multidisciplinares aos utentes de acordo com as necessidades identificadas, avaliação da autonomia dos utentes, avaliação da dor aos utentes, monitorização do risco de úlceras de pressão, monitorização da incidência e prevalência de úlceras de pressão, ensino/educação em grupo dirigida aos cuidadores informais/família, realização de sessões de prevenção de stress/burnout e formação da equipa UCC (UCC de Serpa, 2015).

2- O ESTÁGIO

O estágio final decorreu no período compreendido entre 19 de Setembro de 2017 e Janeiro de 2018, surgindo na sequência do estágio I durante o qual foi efetuado um diagnóstico de situação, constituindo este a primeira fase do planeamento.

2.1- METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido teve por base a metodologia do planeamento em saúde, o que pressupôs estruturar a intervenção de uma forma planeada e participada e exigiu a corresponsabilização dos diversos parceiros. Este processo realizou-se com a seguinte sequência de fases:

- 1- Definição dos problemas e diagnóstico da situação
- 2- Estabelecimento de objetivos
- 3- Determinação de estratégias
- 4- Elaboração do plano de ação
- 5- Avaliação

A técnica utilizada para a recolha de dados foi o questionário, nomeadamente: Questionário de Caracterização Sociodemográfica da População e Escala de Sobrecarga do Cuidador, aplicado aos cuidadores no seu domicílio.

Questionário de Caracterização Sociodemográfica da População

O instrumento utilizado é constituído por um conjunto de questões (APÊNDICE I), foi elaborado de acordo com o propósito de caracterizar o perfil da população alvo. Este instrumento permitiu fazer a avaliação sociodemográfica desta população e teve em conta o que está preconizado na literatura existente (UNIESEP, 2011), assim avalia o género, a idade, estado civil, escolaridade, profissão, relação de parentesco com o dependente, a perceção do estado de saúde, tempo de prestação de cuidados, número de horas diárias despendidas na prestação de cuidados, razão porque é cuidador, se conta com apoio de outras pessoas para a prestação de cuidados. Assim e decorrente da aplicação deste instrumento os resultados obtidos são apresentados a seguir e revelam as características da população em estudo.

Escala de Sobrecarga do Cuidador

Esta escala consiste numa tradução da Burden Interview Scale, (ANEXO I) que foi validada para a população portuguesa por Sequeira (2010) e foi criada para possibilitar a sua utilização a nível da investigação e também na prática clínica o autor Steve Zarit, consentiu na sua utilização e tradução (versão original inglesa) por Faria e Ribeiro (1999).

A escala foi utilizada por Sequeira (2010) no seu estudo com a população portuguesa e apresentou boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de alfa Cronbach $\alpha = 0,93$ (Sequeira, 2010). Esta escala está disponível no sistema de registos informático “S-Clinic®” em uso nos Cuidados de Saúde Primários para avaliação da sobrecarga do cuidador informal de indivíduos dependentes e avaliação do nível de stress do cuidador. É composta por vinte e duas questões, que se referem ao impacto da prestação de cuidados, a sobrecarga do cuidador informal é consequência das diversas tarefas desenvolvidas durante a prestação de cuidados.

Este instrumento permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal e recolhe informações sobre: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento estabelecido com a pessoa alvo de cuidados. Nesta versão da ESC obtém-se um score total que varia entre um valor mínimo de 22 e um valor

máximo de 110 pontos, em que a um score mais elevado corresponde a uma maior perceção de sobrecarga geral do cuidador de acordo com os pontos de corte para as seguintes categorias: **Inferior a 46-Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 - Sobrecarga ligeira; Superior a 56 - Sobrecarga intensa.**

Considerações Éticas

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Foi solicitada autorização à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora, que deu parecer positivo para realização do projeto “Cuidar de Quem Cuida” (ANEXO II), foi também recolhido o consentimento informado dos participantes (APÊNDICE V).

O questionário é anónimo, de carácter voluntário e com consentimento informado dos participantes.

2.2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

2.2.1 - Caracterização geral da população/utentes

O diagnóstico da situação tem que obedecer a algumas características: ser satisfatoriamente aprofundado, claro, sucinto e rápido, só assim ficará definida a importância e relevância do plano e atividades de acordo com a temática em estudo (Tavares, 1990), o diagnóstico foi realizado junto de todos os cuidadores informais que prestam cuidados aos utentes dependentes que estavam integrados na ECCI da UCC de Serpa constituindo assim a população alvo deste estudo, num número total de 12 cuidadores. Com este diagnóstico pretendeu-se conhecer os principais fatores estressantes e o nível de sobrecarga ou “*Caregiver burden*”, que estes exercem sobre o nível de stress dos cuidadores informais dos utentes inscritos em ECCI desta UCC.

Foi solicitada autorização à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora, que deu parecer positivo

para realização do projeto “*Cuidar de Quem Cuida*” (ANEXO II), foi também recolhido o consentimento informado dos participantes (APÊNDICE V). A técnica utilizada para a recolha de dados foi através de entrevista realizada aos cuidadores no seu domicílio pela aplicação dos dois instrumentos cujo os resultados se apresentam em seguida:

Dados Sociodemográficos da População

O instrumento utilizado é constituído por um conjunto de questões (APÊNDICE I), foi elaborado de acordo com o propósito de caracterizar o perfil da população alvo. Este instrumento permitiu fazer a avaliação sociodemográfica desta população e teve em conta o que está preconizado na literatura existente (UNIESEP, 2011), assim avalia o género, a idade, estado civil, escolaridade, profissão, relação de parentesco com o dependente, a perceção do estado de saúde, tempo de prestação de cuidados, número de horas diárias despendidas na prestação de cuidados, razão porque é cuidador, se conta com apoio de outras pessoas para a prestação de cuidados. Assim e decorrente da aplicação deste instrumento os resultados obtidos são apresentados a seguir e revelam as características da população em estudo.

Relativamente à variável género verificamos que a população constituída por esta amostra é composta por nove participantes do sexo feminino e três participantes do sexo masculino. Confirmando que os cuidadores informais são maioritariamente mulheres, por um lado por estarem mais disponíveis para estas tarefas e por outro porque vivem mais tempo, acabando por mais tarde ou mais cedo no seu ciclo de vida, virem a desempenhar este papel em relação a um familiar ou outra pessoa fora da família.

Em relação à idade verificamos que a maior parte dos participantes, 10 indivíduos se situam acima dos 60 anos, revelando que a maior parte dos cuidadores informais neste estudo são idosos, o que também vai de encontro ao que é expectável para uma população em vias de envelhecimento, estes cuidadores estão mais sujeitos a stress quando comparados com outros que estão numa média de idades mais baixa (Luchesi et al., 2016).

Nove dos indivíduos constituintes desta amostra são casados e vivem em

conjunto com o cônjuge, o que de certa forma os expõe ainda a um maior número de tarefas e obrigações, o que torna mais difícil a gestão do tempo. De uma maneira geral os cuidadores do sexo feminino que desempenham conjuntamente outros papéis nomeadamente o de esposas, estão mais vulneráveis a carga física, financeira, tensão no seio do relacionamento do casal e sintomas de depressão (Luchesi et al., 2015).

A média das idades desta população é de 69 anos. A nível da escolaridade quatro dos indivíduos não têm qualquer escolaridade, em que dois não sabem ler nem escrever, dois destes reconheceram saber ler e escrever. Com o 1º ciclo do ensino básico foram identificados quatro dos indivíduos, com o 2º ciclo foram identificados três e com o 9º ano apenas um.

Em relação à profissão cinco são domésticas, são pessoas que desenvolvem atividades relacionadas com a manutenção das tarefas familiares, mais diretamente relacionadas com conforto, alimentação, tratam das roupas, mantêm a casa limpa, arrumada etc. Este tipo de atividades, uma vez que não são remuneradas podem ser indiretamente indutoras de sobrecarga financeira e agir com elemento estressante uma vez que esta situação não ajuda a fazer face às despesas.

A situação profissional também desempenha um papel importante no cuidador informal, se estão empregados podem frequentemente ter que faltar ao trabalho, usando estas ausências para se dedicarem à prestação cuidados (Wilborn-lee, 2015). Nesta população a maioria dos indivíduos estão reformados, não estando sujeitos a este problema, mas por outro lado os seus rendimentos são mais reduzidos, o que como já foi referido é reconhecidamente um fator precipitante de sobrecarga do cuidador devida à redução do orçamento disponível para fazer face às despesas (Sequeira, 2010).

Relativamente à perceção que estas pessoas têm do seu estado de saúde metade dos indivíduos referem estar num bom estado de saúde. Muitos estudos demonstraram que a saúde física dos cuidadores como a perda de peso, a nível emocional a tristeza e o bem estar psicológico, depressão e satisfação com a vida, podem estar diretamente ligados e relacionados com o desempenho do papel de cuidador (Bastawrous, 2013). A perceção do estado de saúde como muito fraco foi associado com níveis de stress mais altos, nos grupos de cuidadores (Luchesi et al., 2015).

A maioria dos cuidadores deste estudo cuida de uma pessoa há mais de 3 anos. A duração prolongada no tempo da prestação de cuidados pode ser considerada como um fator indutor do stress, mas nalguma literatura é referido que por outro lado o tempo acaba por trazer mais segurança ao cuidador, proporcionando uma diminuição da carga dos elementos estressores que podem eventualmente estar presentes (Valda Garber-Weider, RN, 2014). Os cuidadores que gastam cerca de 40 horas ou mais por semana na prestação de cuidados estão duas vezes mais sujeitos a deteriorar a sua saúde do que aqueles que gastam menos de 20 horas por semana (Bevans & Sternberg, 2012). Neste caso identificaram-se nove dos cuidadores que referiram ocupar mais de doze horas diárias com atividades relacionadas direta ou indiretamente com os cuidados prestados.

