

O cuidador da pessoa idosa dependente: Necessidades de educação

Relatório de Estágio
Apresentado para a obtenção do grau de Mestre na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Luisa Nabo Martins

Orientadora:
Prof. Isabel Barroso
Co.orientadora:
Prof. Marta Rosa

Janeiro/ 2012
Santarém

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que possibilitaram a realização deste trabalho.

Um obrigado sincero, pela orientação, apoio e disponibilidade, à Exma. Sra. Professora Isabel Barroso, bem como pelas palavras de ânimo e pela confiança em mim depositada.

À Professora Marta Rosa, que coorientou este trabalho, agradeço toda a sua disponibilidade e sugestões pertinentes.

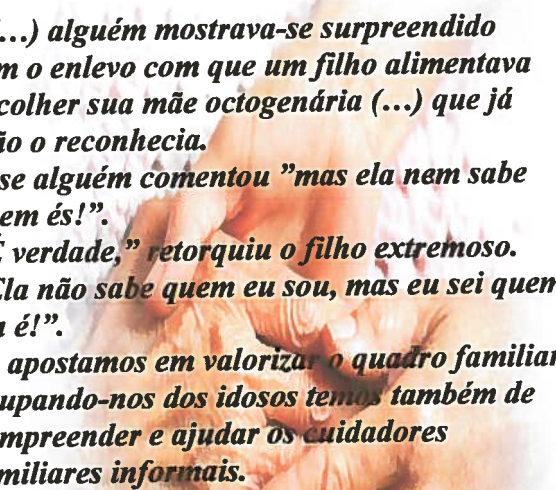
A toda a equipa da UCC de Ourém, particularmente, Sra. Enf. Coordenadora Fátima Lopes. A todos agradeço a colaboração na realização do estágio que culminou com este relatório.

A todos os cuidadores pela forma simples como acederam à realização deste trabalho, abrindo-me as portas, recebendo-me em suas casas. Confiaram em mim ao partilharem as suas vivências, dando um precioso contributo para este trabalho.

A todos os colegas e amigos, que deram provas de presença e me encorajaram a seguir em frente.

Por fim, mas para mim a mais importante, à minha família que tanto deu do seu tempo... Mas que sempre manteve a boa disposição, a força anímica e me transmitiu inspiração!

Aos meus: António e Pedro, porto seguro das minhas angústias, alegrias e tristezas.



“ (...) alguém mostrava-se surpreendido com o enlevo com que um filho alimentava à colher sua mãe octogenária (...) que já não o reconhecia. Esse alguém comentou ”mas ela nem sabe quem és!”. “É verdade,” retorquiu o filho extremoso. “Ela não sabe quem eu sou, mas eu sei quem ela é!”. Se apostamos em valorizar o quadro familiar ocupando-nos dos idosos temos também de compreender e ajudar os cuidadores familiares informais.

Eurico Figueiredo

CHAVE DE SIGLAS/ ABREVIATURAS

APP – Associação Portuguesa de Psicogerontologia

CIPE/ ICN – Classificação Internacional para a prática de enfermagem/

International Council of Nurses

DR – Diário da Republica

INE – Instituto Nacional de Estatística

Km2 – Quilometro quadrado

consult. – consultado

ed. – edição

hab. – habitante

nº - número

p. – página

vd – visita domiciliária

vol. – volume

RESUMO

O presente relatório de estágio aborda a temática "da necessidade de educação do cuidador informal de pessoa idosa dependente em contexto domiciliário".

Tem como objetivos, fundamentar a prática de enfermagem comunitária, tendo por base a literatura e dados relevantes para a sua prática, assim como o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman, descrever de forma crítica as intervenções de enfermagem desenvolvidas na UCC de Ourém e refletir sobre as intervenções de enfermagem realizadas em contexto domiciliário, com o cuidador informal, tendo por base a revisão sistemática da literatura.

Iniciou-se por enquadrar teoricamente o tema, seguindo-se para uma apreciação crítica e reflexiva das necessidades de educação do cuidador informal e as atividades desenvolvidas junto deste, com recurso à revisão sistemática da literatura.

O estágio realizou-se na UCC de Ourém, local onde foi caracterizado o cuidador informal e as suas necessidades de educação.

Foram alvo das intervenções de enfermagem 10 cuidadores de pessoas idosas dependentes, inscritos e residentes na área geográfica de abrangência do Centro de Saúde de Ourém, concretamente na freguesia de Nossa Senhora da Piedade e cujo, as pessoas idosas dependentes, se encontravam referenciadas à ECCI de Ourém e necessitavam de cuidados de enfermagem no domicílio.

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário, que foi aplicado aos cuidadores informais em contexto domiciliário.

Os resultados revelaram que os cuidadores tinham um perfil social e demográfico semelhante ao referido no âmbito da pesquisa efetuada, com recurso à revisão sistemática da literatura, assim como as suas necessidades de educação.

Os temas abordados foram ao encontro das necessidades identificadas pelo cuidador e desenvolveram-se em contexto domiciliário.

O relatório descreve ainda a importância das estratégias utilizadas na educação do cuidador informal, sendo este o sujeito principal da intervenção do enfermeiro.

Palavras-chave: Cuidador informal, visita domiciliária, necessidades de educação

ABSTRACT

This period of training report that approaches the thematic one “of the necessity of formation of the informal caregivers of dependent elderly in domiciliary context”.

Its objectives, support nursing practice based on the literature and data relevant to your practice as well as the Model of Nursing Betty Neuman, describing a critical nursing intervention developed in UCC Ourem realized on domiciliary context, with a informal caregiver and reflect on the nursing interventions based in the systematic review of the literature.

It began by framing the issue theoretically, according to a reflective and critical appreciation of the training needs of the informal caregiver and the activities of such people, using the systematic literature review.

The period was held in UCC Ourém, where it was characterized the informal caregiver and their training needs.

The target of nurses intervention were ten caregivers participated in dependent elderly people, and residents enrolled in the geographical area covered by the Health Center Ourém, specifically in the parish of Nossa Senhora da Piedade, and whose people dependent elderly, were referenced to the ECCI Ourém and needed care nursing care at home.

As an instrument of data collection used a questionnaire that was applied to informal caregivers in home context.

The results revealed that caregivers had a social and demographic profile similar to that in the survey conducted, in the systematic of literature, as well as their training needs.

The topics covered were meeting the needs identified by the caregiver and the growth of home in context.

The report also describes the importance of the strategies used in educating the informal caregiver, which is the main subject of intervention by nurse.

Keyword: Caregivers, Home Care services, Health education

INDICE

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 – PERSPETIVA GLOBAL DO ENVELHECIMENTO	25
1.1 - ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL	26
1.2 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	29
1.3 – CONTEXTO PORTUGUÊS DO ENVELHECIMENTO	31
1.4 - CONTEXTO REGIONAL DO ENVELHECIMENTO – OURÉM	32
2 – SERVIÇOS DE SAÚDE	35
2.1 – AS NOVAS POLITICAS E A REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	35
3 – O CUIDADOR INFORMAL E A PESSOA IDOSA DEPENDENTE	39
3.1 – CUIDADOR INFORMAL/ CUIDADOR FAMILIAR	40
3.2 – PESSOA IDOSA DEPENDENTE	41
3.3 – A FAMILIA COMO REDE DE SUPORTE	46
3.4 – DETERMINANTES DA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR	48
4 – O ENFERMEIRO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	49
4.1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	51
PARTE II - NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL NO CUIDAR DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE: APRECIÇÃO CRITICA E REFLEXIVA	53
1 – ANALISE CRITICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	55
2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
3- APRECIÇÃO CRITICA E REFLEXIVA DOS RESULTADOS COM RECURSO À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (RSL)	61
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	61
3.1.1– Caracterização do cuidador informal	61
3.2 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL	71

3.3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	75
4 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	77
PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	91
ANEXO I - Projeto de estágio	93
ANEXO II - Consentimento do autor do instrumento de colheita de dados	131
ANEXO III – Instrumento de colheita de dados	135
ANEXO IV - Declaração de consentimento Informado	147
ANEXO V – Pergunta de investigação/ critérios de inclusão e exclusão	151
ANEXO VI - Estratégia de pesquisa dos artigos	155
ANEXO VII - Caracterização dos artigos	161
ANEXO VIII – Folheto “UCC de Ourém”	169
ANEXO IX – Folheto “Como comunicar com pessoa afásica”	173
ANEXO X - Folheto “Guia de orientação – Cuidados com a sonda vesical”	177
ANEXO XI - Folheto “Guia de orientação – Cuidados com a pessoa portadora de sonda nasogástrica”	181
ANEXO XII – Plano de sessão	185
ANEXO XIII - Prevenção de úlceras de pressão (apresentação em powerpoint)	189
ANEXO XIV - Cuidados com a sonda vesical (apresentação em powerpoint)	205
ANEXO XV - Questionário de satisfação	213

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995), adaptado ao projeto	54
---	----

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o género	62
Gráfico 2 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o intervalo de idades	62
Gráfico 3 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o seu estado civil	63
Gráfico 4 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo as suas habilitações	64
Gráfico 5 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a sua situação perante o trabalho	65
Gráfico 6 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo as consequências no seu trabalho e realização profissional	65
Gráfico 7 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a forma como cuidam da pessoa idosa dependente	66
Gráfico 8 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o número de horas gastas por dia a cuidar da pessoa idosa dependente	67
Gráfico 9 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o tempo de cuidado à pessoa idosa dependente	67
Gráfico 10 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o modo de coabitação com a pessoa idosa dependente	68
Gráfico 11 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o grau de parentesco com a pessoa idosa dependente	69
Gráfico 12 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a existência de outro cuidador	70
Gráfico 13 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a existência de apoio por parte de uma instituição para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente	70
Gráfico 14 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o seu sentir quanto ao cuidar da pessoa idosa dependente	72
Gráfico 15 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo as suas necessidades de formação	73