A ajuda e o suporte para os estes cuidadores devem providenciar uma grande multiplicidade de serviços e serem prolongados no tempo, devem ainda ser sensíveis às constantes mudanças nas necessidades dos cuidadores e serem céleres na sua intervenção (Wilborn-lee, 2015) só dois destes cuidadores referiram nunca ter apoio de ninguém.

A família e os outros cuidadores, pertencentes à rede informal (vizinhos, amigos, voluntários) são considerados como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência e do seu cuidador.

As razões pelas quais os cuidadores referem estar a prestar cuidados e terem assumido esse papel são diversas sem haver concentração à volta de nenhuma das opções de resposta. O maior número de respostas aponta para a situa-se que envolve a relação do cônjuge e que o impele à obrigatoriedade de cuidar o que vai de encontro ao que é referido na literatura quando o cuidador é o marido ou a esposa, esta é uma condição que proporciona um nível de sobrecarga mais elevada em relação aos outros tipos de relacionamento (Bastawrous, 2013).

Sobrecarga do Cuidador

O nível de sobrecarga influencia diretamente o nível de stress do cuidador informal (Miguel et al., 2013), nove destes cuidadores situam-se nos níveis de sobrecarga ligeira e intensa sendo que cinco destes nove se situam no nível de sobrecarga intensa com um score total >56 (Quadro 3), estes cuidadores revelaram percecionar uma sobrecarga máxima dos elementos estressores levando a situações de

stress que ocorrem quando o indivíduo percebe que existe um déficit entre a natureza da exigência e a sua capacidade para lhe responder adequadamente (Miguel et al., 2013).

Quadro 3 – Distribuição da população segundo os níveis gerais de sobrecarga

Níveis de Sobrecarga	Frequência Absoluta
Sem Sobrecarga	3
Sobrecarga Ligeira	4
Sobrecarga Intensa	5
Total	12

Esta escala permite de uma forma mais concreta avaliar a sobrecarga do cuidador, estratificando por facetas que agregam os diversos fatores geradores de sobrecarga em quatro categorias, as primeiras duas estão direcionadas para a avaliação da sobrecarga objetiva, que é resultante da prática dos cuidados e se torna mais visível, enquanto as duas últimas avaliam a sobrecarga subjetiva (Sequeira, 2010).

- 1- “IMPACTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”: engloba os itens que traduzem a sobrecarga associada à prestação de cuidados diretos, nomeadamente no que se refere à alteração do estado de saúde, o excesso da prestação de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, a degradação do estado físico e mental, sendo estes itens assinalados na ESC com os números: 1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22, cujo os resultados se apresentam a seguir.

A maioria dos cuidadores sente que correspondem de maneira satisfatória às solicitações que lhes são feitas A maioria situou-se nas opções de nunca e quase nunca sente que não há solicitações para além do necessário. (Quadro 4)

Quadro 4 – Item 1-“Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	2
3- Às Vezes	1
2- Quase Nunca	5
1- Nunca	4
Total	12

Apesar do tempo que dedicam à prestação de cuidados, seis dos cuidadores referem que nunca e quase nunca ficam sem tempo para as suas tarefas pessoais ou aquelas que realizam fora do âmbito da prestação de cuidados, apenas dois se situam na opção de muitas vezes e quase sempre não dispõem de tempo. Os outros quatro posicionam-se na opção de às vezes. (Quadro 5)

Quadro 5 – Item 2 “- Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	1
4- Muitas Vezes	1
3- Às Vezes	4
2- Quase Nunca	3
1- Nunca	3
Total	12

Ao analisar os resultados obtidos no Quadro 6, sobre a questão formulada observámos que a maioria das respostas apontam para as opções de às vezes e nunca, o que indica que as tarefas relacionadas com o cuidar não influenciam na disponibilidade de tempo para a realização das outras tarefas que estes cuidadores têm a seu cargo.

Quadro 6 – Item 3- “Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	1
4- Muitas Vezes	1
3- Às Vezes	4
2- Quase Nunca	2
1- Nunca	4
Total	12

A maioria dos cuidadores não considera que a situação do seu familiar interfira com a sua vida de relação com os seus amigos e familiares, metade deles situa-se na opção relativa a que isso nunca acontece e a outra metade situa-se maioritariamente na opção de quase nunca e às vezes. (Quadro 7)

Quadro7 – Item 6- “Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	1
2- Quase Nunca	5
1- Nunca	6
Total	12

Maioritariamente os cuidadores situaram-se nas opções de resposta de nunca, quase nunca e às vezes se sentem esgotados quando estão juntos do seu familiar, revelando que esta não é uma situação seja um fator de grande indução de sobrecarga. (Quadro 8)

Quadro 8 – Item 9- “Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	2
3- Às Vezes	4
2- Quase Nunca	2
1- Nunca	4
Total	12

Quanto à percepção do défice de saúde estar relacionado com a prestação de cuidados, podemos verificar que nenhum cuidador se situou no score mais alto da escala. Sete deles optaram por referir que nunca e quase nunca a sua saúde foi afetada devido à prestação de cuidados, no entanto é de salientar que três cuidadores referem que muitas vezes a sua saúde é afetada pela prática da prestação de cuidados. (Quadro 9)

Quadro 9 – Item 10- “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	3
3- Às Vezes	2
2- Quase Nunca	3
1- Nunca	4
Total	12

A vida privada para sete destes cuidadores não é afetada de maneira significativa pelo facto de estar a cuidar de outra pessoa, só um deles refere que muitas vezes isso acontece e nenhum reconhece que não consegue frequentemente manter a sua vida privada. (Quadro 10).

Quadro 10 – Item 11- “Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	1
3- Às Vezes	4
2- Quase Nunca	4
1- Nunca	3
Total	12

As relações sociais em geral e particularmente a convivência direta com os outros não foram apontadas pela maioria dos cuidadores como sendo penalizadas por ter de cuidar de outrem. Apenas um referiu que muitas vezes isso acontece e outro situou-se na opção de às vezes. (Quadro 11)

Quadro 11 – Item 12- “Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	1
3- Às Vezes	1
2- Quase Nunca	6
1- Nunca	4
Total	12

Relativamente ao item 13 observamos que estes cuidadores convivem bem com a situação de cuidarem do seu familiar e que isso não os inibe de receberem outras pessoas no seu domicílio, ficando à vontade com esta situação. (Quadro 12)

Quadro 12 – Item 13- “Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	0
2- Quase Nunca	3
1- Nunca	9
Total	12

A situação de perda de controlo da vida é uma situação de extrema incapacidade que o cuidador tem para realizar todas as tarefas que estão a seu cargo, sejam elas relacionadas diretamente com os cuidados ou não. Apenas três dos cuidadores referiram que às vezes já tinham vivido esse sentimento, enquanto a maioria refere que nunca ou quase nunca isso aconteceu. (Quadro 13)

Quadro 13 – Item 17- “Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	1
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	3
2- Quase Nunca	4
1- Nunca	4
Total	12

Oito dos cuidadores referem que o ato de cuidar do seu familiar nunca e quase nunca os sobrecarrega de forma objetiva, ou seja não sentem essa sobrecarga de maneira que seja muito perceptível quer para eles quer para os outros. Apenas dois referem que

muitas vezes se sentem sobrecarregados por ter de cuidar. (Quadro 14)

Quadro 14 – Item 22- “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	2
3- Às Vezes	2
2- Quase Nunca	5
1- Nunca	3
Total	12

- 2- “RELAÇÃO INTERPESSOAL”: Agrega os itens que evidenciam o nível de sobrecarga gerado pela relação interpessoal estabelecida entre o cuidador e a pessoa dependente é avaliada por estes cinco itens : 4,5,16,18 e 19, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Nenhum dos cuidadores referiu sentir vergonha pelo comportamento que o seu familiar venha a ter face à situação de dependência em que se encontra. (Quadro 15)

Quadro 15 – Item 4- “Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	0
2- Quase Nunca	0
1- Nunca	12
Total	12

O sentir-se irritado em relação a qualquer coisa é um sentimento que surge quando não se aceita uma determinada situação e as repercussões dela resultantes (Branscum,

2010), o que de facto não acontece com muita frequência com estes cuidadores em relação à prestação de cuidados ou simplesmente por estar junto da pessoa a quem prestam cuidados . Sete destes cuidadores nunca se sentiram irritados por estar nesta situação e os restantes referem que quase nunca e que somente às vezes terão vivenciado este tipo de situação. (Quadro 16)

Quadro 16 – Item 5- “Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	3
2- Quase Nunca	2
1- Nunca	7
Total	12

O item descrito a seguir está diretamente relacionado com o tempo da duração de cuidados e as respostas podem ser obviamente influenciadas por esse motivo uma vez que este fator é reconhecido como agente gerador de stress nos cuidadores informais (Njoku, 2015). Metade destes cuidadores referem que nunca ou quase nunca se sentem incapazes de cuidar do seu familiar por muito mais tempo, mas já a outra metade se situa nos valores mais altos da escala, cinco deles referem às vezes e um deles situa-se na opção limite do valor máximo da escala com a opção de quase sempre. (Quadro 17)

Quadro 17 – Item 16- “Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	1
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	5
2- Quase Nunca	2
1- Nunca	4
Total	12

Uma das características deste cuidadores é não estarem disponíveis para entregar o seu familiar aos cuidados de outrem o que é bem perceptível aqui pelo nível de respostas que obtivemos, ou seja a maioria nunca desejou entregar o seu familiar aos cuidados de outras pessoas. (Quadro 18)

Quadro 18 – Item 18- “Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	2
2- Quase Nunca	2
1- Nunca	8
Total	12

Os cuidadores à medida que se vão familiarizando com a prestação de cuidados vão beneficiando da experiência adquirida e ficam mais à vontade com o que lhes é exigido (Amirkhanyan & Wolf, 2003). Assim com o tempo da prestação de cuidados eles próprios vão adquirindo mais segurança com os cuidados que têm que prestar. Relativamente a este item mais de metade destes cuidadores situou-se nas opções com scores mais baixos da escala revelando que nunca ou quase nunca se sentem inseguros. (Quadro 19)

Quadro 19 – Item 19- “Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	1
4- Muitas Vezes	1
3- Às Vezes	3
2- Quase Nunca	2
1- Nunca	5
Total	12

- 3- “PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA”: Avaliação de acordo com a percepção que o cuidador tem sobre o seu próprio desempenho é constituído por dois itens: 20 e 21.