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Teorias do Envelhecimento Psicossocial	28
Quadro 2 - Estrutura etária da População de 1970 a 2011, no Concelho de Ourém	33

INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular Estágio e Relatório, inserido no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, pretende-se o desenvolvimento de um relatório, que foi precedido por um estágio que decorreu em contexto de cuidados de saúde, no Centro de Saúde de Ourém, Unidade de Cuidados na Comunidade e para o qual foi elaborado um projeto de estágio (anexo I).

O relatório, pretende desenvolver capacidades de análise de situações de saúde com impacto comunitário e na família, através da avaliação das necessidades de educação cuidador informal, ao mesmo tempo que conjuga, a maturação de conteúdos teóricos lecionados ao longo do ano, com as necessidades do serviço onde decorreu o estágio.

Assim, sentiu-se necessidade de fazer uma breve introdução ao tema do relatório, de modo a situá-lo, tanto a nível das políticas de saúde, como no contexto onde o estágio decorreu.

Nos últimos anos, verificou-se em quase todos os países da União Europeia (EU), uma reorganização dos cuidados de saúde, no sentido destes serem prestados às pessoas e famílias, no seu contexto domiciliário. A razão para esta mudança resulta da convicção que os cuidados prestados em ambiente familiar são de melhor qualidade e economicamente menos dispendiosos.

Ao mesmo tempo, tem-se verificado uma inversão da pirâmide demográfica, caracterizada por um envelhecimento da população, prevendo-se que a população idosa atinja mais de um terço da população, na segunda década do século XXI.

Também em Portugal, nos últimos anos, tem se assistido a uma organização dos cuidados de saúde e à certeza de que aos cuidados de saúde na comunidade, correspondem maiores ganhos em saúde, gerando novas necessidades de cuidados, principalmente cuidados de enfermagem às pessoas dependentes, justificando-se este facto na reestruturação dos cuidados, para e na comunidade.

É fundamental que os serviços de saúde e os seus profissionais, em particular os enfermeiros, sejam capazes de dar resposta às difíceis e crescentes necessidades das

peçoas, nomeadamente peçoas dependentes, promovendo e/ ou aumentando a sua qualidade de vida e das suas famílias.

Com a reestruturação funcional e organizacional dos centros de saúde, cabe à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “ (...) prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário às peçoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (...)” (DESPACHO nº 10143/2009).

Compete ainda à UCC, através da sua carteira de serviços, integrar “projetos de intervenção com peçoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade (...), projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, nomeadamente, educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais (...)”(DESPACHOnº10143/2009).

Neste sentido, decorreu um estágio na UCC de Ourém, que foi ao encontro das necessidades locais e em simultâneo, permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional na área de especialização em enfermagem comunitária, através da proximidade à população, na área geográfica de abrangência da UCC.

A UCC de Ourém, desenvolve as suas atividades suportada por uma carteira de serviços. Esta, atua em diversas áreas, na qual comporta a intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores, tendo por base as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (2004-2010), alguns programas/ projetos/ atividades de âmbito comunitário já em curso no Centro de Saúde e outros que a equipa perspetivou, com a certeza que ganhariam melhor qualidade com outro tipo de organização, refletindo uma maior oferta de serviços (UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE. Plano de Ação, 2009).

Pode então dizer-se, que as políticas de saúde, seguem no sentido de privilegiar o domicílio das peçoas como o local de eleição para a prestação de cuidados às peçoas dependentes, onde a grande maioria são idosos e ao mesmo tempo responsabilizar as famílias/ cuidadores pela prestação de cuidados no domicílio, desde que apoiados por profissionais de saúde e da área social, caso se justifique. Este tipo de apoio, pretende assegurar a informação e formação dos familiares/ cuidadores, no sentido de lhes proporcionar competências para cuidarem da peçoas idosa dependente no domicílio.

Sendo a saúde o resultado dos cuidados que cada um concede a si mesmo e aos outros, é fundamental que os profissionais de saúde capacitem as peçoas para

aprenderem ao longo da vida, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra a doença crónica e ou incapacidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008, <URL: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf>).

Nesta perspetiva e sendo uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projetos de saúde na comunidade, priorizou-se toda a intervenção junto dos mesmos, com o objetivo de dar resposta às suas necessidades, assegurando o acesso a cuidados de saúde de forma continuada e ajustada às reais necessidades da comunidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, OE, 2009).

Neste sentido, trabalhou-se com a pessoa alvo de cuidados de enfermagem e a família cuidadora, no intuito de lhes mostrar o campo autónomo dos enfermeiros como profissionais de saúde e ao mesmo tempo, identificar as necessidades de educação do cuidador informal e proporcionar-lhe essa educação.

O Enfermeiro é um dos pilares fundamentais na equipa de saúde, pois tem competências para promover, educar, e ajudar a gerir os recursos não só do indivíduo alvo de cuidados, mas também da família e comunidade.

Assim definiram-se como objetivos deste relatório:

- A. Fundamentar a prática de enfermagem tendo por base a literatura e dados relevantes para a sua prática, assim como o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman;
- B. Descrever de forma crítica as intervenções de enfermagem desenvolvidas na UCC de Ourém;
- C. Refletir sobre as intervenções de enfermagem realizadas em contexto domiciliário, com o cuidador informal, tendo por base a revisão sistemática da literatura.

Este relatório está dividido em duas partes fundamentais, tendo cada uma, vários capítulos. A primeira parte visa, essencialmente, enquadrar teoricamente o tema deste relatório, abordando o envelhecimento, os serviços de saúde e a sua reorganização, o cuidador informal, a pessoa idosa dependente, enfatizando a família como rede de suporte. Para finalizar a primeira parte, um capítulo dedicado ao enfermeiro em contexto domiciliário e as necessidades de educação do cuidador informal. A segunda parte tende a apreciar de forma crítica e reflexiva as necessidades de educação do

cuidador informal e as atividades desenvolvidas junto deste, com recurso à revisão sistemática da literatura.

Por último, num único ponto, as considerações finais onde se expõe os resultados mais evidentes de todo este trabalho.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta primeira parte, pretende-se fazer uma abordagem ao envelhecimento de uma forma global, seguindo-se o modelo actual de prestação de cuidados de saúde.

É igualmente relevante clarificar alguns conceitos, como, cuidador informal, pessoa idosa, dependência, visita domiciliária e educação para a saúde, pois são considerados fundamentais na compreensão de todo este processo.

1 – PERSPETIVA GLOBAL DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população patenteia-se como uma propensão positiva, que está amplamente ligada a uma maior eficácia das medidas preventivas de saúde, ao progresso da ciência, a uma melhor intervenção no meio ambiente e à consciencialização progressiva de que somos nós, os principais atores da nossa própria saúde.

As pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A par dos fatores genéticos que determinam muito do processo, existem diferenças entre o envelhecer feminino e masculino, envelhecer sozinho ou no seio familiar, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa litoral ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, ativo ou inativo (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 1998).

Assim, o envelhecimento da população mundial é certamente o maior desafio do século XXI. Envelhecer é uma dádiva e uma conquista, pois significa prolongar a vida, vencer a doença e exige um novo equilíbrio nas sociedades.

Envelhecer é um processo inevitável caracterizado por um conjunto complicado de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada pessoa. Assim certas pessoas estão mais envelhecidas e outras parecem ter menos idade, sendo na realidade, o envelhecimento um fenómeno natural e universal.

Pode ainda dizer-se que o envelhecimento é

o processo biológico, psicológico e social. Consiste em modificações de carácter irreversível, que começa no momento do nascimento, manifestando-se inequivocamente com o passar dos anos, não constitui nenhuma doença, mas um processo natural que coincide com o aparecimento de múltiplas doenças. É um processo subjetivo (cada um envelhece de forma e ritmo distinto), universal (todos envelhecemos), condicionado por circunstâncias da vida e por vivências das etapas anteriores. (DOMINGO, 2006, p.180)

O envelhecimento, não deve ser visto como um problema, mas sim, como uma parte natural do ciclo vital, sendo desejo de todos, que constitua uma oportunidade de vida saudável, independente e autónoma, o maior número de anos possível, implicando ações integradas ao nível da mudança de comportamentos das pessoas e dos profissionais de saúde e de outras áreas de atuação, nomeadamente, de apoio social.

No final do século XX e também agora em pleno século XXI, os fenómenos associados à globalização que permitiram maior acesso à informação, as alterações sócio demográficas que alteraram as necessidades em saúde e as transformações dos modelos sociais levaram à reestruturação dos sistemas de saúde, direcionando a prestação de cuidados de saúde para a comunidade.

1.1 - ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL

O conceito do envelhecimento nada mais é do que o resultado de uma configuração social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e por vezes contraditórias (IRIGARAY, SCHNEIDER, 2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2008000400013).

Ao mesmo tempo que a sociedade potencializa a longevidade, ela nega às pessoas, o seu valor e importância social. Assim, pode-se inferir que não importa a quantidade de anos que o indivíduo tem, mas sim, o que ele fez com os anos vividos, e como a sociedade o trata.

O envelhecimento é um processo biológico que traz consigo modificações fisiológicas, mas também um processo social, em que as pessoas são por vezes agentes de mudança e também vítimas de todas as mudanças sociais.