No Quadro 20, grande número dos cuidadores percebe que faz tudo o que lhe é possível pelo seu familiar, não consideram ficar aquém daquilo que podem fazer, cumprindo do seu ponto de vista com o que é expectável que realizem no âmbito da prestação de cuidados.

Quadro 20 – Item 20- “Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	1
2- Quase Nunca	4
1- Nunca	7
Total	12

A grande maioria destes cuidadores percebem que fazem o melhor que podem em relação aos cuidados que prestam de acordo com as aptidões e os conhecimentos de que dispõem. (Quadro 21)

Quadro 21 – Item 21- “Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	0
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	1
2- Quase Nunca	5
1- Nunca	6
Total	12

Relativamente à última faceta, “EXPECTATIVAS FACE AO CUIDAR” que é avaliada pelos itens da ESC com os números: 7,8,14 e 15 são aqueles que foram reconhecidos pelos cuidadores como a maior fonte de sobrecarga, à exceção do item 15 (Quadro 22), estes quatro itens englobam os “receios pelo futuro do seu familiar”; “a percepção do cuidador que o seu familiar depende inteiramente dos seus cuidados”; “ele ser considerado a única pessoa com responsabilidade para cuidar do seu familiar” e se “dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem” (Sequeira, 2010).

No Quadro 22 verificamos que apenas um cuidador referiu que quase sempre não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar, a maior parte situa-se na opção quase nunca não sendo perceptível através destes resultados que a situação financeira fosse um elemento preponderante na sobrecarga dos cuidadores. Estes cuidadores vivem num ambiente rural, baseado numa economia de subsistência, constituído por atividades rudimentares que existem com o objetivo da autossuficiência, produzindo o necessário para o consumo imediato resultante do cultivo de pequenas hortas, o que ajuda a aliviar a sobrecarga financeira.

Quadro 22 – Item 15- “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5- Quase sempre	1
4- Muitas Vezes	0
3- Às Vezes	2
2- Quase Nunca	6
1- Nunca	3
Total	12

- No Quadro 23, oito dos cuidadores afirmaram que “quase sempre” (score “5” o mais alto da ESC) que o seu familiar espera que o cuidador cuide dele como se fosse a única pessoa com que ele pudesse contar, revelando que os cuidadores sentem uma

responsabilidade direta, impartilhável e indelegável sobre a pessoa alvo dos seus cuidados, originando sobrecarga de tarefas relacionadas com o cuidar (Sequeira, 2010).

Quadro 23 – Item 14 - “Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5-Quase sempre	8
4-Muitas Vezes	2
3-Às Vezes	2
2-Quase Nunca	0
1-Nunca	0
Total	12

- No item seguinte (Quadro 24) verificamos que sete dos cuidadores consideram que o seu familiar depende dele “quase sempre” (score “5” o valor mais alto da ESC), daqui resultando uma disponibilidade total em relação ao cuidar.

Quadro 24– Item 8- “Considera que o seu familiar está dependente de si?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5-Quase sempre	7
4-Muitas Vezes	4
3-Às Vezes	1
2-Quase Nunca	0
1-Nunca	0
Total	12

- No Quadro 25, abaixo observa-se que cinco dos cuidadores, têm “**muitas vezes**” receio pelo futuro destinado ao seu familiar, situando-se no score “4” da ESC e um deles refere “**quase sempre**”, no total metade da população situa-se nos scores mais altos o que

evidência que existe um receio em relação ao futuro do seu familiar, este fator é reconhecido como gerador de insegurança e medo no cuidador (Kim et al., 2012).

Quadro 25 – “Item 7-Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?”

Níveis de Resposta	Frequência Absoluta
5-Quase sempre	1
4-Muitas Vezes	5
3-Às Vezes	4
2-Quase Nunca	1
1-Nunca	1
Total	12

Como resumo desta faceta e dos resultados relativos a estes itens apresenta-se a seguir a comparação entre eles. (Quadro 26)

Quadro 26 – Resumo dos resultados dos itens 7,8 e 14

Itens	1-Nunca	2-Quase Nunca	3-Às vezes	4- Muitas vezes	5- Quase Sempre	Total Cuidadores
“7”	1	1	4	5	1	12
“8”	0	0	1	4	7	12
“14”	0	0	2	2	8	12

2.2.2- Problemas identificados

Depois da análise dos resultados obtidos procedeu-se à identificação dos problemas:

- Oito dos cuidadores percecionam que a pessoa alvo dos seus cuidados espera e conta com ele como sendo a única pessoa com quem podem contar para os cuidados que necessitam.
- Sete dos cuidadores referem sentir que o seu familiar está dependente dos seus cuidados, sentindo-se exclusiva e diretamente responsáveis por ele.
- Cinco dos cuidadores referem ter receio pelo futuro destinado ao seu familiar, por desconhecimento da situação de saúde da pessoa alvo de cuidados.

Os profissionais de saúde e da área social conhecem e reconhecem as necessidades destes cuidadores, mesmo que alguns deles estejam capacitados para dar respostas pontuais às suas necessidades sentem dificuldade em lidar com as suas ansiedades e medos relacionados com a prestação de cuidados e situação da pessoa que cuidam.

2.2.3- Necessidades determinadas

O reconhecimento das necessidades percecionadas e evidenciadas pela população são muito importantes no diagnóstico, estas podem ser reais, que são aquelas identificadas pelo investigador, ou sentidas que podem ou não ser evidentes de forma clara pelos indivíduos ou comunidades, constituem as necessidades que a população sente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste âmbito identificaram-se as seguintes necessidades:

- Estimular o cuidador na verbalização e partilha de preocupações, medos e ansiedades face ao cuidar.
- Esclarecimento de dúvidas aos cuidadores relativamente aos cuidados prestados.

- Esclarecer os cuidadores sobre a situação clínica da pessoa aos seus cuidados e previsão da evolução futura da situação de saúde do indivíduo alvo de cuidados.
- Capacitar e empoderar os cuidadores informais no âmbito das competências de cuidar
- Aceitação do cuidador sempre que possível para a interdependência entre os membros da família na prestação de cuidados.
- Criar um clima de comunicação efetiva do cuidador com a pessoa alvo de cuidados (expressar emoções).
- Os cuidadores devem conhecer e recorrer ao sistema de apoio disponibilizado pela ECCI nas suas áreas multidisciplinares.
- Capacitar os cuidadores informais na adoção de estratégias para a diminuição da sobrecarga do cuidador associada ao cuidar.

2.3- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A seleção de prioridades consiste na ordenação dos problemas de acordo com o seu grau de importância. É orientada pelo diagnóstico da situação e por sua vez determina a fase seguinte do planeamento em saúde que é a criação dos objetivos. Tendo em conta os resultados da aplicação da ESC para avaliar a sobrecarga dos cuidadores, evidenciou-se o domínio onde se registaram o maior número de cuidadores com scores de avaliação mais elevados, ou seja o domínio com maior relevância relativamente às “*expectativas face ao cuidar*”. Em reunião com a equipa multidisciplinar da UCC considerados como peritos e atendendo aos critérios de magnitude do problema, a transcendência e a vulnerabilidade (Tavares, 1990).

Foram identificadas as maiores necessidades de intervenção de forma mais objetiva possível, considerou-se orientar e priorizar as intervenções de acordo com a relação entre o problema a sua gravidade e pertinência resultando daqui uma atuação direcionada no domínio já referido da ESC mais concretamente de acordo com a seguinte ordem de priorização:

1º - A pessoa cuidada espera que o cuidador cuide dele como sendo a única pessoa com que ele conta (estado de total dependência do cuidador, do ponto de vista da pessoa que é alvo de cuidados), item 14 da ESC.

2º - O cuidador percebe que a pessoa alvo de cuidados está completamente dependente da sua prestação (ponto de vista do cuidador), item 8 da ESC

3º - O cuidador receia pelo futuro destinado à pessoa alvo dos seus cuidados, item 7 da ESC.

Decorrente desta avaliação o estágio desenvolveu-se incidindo nas prioridades definidas, estes cuidadores informais estão sob a grande intensidade destes problemas e a vulnerabilidade que eles lhe conferem tornou evidente a prioridade das intervenções.

2.4- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Esta é a terceira fase do planeamento em saúde onde se inicia o seu período tático. Um objetivo é criar a expectativa de um resultado que se pretende alcançar e que seja realmente exequível do desenvolvimento de um problema que altera a sua tendência de evolução natural, traduzindo-se por indicadores de resultado de processo ou de equilíbrio. Uma meta é algo que traduz um resultado final desejável e naturalmente realizável, das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade.