As pessoas não envelhecem de uma só vez, mas sim de maneira gradual, instalando-se a velhice sem que se dê por isso. A sua chegada não é sinónimo de doença ou dependência, sendo o envelhecimento e a saúde, processos evolutivos e não condições (BERGER; POIRIER, 1995).

No processo de envelhecimento, são atingidos todos os órgãos e sistemas do corpo e o feito destas mudanças nos contextos ambientais de cada um, modifica os comportamentos individuais, tratando-se de um processo normal e não de sinais de doença.

As pessoas têm um poder de adaptação invulgar, apesar de todas as mudanças biológicas que ocorrem no decurso da sua vida. Conseguem manter a hidrodinâmica e estabilizar as diferentes constantes fisiológicas de modo a manter a sua saúde.

As modificações fisiológicas do envelhecimento tem efeito cumulativo, fazem-se sempre de maneira progressiva e são irreversíveis, sendo, finalmente, perniciosas para todas as pessoas. Estas modificações afetam a um ritmo diferente cada pessoa e dependem de fatores externos como o estilo de vida, as atividades, o ambiente, a genética e o estado geral de saúde (BERGER; POIRIER, 1995).

Avaliar o envelhecimento unicamente pela idade cronológica, não será o mais correto, uma vez que as mudanças biológicas e principalmente os fatores externos, estão amplamente associados ao envelhecimento das pessoas e dos órgãos. O envelhecimento não é homogêneo. Alguns tecidos não envelhecem, outros renovam-se e outros, não se renovam nunca.

Pode-se assim afirmar, que o envelhecimento biológico, apesar de universal, não é igual para todos. As causas para este diferencial são essencialmente de ordem genéticas ou hereditárias, ausência de uso ou mau uso da função, fatores de risco associados e doenças intercorrentes que acelerem o envelhecimento.

Mas o envelhecimento não é apenas consequência da degenerescência biológica, mas resulta em parte das condições político-económicas, históricas e socioculturais.

Na idade adulta a socialização comporta várias dimensões, tendo elas papéis importantes a desempenhar, de modo a permitir que aos seus membros se mantenham ativos na sociedade. Com o envelhecimento e se as pessoas não estiverem bem integradas no seu meio, pode surgir o isolamento, a inatividade e a desvalorização da pessoa, o que poderá comprometer o equilíbrio físico e psíquico.

Numa sociedade em que as pessoas ao envelhecer são respeitadas e ativas, são na sua maioria saudáveis.

Na realidade o envelhecimento psicossocial suscitou alguma curiosidade entre alguns autores, o que levou a inúmeros estudos que culminaram em várias teorias, das quais se destacam quatro, que vão ao encontro do que hoje em dia se observa na sociedade (BERGER; POIRIER, 1995, p.104).

1. Teoria da Atividade
2. Teoria da Desinserção
3. Teoria da Continuidade
4. Teoria do Meio Social

Para melhor percepção e comparação, apresenta-se em seguida um quadro, em que resumidamente se apresentam as teorias e a sua descrição.

Quadro 1 – Teorias do Envelhecimento Psicossocial

Teoria da Atividade	Para um envelhecimento bem sucedido, pressupõe-se a descoberta de novos papéis. A sociedade deve favorecer este processo e reconhecer o valor da idade. A pessoa mantém a sua autoestima e conserva a sua saúde.
Teoria da Desinserção	O envelhecimento é acompanhado de uma desinserção mútua da sociedade e da pessoa
Teoria da Continuidade	Com o envelhecimento existe uma continuidade dos hábitos de vida, experiências e compromissos, fazendo estes, parte da sua personalidade. Todo o passado é determinante nesta fase.
Teoria do Meio Social	O comportamento no decorrer do envelhecimento, depende do estado de saúde, dos recursos e da existência de apoio social (família, amigos, redes de suporte).

Fonte: BERGER; POIRIER, (1995)

Com o envelhecimento, a pessoa pode tirar partido das suas experiências passadas, conhecimentos adquiridos e capacidades, mantendo alguma atividade e fazer uma melhor utilização das funções intelectuais. Mesmo quando mais demorado o funcionamento psicológico, é possível manter ou intensificar o seu valor. Segundo BERGER; POIRIER, (1995), “o que conta não é o que se perde, mas aquilo com que se fica (...) o ser humano evolui psicologicamente até ao fim da vida. O envelhecimento bem sucedido parece ser aquele em que a pessoa, (...) continua a fazer escolhas e a ocupar um lugar na sociedade”.

Ainda e segundo IRIGARAY, SCHNEIDER (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2008000400013) "a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade". Desta forma, o envelhecimento é uma construção social e cultural, sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer.

O envelhecimento deve ser visto como uma parte natural do ciclo vital, sendo desejo de todos, que constitua uma oportunidade de vida saudável, autónoma e independente, o maior número de anos possível, implicando ações integradas ao nível das mudanças de comportamento das pessoas e dos profissionais de saúde e de outras áreas de intervenção.

1.2 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora de saúde e da autonomia, são aspectos indissociáveis. Neste sentido, é importante reduzir as incapacidades, numa perspetiva de recuperação global, precoce e adequada às necessidades de cada um.

Promover o envelhecimento saudável diz respeito a todos e a múltiplos setores, que envolvem desde a saúde, a educação, a segurança social, a cultura, até aos valores que cada sociedade defende e que cada pessoa tem como seus.

O envelhecimento não é um problema, mas parte natural do ciclo de vida, sendo desejável uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento.

Conseguir viver o mais tempo possível de forma independente, no seu meio, tem que ser um objectivo de cada um e uma responsabilidade de todos.

Para melhor entendimento, recorre-se ao modelo de enfermagem de ROPER, LOGAN, TIERNEY (2001), que diz que a vida pode ser descrita como um conjunto de atividades de vida e a forma como são desenvolvidas por cada pessoa contribui para a sua individualidade.

Igualmente, o conhecimento individual, atitudes e comportamentos relacionados com as atividades de vida, são influenciados por vários fatores, que vão desde os físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, aos político-económicos. A maioria das pessoas comportam um número expressivo de acontecimentos que podem afetar a forma como eles desempenham as suas atividades de vida e pode levar a problemas reais ou potenciais, os quais produzem uma ou mais alterações na vida diária ou seja, no desempenho das atividades da vida.

As atividades de vida são “as atividades, que no seu conjunto, contribuem para o complexo de processo de vida. Cada atividade de vida possui muitas dimensões e deverá ser mais conceptualizada como uma atividade global composta por algumas atividades específicas do que como um complexo de determinados elementos” (ROPER

et al, 2001, p. 29). O grau de dependência/independência está, assim, amplamente relacionado com as atividades de vida e varia entre a dependência total e a independência total.

A dependência deve ser destacada como um processo dinâmico, podendo a sua evolução modificar-se ou ser prevenida, se o ambiente for favorável e os cuidados prestados forem adequados. Estes cuidados, podem ajudar a pessoa na direção da independência nas actividades de vida num determinado momento, e noutro momento podem ajudar a aceitar a sua dependência.

Ainda e segundo a CIPE (CIPE/ICN Versão B2, 2001), por envelhecimento entende-se o processo de desenvolvimento físico, normal e evolutivo, “desde a idade adulta até à velhice, aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devida à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação motora e das competências psicomotoras, perda de pelos, pele fina e enrugada”.

Dependência, é a “verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte” (CIPE/ICN Versão B2, 2001).

Ainda, por dependência, entende-se a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária. (DECRETO-LEI nº 101/ 2006).

BOWLING e GRUND (1997) sublinham a importância da avaliação das atividades de vida diária nas pessoas, como um meio rigoroso para determinar a saúde e o envelhecimento, indicando que a diminuição na capacidade de realizar estas atividades diárias identifica os primeiros sinais de vulnerabilidade nas pessoas. Contudo, a existência de diminuição da capacidade física resulta compatível com a manutenção de vitalidade, estilo de vida ativo sendo considerado o seu processo de envelhecimento saudável (HANSEN-KYLE, 2005).

O envelhecimento saudável compreende o envolvimento contínuo, tomada de decisão e a participação da pessoa idosa na comunidade e na família ao longo de todo o seu percurso de vida.

1.3– CONTEXTO PORTUGUÊS DO ENVELHECIMENTO

Em Portugal, assinala-se um momento de transição, com características demográficas distintas. As alterações ocorridas nos últimos vinte anos, estão relacionadas com o declínio da mortalidade e da natalidade, o aumento da longevidade, os movimentos migratórios, maior eficácia das medidas preventivas na saúde e o progresso da ciência no combate à doença, produziram mudanças significativas no contexto social.

Os dados divulgados pelo INE (2011) indicam que a população idosa ultrapassa já em número a população jovem.

A esperança média de vida na EU (27 países) é atualmente de 82,21 anos para as mulheres e 77,07 anos para os homens, sendo em Portugal de 82,23 e 75,93 anos para mulheres e homens respetivamente (INE, 2011, URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main»).

Prevê-se que até 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos na União Europeia (EU) cresça 70% e o número de pessoas com mais de 80 anos aumente 170%.

Portugal será um dos países da UE com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa em 2050, segundo dados do Eurostat (2010). As projeções para a população, traçam um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, passando de 16,9 por cento para 31,9 por cento da população (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2011, «URL: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/saiunamidia/Geral/noticia_187.htm»)

Em 2050, Portugal será o quarto país da UE com maior percentagem de idosos, só ultrapassado por Espanha (35,6 por cento), Itália (35,3) e Grécia (32,5). "Os países mediterrânicos continuarão a verificar uma baixa taxa de natalidade, conjugada com uma esperança de vida longa e com saúde". (GIANNAKOURIS, 2011, «URL: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/saiunamidia/Geral/noticia_187.htm»)

Em termos de população ativa, jovens e adultos entre os 15 e os 64 anos, Portugal será, em 2050, um dos três países com a menor percentagem, na ordem dos 55 por cento da população, cerca de 12 pontos percentuais menos do que em 2004.