Os objetivos devem ser o mais preciso possível, ser mensuráveis, dirigidos e também realizáveis com os recursos de que se dispõe. Devem respeitar a natureza da situação esperada, a população alvo a que se dirigem, o local onde vai ser aplicado o projeto, os critérios de sucesso e o prazo de tempo de que se dispõe para os concretizar (Tavares, 1990).

Assim de acordo com o diagnóstico da situação efetuado estabeleceram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral do projeto:

- Promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores informais dos utentes em ECCI da UCC de Serpa no âmbito das suas competências de cuidar.

Objetivos específicos do projeto:

- Capacitar os cuidadores informais na adoção de estratégias para a diminuição da sobrecarga do cuidador associada ao cuidar, orientando-os para a promoção do autocuidado, controlo dos medos e receios.
- Promover a constituição de grupos de cuidadores informais para ajuda mútua.

No sentido de dar resposta a estes objetivos enumeram-se no quadro seguinte as atividades desenvolvidas durante a implementação do projeto de intervenção comunitária “*Cuidar de Quem Cuida*”, respetivos indicadores e metas para os atingir. (Quadro 27)

Quadro 27 - Objetivos, atividades, indicadores e metas

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	Meta
1- Capacitar os cuidadores informais na adoção de estratégias para a diminuição da sobrecarga do cuidador associada ao cuidar, orientando-os para a promoção do autocuidado no controlo dos medos e receios.	1-Realização de visitas domiciliárias aos cuidadores	1- N.º de cuidadores a quem foram feitas visitas domiciliárias $\frac{\quad}{\text{N.º total de cuidadores}} \times 100$	100%
	2-Visitas domiciliárias realizadas, com cumprimento total do plano de educação psico-educativa (seis sessões/cuidador)	2- N.º total de visitas domiciliárias realizadas com cumprimento do plano com seis sessões $\frac{\quad}{\text{N.º total de visitas programadas para aplicação do plano de educação psico-educativa}} \times 100$	75%
	3-Realização de sessão de educação para a saúde	3- N.º de cuidadores que assistiram à sessão $\frac{\quad}{\text{N.º total de cuidadores}} \times 100$	50%
2- Criar grupos de cuidadores informais para ajuda mútua.	4- Reunir cuidadores informais voluntários em pequenos grupos de entreajuda	4- N.º de grupos formados	1

2.5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

As estratégias podem ser entendidas como um grupo de técnicas distintas e dirigidas para a resolução dos problemas identificados como prioritários reduzindo assim um ou mais problemas de saúde e atingindo os objetivos planeados. Assim foram delineadas as seguintes estratégias:

- Integrar no projeto os recursos disponíveis na UCC, através do envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC (Enfermeiros, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista e Fisioterapeuta).

Realizou-se em Outubro uma reunião na UCSP com todos os membros da equipa multidisciplinar da UCC, enfermeiros, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista com o objetivo de dar a conhecer o projeto e os objetivos do mesmo. Foram abordadas as atividades a realizar e reunido o consenso dos vários intervenientes. Através desta estratégia pretendeu-se rentabilizar os recursos humanos da UCC para o desenvolvimento desta estratégia.

- Criar um grupo de Intervenção psicoeducativa, constituído pela Equipa Multidisciplinar da UCC, com a finalidade de capacitar os cuidadores informais relativamente ao cuidar.

2.6- PREPARAÇÃO OPERACIONAL/OPERACIONALIZAÇÃO

A UCC de Serpa partilha as suas instalações no mesmo edifício da UCSP localizado na cidade de Serpa, dispõe de um gabinete de dimensões reduzidas onde realiza a programação das suas atividades, no entanto os elementos da UCC têm acesso às restantes áreas do edifício sem restrições. A equipa da UCC tem como recursos humanos para assegurar o desenvolvimento das suas atividades, quatro enfermeiras sendo que só duas destas se dedicam a tempo inteiro à UCC e as outras duas são partilhadas com a UCSP, um médico na ECL / ECCI, um assistente operacional e um assistente técnico também estes partilhados com a UCSP, existe ainda uma assistente social, uma psicóloga,

uma nutricionista e uma fisioterapeuta que colaboram com a UCC quando solicitadas (UCC de Serpa, 2015).

A UCC dispõe de uma viatura de apoio para a realização das várias atividades que desenvolve, esta é partilhada muitas vezes com a UCSP, alternando os períodos de manhã ou da tarde conforme solicitado previamente pelas duas unidades.

Entrando em linha de conta com as características da população em estudo e atendendo ao facto de serem pessoas idosas com baixo nível de escolaridade e alguns que paralelamente ainda mantêm a sua atividade profissional e o facto da grande dispersão geográfica dos domicílios destas pessoas, foram fatores major que condicionaram a execução das intervenções, tanto em número como em duração, face a esta realidade foi estipulado um número de seis intervenções psicoeducativas por cuidador a realizar no domicílio destes cuidadores (APÊNDICE III) (Ducharme et al., 2012). A seguir enumeram-se as atividades que constituíram este projeto:

- Partilha dos resultados do Diagnóstico de situação – à UCSP e UCC de Serpa;
- Reunião mensal com os elementos da equipa multidisciplinar da UCC, para ponto de situação global do projeto;
- Realização de visitas domiciliárias aos cuidadores com o grupo de intervenção psicoeducativa para fornecer e orientar a formação/informação, aplicação do plano de intervenção psicoeducativa, seis sessões por cuidador (APÊNDICE III), com o objetivo de capacitação destes cuidadores mantendo e promovendo a sua saúde, anulando/diminuindo o efeito dos elementos stressantes identificados.
- A Equipa Multidisciplinar da UCC durante as visitas domiciliárias ajuda o cuidador a estabelecer metas pessoais de saúde, através da criação de uma boa rotina de sono e descanso, cria um bom plano de alimentação saudável, ajuda a estabelecer um horário de refeições com intervalos regulares, de forma a garantir níveis de energia suficientes para a realização das diversas tarefas.
- Visitas domiciliárias mensais aos Cuidadores Informais, a realizar pelos enfermeiros da UCC com o objetivo de Follow-up do projeto.

Ver cronograma das atividades (APÊNDICE IV).

2.7- AVALIAÇÃO

A avaliação é a parte em que se faz o balanço dos objetivos alcançados e dos que estavam inicialmente propostos é a última fase do planeamento. Pretendemos também saber nesta fase se as estratégias que delineámos foram eficazes na realização dos objetivos propostos.

“A sua função primeira é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.” (Tavares, 1990:205).

Após a realização de todas as intervenções

Os indicadores constituem o método mais eficaz do processo de avaliação apresentando-se a sua avaliação a seguir. (Quadro 28)

Quadro n.º 28 – Avaliação dos indicadores

Nome do Indicador	Tipo	Numerador	Denominador	Meta	Atingido
1- Percentagem de cuidadores informais a quem foram feitas visitas domiciliárias	Resultado	Número de cuidadores informais abrangidos por visitas domiciliárias	Número total de cuidadores	100%	100%
2- Percentagem de visitas domiciliárias realizadas, com cumprimento total do plano de educação psicoeducativa 6 sessões/cuidador	Resultado	Número total de visitas domiciliárias realizadas com cumprimento do plano 6 sessões	Número total de visitas previstas	75%	80%
3- Percentagem de cuidadores que assistiram à sessão de educação para a saúde	Processo	Número de cuidadores que assistiram à sessão	Número total de cuidadores	50%	S/ realização
4- Número de grupos de intervenção aos cuidadores	Processo	_____	_____	1	0
5- Percentagem de cuidadores com score “4” e “5” no item 7 da ESC relacionado com as “ <i>expectativas face ao cuidar</i> ”	Resultado	Número de cuidadores com score “4” e “5” no item 7 na segunda avaliação da ESC	Número de cuidadores com score “4” e “5” no item 7 relacionado primeira avaliação da ESC	< 30%	25%
6- Percentagem de cuidadores com score “4” e “5” no item 8 da ESC relacionado com as “ <i>expectativas face ao cuidar</i> ”	Resultado	Número de cuidadores com score “4” e “5” no item 8 na segunda avaliação	Número de cuidadores com score “4” e “5” no item 8 na primeira avaliação	< 60%	50%
7- Percentagem de cuidadores com score “4” e “5” no item 14 da ESC relacionado com as “ <i>expectativas face ao cuidar</i> ”	Resultado	Número de cuidadores com score “4” e “5” no item 14 na segunda avaliação	Número de cuidadores com score “4” e “5” no item 14 na primeira avaliação	< 50%	58%

O resultado do indicador n.º 1 foi de fácil obtenção, uma vez que as visitas domiciliárias efetuadas aos cuidadores cumpriram-se sempre de acordo com o plano que estava previsto de sessões pré-programadas. Sempre que possível os cuidadores recebiam um aviso prévio de confirmação da nossa visita através de contato telefónico e também foi sempre efetuado o agendamento da próxima visita.

Relativamente ao indicador n.º 2, que avalia a percentagem de visitas domiciliárias realizadas com cumprimento total do plano de educação psicoeducativa, em função das que estavam previstas, sendo inicialmente previsto que cada cuidador receberia no âmbito das intervenções psicoeducativas um total de quatro visitas para a aplicação do respetivo plano (seis sessões), o que perfaz um total de quarenta e oito visitas previstas, o resultado foi de 80% (trinta e nove) o que superou a meta prevista.

O indicador n.º 3 que se refere à percentagem de cuidadores presentes na sessão de educação para a saúde, não apresenta valor porque a sessão acabou por não se realizar por os cuidadores não terem manifestado disponibilidade em estar presentes, o que se pode justificar com a grande dispersão geográfica e a falta de alternativa em quem pudesse por esse período garantir os cuidados à pessoa dependente fez com que não fosse possível realizar esta atividade.