No que diz respeito às alterações demográficas, prevê-se um aumento da população portuguesa (10.475 milhões em 2004) até 2018, seguindo-se um decréscimo que levará aos 10.009 milhões de habitantes em 2050. (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2011, «URL:

<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/geral/populacao-idosa-em-portugal-vai-duplicar-ate-2050.html>).

Esta tendência acompanha a da UE, onde se prevê um aumento da população em cerca de 13 milhões até 2025, data em que o número de habitantes irá progressivamente diminuir até 2050, em especial entre a faixa etária ativa (cerca de 52 milhões menos).

Também no que respeita aos jovens até aos 14 anos, prevê-se uma diminuição, de 16,4 por cento em 2004 para 13,4 por cento em 2050, tal como acontecerá em Portugal. (LIFE EXPECTANCY AT BIRTH, BY GENDER, 2011. «URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tps00025&language=en> »).

Um dos principais desafios do nosso século será, pois, satisfazer a maior procura de cuidados de saúde, capazes de responder não só às necessidades, como também aos recursos emergentes. Adaptar os sistemas de saúde à nova realidade e manter viáveis estes sistemas numa sociedade com menos população ativa.

1.4 - CONTEXTO REGIONAL DO ENVELHECIMENTO – OURÉM

O concelho de Ourém situa-se no extremo Noroeste do distrito de Santarém, tem uma população residente de 45888 habitantes, distribuídos por 18 freguesias.

É um concelho que nas últimas décadas sofreu grandes transformações, tendo passado de um concelho predominantemente rural, para um concelho misto com um setor industrial em franco desenvolvimento e um setor de serviços importante.

Apresenta um povoamento de tipo disperso, onde abundam os pequenos aglomerados populacionais e os fogos isolados. A par destes pequenos aglomerados existem no concelho duas cidades, Ourém e Fátima, cada uma delas com mais de 4000 habitantes, e duas vilas, Caxarias e Freixianda.

Tem uma densidade populacional média de 122,8 hab. / Km² distribuídos por uma área de 416,5 Km². (INE, 2011, «URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main»).

A freguesia com maior densidade populacional é a freguesia de N^a. S^a. da Piedade, onde fica situada a cidade de Ourém, com 324,9 hab. / Km², seguida de Gondemaria com 148,8 hab. / Km². As freguesias menos populosas são as de Formigais, Casal dos Bernardos, Ribeira do Fárrio e Urqueira.

Em relação á estrutura etária da população residente, se se considerar três grupos etários, dos 0 aos 14 anos, dos 15 aos 64 anos e com idade igual ou superior a 65 anos,

verificasse que, o grupo etário mais jovem (dos 0 aos 14 anos), tem vindo a diminuir continuamente nestas últimas quatro décadas, e que o grupo dos 65 e mais anos tem crescido de modo significativo no mesmo período. Significa pois que a população do concelho tem vindo a envelhecer progressivamente, como se pode ver no quadro 2.

Quadro 2 - Estrutura etária da População de 1970 a 2011, no Concelho de Ourém

Grupo Etário	1970		1981		1991		2001		2011	
	Pop.	%	Pop.	%	Pop.	%	Pop.	%	Pop	%
0-14 anos	13285	31,10 %	10300	24,90 %	8076	20,10 %	7822	16,9 %	Sem dado	-
15- 64 anos	25395	59,40 %	27714	62,10 %	25623	63,80 %	29747	64,4 %	Sem dado	-
65 e + anos	4065	9,50 %	5358	13,00 %	6486	16,10 %	8627	18,7 %	Sem dado	-
Total	42745	100,00 %	43372	100,00 %	40185	100,00 %	46196	100,00 %	45888	100 %

Fonte: INE – Censos (1970 a 2011)

Ainda em relação ao concelho de Ourém, é importante referir que o índice de envelhecimento é de 138,6 por local de residência e o índice de longevidade é de 50,6%, sendo o índice de dependência total de 51,5 (INE, 2011, URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main).

For the first time, we have seen the... (faint text)

... (faint text)



... (faint text)

2 – SERVIÇOS DE SAÚDE

As transformações do paradigma epidemiológico, da organização e dos comportamentos sócio-familiares da sociedade portuguesa, criaram novas necessidades em saúde, que levaram ao aparecimento de um grupo significativo de pessoas para os quais, independentemente da idade e dos problemas subsequentes da sua perda de autonomia, afeta organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, muito diferente do modelo de intervenção na doença aguda (PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários, 2007).

Estas situações, pela sua duração e complexidade, têm inevitavelmente ecos nos gastos com os cuidados de saúde e sociais, mas também, e de forma marcada, nos familiares. Importa atenuar as incapacidades, numa atitude de recuperação total, precoce e adequada às necessidades, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

2.1 – AS NOVAS POLITICAS E A REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O atual modelo de prestação de cuidados de saúde, tenta responder às necessidades de saúde de uma população envelhecida e/ou dependente, criando em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que se constitui como um modelo organizacional criado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

A Rede é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados e de apoio social, promovendo a continuidade dos mesmos de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

O centro dos cuidados continuados integrados é o restabelecimento global da pessoa, fomentando a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade. Para isso,

existem unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados, que tentam dar resposta às diversas necessidades dos utentes.

Cuidados Continuados Integrados, são assim, o conjunto de intervenções, resultantes de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, assente como o processo terapêutico ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (DECRETO-LEI nº 101/2006).

É de salientar, que os cuidados continuados integrados devem privilegiar a prestação de cuidados no local de residência da pessoa a quem se destinam os mesmos, tendo para o efeito, Equipas de Cuidados Continuados Integrados, da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, que sendo da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos, tem por objetivo, prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa duração.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados, integra ainda, Unidades de Internamento (Unidades de convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidades de longa duração e manutenção e Unidades de cuidados paliativos), Unidades de dia e de promoção da autonomia, Equipas Hospitalares (Equipas de gestão de altas e Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos).

Posteriormente ao desenvolvimento da RNCCI, são criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, constituindo o seu regime de organização e funcionamento, criando as unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (DECRETO-LEI nº 28/2008).

A UCC presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuam ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Assim, através de soluções integradas, articuladas, diferenciadas, de proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida, constitui-se a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), como

unidade funcional, que trabalha com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais (DECRETO-LEI nº101/2006).

Para o êxito destas políticas de saúde, é importante a cooperação entre organizações, no sentido de desenvolver experiências, competências e recursos, não esquecendo o respeito pelos princípios éticos e sendo a pessoa o centro de toda a atenção.

Igualmente, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PORTUGAL, Direção Geral de Saúde, 2004) pretende contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida, estimulando as capacidades de cada um, assim como a participação da pessoa idosa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

A estimulação da iniciativa pessoal, para a autonomia e independência, é imperativo de uma sociedade com responsabilidade solidária e da consciencialização de cada um, através da sua participação e empenho a favor da saúde dos mais fragilizados.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visa assim, informar sobre o envelhecimento ativo e sobre as situações mais frequentes que influenciam a autonomia e independência das pessoas idosas e contribuir para a promoção de ambientes mais facilitadores da autonomia e independência, tendo em conta as estratégias e os principais determinantes do envelhecimento ativo (PORTUGAL, Direção Geral de Saúde, 2004).

Também a União Europeia (APP, 2010, URL: <http://www.app.com.pt/ano-europeu-do-envelhecimento-activo>) lançou ações destinadas a melhorar a saúde das pessoas idosas, centradas no impulso dado à inovação e aos progressos em domínios como a saúde em linha, a avaliação das tecnologias da saúde, a telemedicina e a medicina personalizada. Vive-se num período repleto de oportunidades que, através da tecnologia, da investigação e da inovação, podem revolucionar os sistemas de saúde, sendo importante igualmente revolucionar-se a forma como se encara o envelhecimento.

O domicílio é o local privilegiado para a prestação dos cuidados às pessoas, nomeadamente aos mais dependentes e/ou em fase avançada de doenças graves e incuráveis. Com a reforma implementada nos cuidados de saúde primários, o paradigma mudou. Passou-se de uma visão de cuidados domiciliários para cuidados continuados integrados. Neste modelo conceptual, a recuperação da autonomia da pessoa em situação de dependência, baseia-se não só na continuidade de cuidados, mas também na articulação de toda uma rede de apoio.

Sendo a prestação de cuidados continuados, um direito fundamental do utente e a assistência domiciliária uma forma de elevar o nível de bem-estar do utente/família e rentabilizar recursos, urge tomar medidas que permitam uma resposta coordenada, pronta e atempada dos diversos níveis de prestação de cuidados, que garanta a eficácia do atendimento ao utente.

Viver mais anos com boa saúde significa, melhor qualidade de vida, mais autonomia e a possibilidade de se manter ativo. Quando a população envelhece com saúde, os sistemas de saúde são menos solicitados, o que é positivo para o crescimento económico.

Também nos países da União Europeia, nos últimos anos, verificou-se uma reorganização dos cuidados de saúde, no sentido destes serem prestados às pessoas e famílias, no seu contexto domiciliário. A razão para esta mudança, resulta da convicção que os cuidados prestados em ambiente familiar são de melhor