Como estava previsto o objetivo da criação de pelo menos um grupo de entreadajuda aos cuidadores informais tentou-se abordar os cuidadores neste sentido, as respostas não foram favoráveis e acabaram sempre por se centralizarem na dificuldade destes cuidadores em se ausentar da sua área da prestação de cuidados, afinal este acabou por ser também um problema identificado no diagnóstico da situação. Assim o indicador n.º 4 referente a este objetivo apresenta valor zero por não ter sido criado nenhum destes grupos.

O indicador, n.º 5 mede a percentagem de cuidadores informais que diminuíram nos scores “4” e “5” da ESC no item “7” relacionado com as “expetativas face ao cuidar”, que tinha um valor inicial de 50%, e uma meta a atingir menor ou igual a 30%, o resultado ficou-se em 25% cumprindo e superando assim a meta prevista.

Relativamente ao indicador n.º 6 que mede a percentagem de cuidadores informais que diminuíram nos scores “4” e “5” da ESC no item 8 relacionado com as “*expetativas face ao cuidar*”, que tinha um valor inicial de 90% e uma meta de redução para 60%, obte-

ve um valor de 50% acabando, não só por ser uma grande redução, como também superou a meta proposta.

O último indicador, n.º 7 refere-se à percentagem de cuidadores informais que diminuíram nos scores “4” e “5” da ESC no item “14” relacionado com as “*expetativas face ao cuidar*”, com um valor inicial de 83% e uma meta a atingir menor que 50%, apresenta um valor após as intervenções de 58%, não tendo superado a meta proposta, apesar de ter tido uma redução significativa relativamente ao valor inicial. Este item da ESC formula a seguinte pergunta: “*Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?*”, tendo em conta a especificidade da pergunta podemos compreender um pouco melhor o motivo porque não foi atingida a meta deste indicador, trata-se de uma questão que remete para um sentimento relativo à confiança que a pessoa que é alvo de cuidados deposita no seu cuidador e no sentimento que o cuidador muitas vezes tem que é insubstituível (Njoku, 2015). A apresentação dos valores absolutos obtidos relativamente aos scores dos itens da ESC relacionados com as expetativas face ao cuidar antes e depois das intervenções assinalam-se a seguir, evidenciando o nível de reduções ocorrido de uma fase para a outra em cada um deles. (Quadro 29)

Quadro 29 - Scores da ESC obtidos nos itens 7, 8 e 14 antes/depois da implementação do projeto

Scores da ESC obtidos nos itens 7, 8 e 14 antes da implementação do projeto						
Itens	1-Nunca	2-Quase Nunca	3-Às vezes	4- Muitas vezes	5- Quase Sempre	Total Cuidadores
“7”	1	1	4	5	1	12
“8”	0	0	1	4	7	12
“14”	0	0	2	2	8	12
Scores da ESC obtidos nos itens 7, 8 e 14 depois da implementação do projeto						
Itens	1- Nunca	2- Quase Nunca	3- Às vezes	4- Muitas vezes	5- Quase Sempre	Total Cuidadores
“7”	1	4	4	3	0	12
“8”	0	2	4	2	4	12
“14”	0	1	4	2	5	12

3- REFLEXÃO CRÍTICA: O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O projeto de intervenção comunitária “*Cuidar de Quem Cuida*” tal como foi concebido, no estágio realizado na UCC, encetou um caminho com um percurso que visa a aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Esta reflexão baseia-se e orienta-se pelo Regulamento Específico de Competências (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere 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, 1998:1742).

Os cuidados de saúde primários, alicerçados num método de intervenção essencialmente focalizada na comunidade, proporcionam ao EEECS

“(…) um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Regulamento nº128/ 2011 de 18 de fevereiro:8667).

As principais competências desenvolvidas e adquiridas emergem do uso da metodologia do Planeamento em Saúde em articulação com o referencial teórico de Enfermagem, no que se refere à identificação das necessidades de saúde de um grupo, tendo para isso sido mobilizados recursos de outras áreas nomeadamente: a Investigação e Estatística, área da informática e Psicologia.

Do acerto de todos estes recursos, procurou-se sempre que as tomadas de decisão fossem baseadas em dados o mais objetivos possível e que o planeamento das atividades daí resultantes, bem como a sua execução e avaliação fossem também promotoras da aquisição de competências na área da especialização da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. De acordo com o Anexo do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro destacam-se as seguintes competências adquiridas pelo enfermeiro no decorrer deste estágio:

- ❖ Estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.
 - Procedeu à elaboração de um diagnóstico de saúde da comunidade. Para que haja um correto planeamento em saúde é essencial a existência de um diagnóstico da situação objetivo, atualizado e que reflita de forma inequívoca os problemas identificados (Tavares, 1990), o mesmo foi realizado na primeira fase do estágio, correspondendo à competência para a elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade.

- Estabeleceu as prioridades em saúde de uma comunidade.
 - Depois de se ter realizado o diagnóstico da situação e em reunião com a equipa multidisciplinar da UCC depois de apresentados, foram apurados e destacados os problemas mais pertinentes e estabelecidas as prioridades de intervenção, tendo em consideração vários níveis de hierarquização dos mesmos como a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência (Imperatori & Giraldes, 1993), de maneira a direcionar e otimizar os recursos. Tentou-se deste modo aplicar o maior grau de objetividade possível na sua ordenação, tendo demonstrado assim a capacidade de estabelecer prioridades em saúde numa comunidade.

- Formulou objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
 - A definição de objetivos foi essencial para a preparação e realização do projeto, “ no seu enunciado devem estar contidos os critérios com que se poderá apreciar o grau de sucesso de um projeto(...)” (Tavares, 1990:115), assim

a sua fixação e orientação foi no sentido de corresponder às necessidades de saúde identificadas na população alvo.

- Estabeleceu projeto de intervenção com o objetivo de resolução/minimização dos problemas identificados;

- As intervenções efetuadas no âmbito do projeto “*Cuidar de quem Cuida*” e o seu desenvolvimento capacitou o enfermeiro no sentido de adquirir a competência no estabelecimento de programas e projetos de intervenção para a resolução ou minimização dos problemas identificados.

- Avaliou o projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

- Monitorizou a eficiência do projeto na resolução/minimização dos problemas de saúde identificados, procedeu à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada das decisões a nível político (autarquia). A avaliação possibilita, face aos progressos alcançados através da realização das atividades programadas, comparar a realidade de partida com aquela que se atingiu.

❖ Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

- Liderou processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania. Mobilizou os recursos da equipa multidisciplinar da UCC, através de reuniões de apresentação e avaliação intercalar do projeto, para a discussão dos problemas encontrados e delinear as estratégias a implementar, tendo o enfermeiro revelado e adquirido competências na área da liderança do projeto com o objetivo da capacitação e empoderamento de grupos na realização de projetos de saúde.

- Integrou nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais;

- Orientou e realizou intervenções individuais para os membros de um grupo de cuidadores vulnerável de acordo com as necessidades identificadas, realçando a competência para a gestão da informação em saúde, tendo em conta as várias áreas do saber nomeadamente fazendo recurso à enfermagem, habilidades de comunicação, educação, ciências sociais e humanas. Procedeu à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade. Sistematizou, organizou e documentou o projeto de intervenção comunitária “*Cuidar de Quem Cuida*”, fez recurso de conhecimentos de outras áreas do saber para agilizar processos de mobilização e participação da comunidade.

4- CONCLUSÃO

Atendendo à realidade atual da nossa sociedade em que a população se apresenta cada vez mais envelhecida com o aumento gradual da esperança média de vida e uma forte prevalência das doenças crónicas, surgem como uma necessidade urgente e incontornável as redes de apoio aos indivíduos com dependência. Depois da alta hospitalar cada vez mais precoce, muitos destes utentes voltam para os seus domicílios em situação de dependência necessitando de cuidados. Toda esta conjuntura leva a que a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, no domicílio incida nos membros da família ou amigos mais próximos, surgindo assim a figura do cuidador informal, sobre quem recai de forma quase sempre súbita e inesperada a responsabilidade de cuidar destes doentes. O atual interesse na intervenção junto destes cuidadores justifica-se sobretudo pelas repercussões que o ato de cuidar de outrem com incapacidade induz no cuidador um determinado nível da sobrecarga/stress.

Estes cuidadores representam uma mais valia para manter os idosos dependentes no seu domicílio, proporcionando um ambiente mais favorável para a sua reabilitação, no entanto a vulnerabilidade a que ficam sujeitos pelas exigências da prestação de cuidados torna-os numa população frágil e suscetível à doença, assim perante esta realidade bem patente nos nossos dias e após discussão com os enfermeiros da UCC e a orientadora do estágio, reconheceu-se a necessidade de avaliar o stress do cuidador informal dos utentes dependentes que estão sob os cuidados da ECCI. Após chegar a este consenso iniciou-se o processo de conceção do projeto de intervenção “*Cuidar de Quem Cuida*”.

A aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde orienta as intervenções a nível da comunidade, determina em primeiro lugar que se perceba qual o estado de saúde de uma comunidade para assim se puder elevar o nível da prestação de cuidados de saúde, particularmente para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o planeamento em saúde assume uma grande importância e relevância porque faz parte do seu desempenho profissional e também das suas competências. O projeto “*Cuidar de Quem Cuida*” seguiu às etapas do Planeamento em Saúde para a realização da sua estrutura, operacionalização e avaliação, foram utilizados instrumentos de colheita de dados relativos à população alvo, nomeadamente o guia de caracterização sociodemográfica do

cuidador criado especificamente para este efeito respeitando o que está preconizado na literatura disponível para consulta. Para avaliação da sobrecarga do cuidador foi utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador que consiste numa tradução da Burden Interview Scale de Steve Zarit seu autor, foi validada para a população portuguesa por Carlos Alberto Sequeira. Esta escala é um instrumento de utilização universal e está presente no sistema de registos “S-Clinico[®]” precisamente para avaliação do stress do cuidador, pelo que se procedeu à sua aplicação direta a estes cuidadores. Após a sua aplicação os resultados recolhidos e apresentados neste relatório foram também registados nos processos destes utentes, uma vez que essa avaliação ainda não tinha sido feita pela equipa da UCC.

Para a compreensão do mecanismo de agressão que os agentes estressores identificados como os medos, receios e disponibilidade em relação ao cuidar exercem sobre o equilíbrio do sistema da pessoa recorreu-se à Teoria dos Sistemas de Betty Neuman que permitiu estabelecer o tipo de intervenção mais adequado e o tempo correto da sua aplicação, correspondendo aos níveis primário, secundário e terciário de acordo com o preconizado pelo modelo. Esta ação concertada e estruturada conduziu a um aumento da capacitação dos cuidadores para adequar as suas respostas aos agentes estressores mantendo o Bem-estar e o seu nível de saúde.

Depois de realizadas as intervenções planeadas verificou-se uma diminuição dos scores obtidos pela aplicação da ESC relativamente às expectativas face ao cuidar o que manifestamente revelou a eficácia destas ações e o cumprimento das metas dos objetivos propostos no início do estágio. Os cuidadores beneficiaram do desenvolvimento das intervenções constantes do projeto “*Cuidar de Quem Cuida*”, tratou-se de uma intervenção inédita nesta comunidade dirigida a uma população que muitas vezes é esquecida ficando fora de qualquer atenção por parte dos profissionais de saúde.

A grande receptividade que o projeto teve não só entre os cuidadores, mas também a nível da comunidade e da UCC levou a que os profissionais de saúde desta unidade em conjunto com a autarquia conseguissem estabelecer uma plataforma de intervenção conjugada junto dos cuidadores informais, que está a tomar forma e a ser dinamizada garantindo assim a continuidade deste projeto para além do horizonte temporal do estágio que lhe deu origem. Como principal promotor deste projeto, permaneço envolvido a nível pessoal com a UCC e a autarquia, estando já agendada a apresentação dos resultados nas Jornadas

Seniores de Serpa promovidas pela Câmara Municipal a realizar já no próximo mês de Maio.

Nesta fase final de encerramento é de realçar a relevância que teve a implementação deste projeto para a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A oportunidade do contacto e uso da metodologia do Planeamento em Saúde veio permitir que se fizesse de forma organizada e sistematizada a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e aplicar as intervenções no sentido de contribuir de forma efetiva para o processo da capacitação em saúde deste grupo.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendola, F., & Oliveira, Maria Amélia de Campos; Alvarenga, M. R. M. (2011). Influência do Apoio Social na Qualidade de Vida do Cuidador familiar de pessoas com dependência.
- Amirkhanyan, A. A., & Wolf, D. A. (2003). Caregiver Stress and Noncaregiver Stress: Exploring the Pathways of Psychiatric Morbidity. *The Gerontologist*, 43(6), 817–827. <https://doi.org/10.1093/geront/43.6.817>
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Areosa, S. V. C., & Areosa, A. L. (2008). Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Revista Textos & Contextos Porto Alegre*, 138–150.
- Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2017). Conceptual Framework for Nurses in the Use of the Neuman Systems Model on Caregivers of People Suffering by Schizophrenia. *International Archives of Nursing and Health Care*, 3(3), 1–5. <https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510079>
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden-A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431–441. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005>
- Bevans, M. F., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *Jama*, 307(4), 398–403. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.29.Caregiving>
- Branscum, A. (2010). Stress and coping model for family caregivers of older adults. <http://lib.dr.iastate.edu/etd>
- Carneiro, R. (coord. . (2012). O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade. *Focus*, 363. <https://doi.org/Ficha n°28>
- Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Comunitária e De Saúde Pública (2011). www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf
- Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril. (1998). Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, 1739–1757.

- Ducharme, F., Lachance, L., Lévesque, L., Kergoat, M.-J., & Zarit, S. H. (2012). Persistent and delayed effects of a psycho-educational program for family caregivers at disclosure of dementia diagnosis in a relative: a six-month follow-up study. *Healthy Aging Research*. <https://doi.org/10.12715/har.2012.1.2>
- European Commission. (2015). *The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. <https://doi.org/10.2765/76255>
- Galvão, O., Ferreira, L., Maciel, S. C., Maria, S., Costa, G., Oliveira, A., ... Moreira, S. P. (2008). Active Aging and Its Relationship To Functional. *Text Context Nursing*, 21(3), 513–518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia e Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Júnior, P. R. R., Corrente, J. E., Hattor, C. H., Oliveira, I. M., Zancheta, D., Gallo, C. G., Galiego, E. T. (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado The results of training of informal caregivers on. *Ciência & Saúde ...*, 3131–3138. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800013>
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>
- Longacre, M. L., Wong, Y.-N., & Fang, C. Y. (2014). Caregiver Psychological Health and Hospitalization Characteristics of Older Adult Care Recipients: An Integrative Review of U.S. Studies. *Research in Gerontological Nursing*, 7(3), 139–147. <https://doi.org/10.3928/19404921-20140127-01>
- Luchesi, B. M., Degani, G. C., Brigola, A. G., Pavarini, S. C. I., & Marques, S. (2015). Evaluation of depressive symptoms in older caregivers. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 42(2), 45–51. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000047>
- Luchesi, B. M., Souza, Nestor, Grat, A. C. M., Gomes, G. A. de O., Inouye, K., Alexandre, T. da S., Pavarini, S. C. I. (2016). The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67(2016), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.017>
- Marin, M. The Stress of Caregivers.
- Miguel, B., & Rocha, P. (2009). “Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência.”

- Miguel, B., Rocha, P., Eusébio, J., Pacheco, P., Rocha, B., & Jep, P. (2013). Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paul Enferm*, 26(261), 50–650.
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário Da República, I Série-A n.º 109 de 6 de Junho de 2006, I-A(109)*, 3856–3865.
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei nº 28/2008. *Diário Da República, 1ª série(38)*, 1182–1189.
- Ministério da Saúde. (2016). Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. *M. Do Trabalho, Solidariedade E Segurança Social*, 1–28.
<https://doi.org/10.1590/S010015742008000300011>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (P. Education, Ed.) (Fifth Edit). Boston: Pearson Education, Inc.
- Njoku, G. U. (2015). The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level. *Walden University*. Retrieved from
<http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104424563&site=ehost-live>
- OE. (2011a). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*, 8648–8653.
- OE. (2011b). Regulamento n.º 128/2011 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 47 — 8 de Março de 2011, 2000(anexo V)*, 8667–8669.
- OECD. (2011). The Impact of Caring on Family Carers. In *Statistics Canada* (pp. 1–21).
<https://doi.org/10.1162/ISEC>
- ONU. (2015). World population ageing. *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nat((ST/ESA/SER.A/390)*, 164.
<https://doi.org/ST/ESA/SER.A/390>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_comp_tencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Pereira, R. E. (2011). Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta, 90. Retrieved from <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:run.unl.pt:10362/9583>
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de Economia*, 7.
- Regulamento n.º128/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 8667–8669.
- Rocha. (2014). SAÚDE FAMILIAR O Enfermeiro na Capacitação do Cuidador Informal Patrícia Ferreira Rocha , Anabela Marques Teixeira *, Andreia Sofia Lourenço Tomé , Maria Eduarda Eloy, (2010), 2014.
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*, 55(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Santos, A. M., & Castro, C. D. E. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4(16), 675–690.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Sebastião, C., & Albuquerque, C. (2009). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Kairós. Revista Da Faculdade de Ciências Humanas E Saúde. ISSN 2176-901X*, 14(3), 25–49. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10048>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12, 9–16.
- Souza, L. R. de, Hanus, J. S., Dela Libera, L. B., Silva, V. M., Mangilli, E. M., Simões, P. W., Tuon, L. (2015a). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140–149. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>
- Tavares, A. (1990). *Metodos e Tecnicas de Planeamento em Saude.pdf*.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- UCC de Serpa. (2015). *Plano de ação da UCC de Serpa 2015*.
- UNIESEP. (2011). *Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir*. Porto.

http://www.esenf.p/fotos/editor2/saude_e_qualidade_de_vida_uma_meta_a_attingir.pdf

Valda Garber-Weider, RN, M. C. D. P. A. 2014. (2014). Caregiver Stress, Strain and Burden, (August).

Vargas, D. M. (2012). As intervenções de enfermagem que permitem a diminuição da sobrecarga do cuidador informal de cuidados à pessoa com demência.

WHO. (1978). Declaração de alma-ata. *Conferencia Internacional de Cuidados Primarios*, 3.

WHO. (1986). Carta de ottawa para a promoção da saúde. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*, 1–6.

https://doi.org/file:///C:/Users/Am%C3%A9rico/Downloads/2_ottawa_nesase_semlogo.pdf

WHO. (2015). *World report on Ageing And Health. Relatório.*

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Wilborn-lee, B. (2015). The Effects of Stress and Burden on Caregivers of Individuals with a Chronic Illness This is to certify that the doctoral dissertation by.

World Health Organization. (2016). Global strategy and action plan on ageing and health (2016 - 2020) Why a global strategy ?

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

N.º	Item	1Nunca	2Quase nunca	3 Às vezes	4 Muitas vezes	5 Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado/a quando está junto do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					

14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

**ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas de
Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora**



Documento 1 8 0 4 4

F

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

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Luís Sebastião, Prof.ª Doutora Margarida Amoedo e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Cuidar de quem cuida*" do investigador **José Luís Carochinho Baião Espinho** (mestrando) e Prof. Doutora Ana Maria Barros Pires (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

APÊNDICES

APÊNDICE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR

1 -Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

2- Idade: _____ Data de Nasc. ___/___/___

3- Estado civil: 1 Casado 2 Solteiro 3 Viúvo 4 Divorciado 5
Outro _____

4- Escolaridade: 1 Sem escolaridade 2 Sabe ler e escrever

3 1º ciclo de ensino básico (4ª classe)

4 2º ciclo do ensino básico (ensino preparatório)

5 3º ciclo do ensino básico (9º ano)

6 Ensino secundário (12º ano)

7 Ensino superior

8 Outro. Qual _____

5 -Profissão: _____

5.1 Situação profissional/ocupação:

1 Empregado 2 Desempregado 3 Doméstico

4 Estudante 5 Reformado 6 Outra. Qual? _____

6- Relação de parentesco com o “cuidado”:

1 Cônjuge 2 Filho/Filha 3 Irmã

4 Nora/Genro 5 Neta 6 Outro. Qual _____

7 - Geralmente diria que o seu estado de saúde é:

1 Muito bom 2 Bom 3 Fraco 4 Muito fraco

8 -Há quanto tempo presta cuidados?

1 6 meses 2 6 meses a 1 ano 3 1 a 2 anos 4 > 3 anos

9- Quantas horas por dia presta cuidados?

1- 2 a 3 horas; 2- 3 a 5 horas; 3- 6 a 12 horas 4- > a 12 horas

10- Porque é cuidador deste utente?

- 1- Porque é meu pai/mãe.
- 2- Porque é meu marido/esposa.
- 3- Porque é meu parente.
- 4- Porque gosto e me preocupo com ele/a.
- 5- Porque tenho pena e não há mais ninguém disponível para cuidar.
- 6- Porque sinto que devo realizar esta atividade por tudo o que ele/a já fez por mim.
- 7- Porque os demais membros da família não podem.
- 8- Por alternância dos membros da família (à vez).

11- Conta com apoio de outras pessoas na prestação dos cuidados?

- 1-Sempre
- 2- Por vezes
- 3- Nunca

APÊNDICE II- PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “CUIDAR de QUEM CUIDA”

PROJETO de INTERVENÇÃO: “CUIDAR DE QUEM CUIDA”

FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO PROJETO

Atendendo à realidade atual da nossa sociedade, no que se refere ao facto da população se apresentar cada vez mais envelhecida, com o aumento da esperança média de vida e uma forte prevalência das doenças crónicas, surge a criação de redes de apoio aos indivíduos com dependência, como uma necessidade urgente e incontornável. O domicílio é cada vez mais o local privilegiado para a prestação de cuidados às pessoas com dependência, sendo esta realidade o reflexo do aumento do número de idosos, das políticas dos serviços de saúde com hospitalizações mais curtas e altas cada vez mais precoces. Depois da alta hospitalar, muitos destes utentes regressam para os seus domicílios necessitando de cuidados e em situação de dependência. Esta conjuntura leva a que a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, no domicílio recaia nos membros da família ou amigos mais próximos, surgindo assim a figura do cuidador informal, sobre quem incide de forma quase sempre súbita e inesperada a responsabilidade de cuidar destes doentes. As repercussões que se manifestam sobre quem cuida desta forma, variam ao longo do próprio processo de cuidar, sendo que a sobrecarga/stress pode manifestar-se de forma mais intensa no início deste processo, com tendência a diminuir à medida que o cuidador se vai adaptando à nova situação, ou quando adquire mais competências para cuidar (Andreasen, 2003; Spar e La Rue, 2005).

A situação de cuidar de outrem com dependência determina uma sobrecarga de novas funções para quem vai assumir o papel de cuidador, a chamada sobrecarga do cuidador, que se define como o stress que é percebido pelo cuidador devido à sobrecarga relativa à situação da prestação de cuidados, sendo este um dos condicionantes mais importantes para os resultados negativos do ato de cuidar, tais como: angústia, tristeza, preocupação, insegurança, medo, falta de tempo para cuidar de si próprio, mudanças na rotina do sistema familiar, dificuldades económicas entre outras, afetando tanto os cuidadores como quem é alvo dos cuidados, traduzindo-se mais frequentemente nestes últimos em abandono e negligência (Souza et al., 2015b).

O cuidador informal é um elemento fundamental e cada vez mais necessário na dinâmica das famílias que têm no seu seio uma pessoa idosa dependente. Independentemente do tempo durante o qual o cuidador exerce essa função ele é um elemento indispensável, com um elevado valor no suporte à prestação de cuidados da pessoa dependente no domicílio.

Assumir-se como cuidador informal é disponibilizar-se para partilhar as dificuldades e problemas do outro, acompanhá-lo, respeitá-lo sem o substituir, respeitar a sua individualidade, garantir sempre o respeito e a dignidade no seio da relação. É fundamental cuidar do cuidador para garantir a sua disponibilidade física e psíquica, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados prestados, é necessário intervir para prevenir situações de saturação do papel de cuidador.

A permanência da pessoa dependente no domicílio pode causar desequilíbrio no cuidador originando perturbações a vários níveis: mental, físico, psicológico, social e económico que muitas vezes o cuidador informal por si só não consegue dar resposta. Para Sequeira (2010), estes fatores são determinantes para a existência de repercussões negativas a nível do cuidar, principalmente a perda de liberdade, incapacidade de usufruir de tempos livres, de lazer, de férias, de fins de semana, sobrecarga de trabalho e muitas vezes o ter de assumir tarefas nunca antes realizadas e o desconhecimento sobre a forma como a doença da pessoa cuidada se manifesta e evolui são condições que, reconhecidamente, precipitam situações de stress no cuidador.

CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Para conhecer os fatores de sobrecarga do cuidador, foi realizado no Estágio I o diagnóstico de saúde usando como instrumento de colheita de dados a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), que consiste numa tradução da “*Burden Interview Scale*” (Zarit e Zarit, 1983; Zarit et al, 1985) e foi validada para a população portuguesa por Sequeira, (2010). Esta escala é utilizada para avaliar o stress do cuidador informal, fazendo parte integrante do *S-clinico*®. O estágio realizou-se Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Serpa (UCSP), tendo esta última como área de abrangência o Concelho de Serpa, com um total de 16013 inscritos em Dezembro de 2016. A população deste Concelho segue a tendência nacional, sendo que na faixa etária dos 65 e mais anos (Censos, 2011), a sua percentagem é de 26%.

A população alvo deste estudo é constituída por um total de 12 cuidadores informais de utentes dependentes abrangidos pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC de Serpa. Estes cuidadores são 9 do sexo feminino e 3 do sexo masculino com uma média de idades de 69 anos.

As ECCI são equipas com uma tipologia de resposta de prestação de cuidados no domicílio e apoio social, a pessoas que se encontram em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de

convalescença, que tenham obrigatoriamente rede de suporte social. Estas unidades estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e enquadradas nos

Cuidados de Saúde Primários (CSP), sempre que exista uma UCC nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES).

Da análise dos resultados obtidos no diagnóstico de situação através da aplicação da ESC a esta população relativamente às “**expectativas face ao cuidar**”, em que se avaliaram os **medos, receios e disponibilidades** do cuidador, foram apurados os seguintes resultados:

- 1- 8 dos cuidadores revelam uma sobrecarga no que diz respeito a uma responsabilidade de serem eles os únicos a cuidar porque, percebem que a pessoa alvo de cuidados assim espera.
- 2- 7 dos cuidadores percebem que têm que ter uma disponibilidade total para cuidar, constituindo esta um fator de sobrecarga uma vez que condiciona a disponibilidade para a sua vida íntima e pessoal.
- 3- 5 dos cuidadores referiram que muitas vezes têm receio em relação ao futuro da pessoa que cuidam, sendo este sentimento gerador de ansiedade, medo e insegurança.

Os profissionais de saúde e da área social conhecem e reconhecem as necessidades destes cuidadores, mesmo que alguns deles estejam capacitados para dar respostas pontuais às suas necessidades, sentem dificuldade em lidar com as suas ansiedades e medos relacionados com a prestação de cuidados e situação da pessoa que cuidam.

Face aos resultados encontrados, justifica-se a pertinência deste projeto de intervenção nesta população. O ato de cuidar tem consequências para o cuidador informal, uma vez que o mesmo o expõe a riscos, implicando com alguma frequência sentimentos de cansaço, stress e alterações emocionais, que poderão interferir na sua vida pessoal.

O cuidador Informal neste contexto, torna-se vulnerável, podendo vir a desenvolver patologias do foro físico e mental. A situação de doença prolongada de um familiar representa pois uma situação de crise geradora de stress, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social (Moos, 1982).

Perante os resultados obtidos definiram-se os seguintes objetivos para este projeto de intervenção.

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL DO PROJETO:

- Promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores informais dos utentes em ECCI da UCC de Serpa no âmbito das suas competências de cuidar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Capacitar os cuidadores informais na adoção de estratégias para a diminuição da sobrecarga do cuidador associada ao cuidar, orientando-os para a promoção do autocuidado,
- Promover a constituição de grupos de cuidadores informais para ajuda mútua.

DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS

- Alocar ao projeto os recursos disponíveis na UCC, através do envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC (Enfermeiros, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista);
- Criar um grupo de Intervenção psicoeducativa, constituído pela Equipa Multidisciplinar da UCC, com a finalidade de ensino de competências aos cuidadores informais e apoio;

ATIVIDADES

- Partilha dos resultados do Diagnóstico de situação – à UCSP e UCC de Serpa;
- Reunião mensal com os elementos da equipa multidisciplinar da UCC, para ponto de situação global do projeto;
- Realização de visitas domiciliárias quinzenais aos cuidadores com o grupo de intervenção psicoeducativa, onde cada profissional intervém no seu domínio de competências, para fornecer e orientar a formação/informação, mantendo e promovendo a saúde dos cuidadores informais;
- A Equipa Multidisciplinar da UCC durante as visitas domiciliárias ajuda o cuidador a estabelecer metas pessoais de saúde, através da ajuda na criação de uma boa rotina de sono e descanso, ajuda a criar um bom plano de alimentação saudável, ajuda a estabelecer um horário de refeições com intervalos regulares, de forma a garantir níveis de energia suficientes para as diversas tarefas.
- Visitas domiciliárias mensais aos Cuidadores Informais, a realizar pelos enfermeiros da UCC para Follow up do projeto.

- Realização de sessão de educação para a saúde para o desenvolvimento de competências aos cuidadores informais

AVALIAÇÃO DO PROJETO

INDICADORES DE EXECUÇÃO

2.3.1	Nome do Indicador	2.3.2	Tipo de indicador	2.3.3	Meta
	- Percentagem de cuidadores informais acompanhados, nas visitas domiciliárias, pelo grupo de intervenção psicoeducativa/Total dos cuidadores informais dos utentes da ECCI. - Numero de visitas domiciliarias realizadas pelo grupo de intervenção psicoeducativa /Numero de visitas planeadas - Numero de cuidadores informais que percepcionam uma diminuição da sobrecarga do cuidador relacionada com medos, receios e disponibilidade (ESC)/ Total dos cuidadores informais dos utentes da ECCI. - Percentagem de cuidadores informais que identificaram necessidades concretas de ajuda/ Total dos cuidadores informais dos utentes da ECCI. - Percentagem de cuidadores que assistiram à sessão de educação para a saúde/ Total dos cuidadores informais dos utentes da ECCI.		Processo		90%
			Resultado		90%
			Resultado		80%
			Processo		50%
			Processo		70%

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meses/Ano	Outubro 2017		Novembro 2017	Dezembro 2017	Janeiro 2018
	23	30	3.....15..... 30	4....11.....15..... 31	2.....15..... .20
Partilha dos resultados à UCSP e UCC					
Reunião com os elementos da Equipa Multidisciplinar da UCC					
Realização de visitas domiciliárias quinzenais (6) do grupo de intervenção psicoeducativa aos cuidadores.					
Visita domiciliária mensal aos Cuidadores Informais a realizar pelos enfermeiros da UCC para Follow up do projeto.					
Reunião mensal com os elementos da equipa multidisciplinar da UCC, para ponto de situação global do projeto;					
Sessão de educação para a saúde, para o desenvolvimento de competências relativas ao cuidar nos cuidadores informais					
Avaliação final do projeto					

BIBLIOGRAFIA2:

ANDREASEN, N. C.(2003). Admirável cérebro novo – dominar a doença mental na era do genoma (1ª. Ed.).Lisboa: Climepsi Editora.

**APÊNDICE III- PROGRAMA de INTERVENÇÃO Psico-educativa a aplicar aos
CUIDADORES NO DOMICILIO**

PROGRAMA de INTERVENÇÃO Psico-educativa a aplicar aos CUIDADORES NO DOMICILIO Projeto “Cuidar de Quem Cuida”

Necessidades do Cuidador	Tema da sessão	Objetivos	Fundamentação Teórica	Conteudo, ações e atividades da sessão
Compreender a doença e condição da pessoa cuidada	1ª Sessão: Aprender a identificar as certezas e incertezas em relação à doença e condição da pessoa cuidada, partilha de preocupações.	Capacitar o cuidador para: - Tomar consciência do seu papel de cuidador e perceber o papel dos profissionais de saúde da ECCI. - Identificar quais as suas principais duvidas e preocupações imediatas	Empirical Work of Wright et al. And Keady and Nolan	Explorar as crenças do cuidador em relação à doença da pessoa cuidada, tratamentos, cuidados e progressão da situação. Clarificar expetativas
Desenvolver capacidades no cuidador adaptadas á situação real da pessoa cuidada	2ª Sessão: Como lidar com os problemas evitando situações de stress	Capacitar o cuidador para: - Ser capaz de identificar os principais problemas relacionados com o seu papel de cuidador (disponibilidade) - Utilizar estratégias para lidar com os problemas e manter a sua vida de relação social com os outros - Desenvolver novas estratégias para lidar com as principais preocupações	Empirical work of Ducharme et al.	Identificar os fatores stressantes e encontrar as estratégias a usar. Apresentar estratégias de resolução de problemas Discutir o ajuste entre as estratégias encontradas e a natureza dos problemas/situações Análise do problema que mais incomoda.
Desenvolver capacidades de comunicação e interação com a pessoa cuidada	3ª Sessão: Promover uma comunicação eficaz de forma a poder desfrutar de momentos agradáveis	Capacitar o cuidador para: - Compreender o impacto que a situação de doença pode ter no comportamento e disposição da pessoa cuidada.	Empirical work of Clark et al. West and Gauvreau and Gendron	Identificar e interpretar as mudanças de humor e disposição da pessoa cuidada à luz da doença/situação, ao invés de as interpretar como

<p>Assegurar a capacidade de cuidar atribuindo um significado ao papel de ser cuidador desta pessoa</p>	<p>4ª sessão: Promover o uso das próprias capacidades e a sua experiência de vida para cuidar</p>	<p>Capacitar o cuidador para: - Desenvolver a sua auto competência para cuidar - Perceber e conseguir motivação pelo ato de cuidar</p>	<p>Cognitive Social Theory Empirical work of Schumacher et al.</p>	<p>ações propostas.</p> <p>Identificar os aspetos positivos e bem sucedidos no cuidar e aqueles que são mais difíceis de realizar Identificar questões e preocupações relacionadas com o ato de cuidar Identificar maneiras de melhorar as capacidades do cuidador, evitar ser super protetor , incentivar a pessoa cuidada a participar nas atividades que ela gosta tendo em conta os limites das suas capacidades. Identificar os obstáculos que mais frequentemente encontra durante a prestação dos cuidados.</p>
<p>Discutir em família a possibilidade de partilha de responsabilidades entre os seus membros</p>	<p>5ª sessão: Procurar apoio no seio da família, amigos e se necessário na rede social de apoio</p>	<p>Capacitar o cuidador para: Reconhecer situações em que deve recorrer ao apoio dos profissionais da ECCI Adquirir capacidades para prevenir e mediar possíveis conflitos familiares.</p>	<p>Empirical Works of Carpentier and Ducharme and Trelaun</p>	<p>Informar sobre os meios que estão ao seu dispor através da ECCI/RNCCI. Evitar a relutância em pedir ajuda Aceitar quando há diferença de opiniões relativamente aos seus cuidados e os propostos pelos profissionais da ECCI.</p>

<p>Tornar-se familiar com os serviços disponibilizados pela ECCI Estabelecimento de laços de confiança com os membros da ECCI Conhecer o que esperar da situação da pessoa cuidada de forma a planear o futuro mais próximo</p>	<p>6ª Sessão: Conhecer os recursos que estão ao seu dispor, fazer uso deles e planear o futuro</p>	<p>Capacitar o cuidador para: Identificar as necessidades imediatas e prever as próximas Usar os recursos de forma adequada Avaliar os próximos desafios com confiança inclusivamente ponderar colocar a pessoa cuidada numa instituição</p>	<p>Support Seeking, and social network analysis Empirical work of Carpentier and Ducharme</p>	<p>Discutir as necessidades de ajuda imediatas sentidas e as prováveis que virão a surgir Dar a conhecer os recursos existentes de apoio aos cuidadores Priorizar as necessidades de ajuda imediata e encaminhar para os recursos disponíveis Desenhar um mapa dos recursos locais</p>
---	---	---	--	---



APÊNDICE IV- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meses/Ano Dias	Outubro 2017		Novembro 2017	Dezembro 2017	Janeiro 2018
	23	30	3.....15.....30	4....11.....15.....31	2.....15.....20
Partilha dos resultados à UCSP e UCC					
Reunião com os elementos da Equipa Multidisciplinar da UCC					
Realização de visitas domiciliárias quinzenais (6) do grupo de intervenção psicoeducativa aos cuidadores.					
Visita domiciliária mensal aos Cuidadores Informais a realizar pelos enfermeiros da UCC para Follow up do projeto.					
Reunião mensal com os elementos da equipa multidisciplinar da UCC, para ponto de situação global do projeto;			█	█	█
Sessão de educação para a saúde, para o desenvolvimento de competências relativas ao cuidar nos cuidadores informais				█	
Avaliação final					█

APÊNDICE V - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme e de acordo com a “declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial” (Helsínquia 1964).

DESIGNAÇÃO DO PROJETO: Cuidar de Quem Cuida- **“Avaliação do Stress do cuidador informal de idosos dos utentes inscritos em ECCI”**

Eu, _____ abaixo assinado

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo sido proporcionada a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento através da informação e explicação que me foi prestada dos benefícios previstos e o eventual desconforto, decorrente da minha participação.

Por isso, consinto a participação no estudo, respondendo a todas as questões propostas, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo para o tratamento do meu familiar.

Serpa, _____ de _____ de _____

Assinatura: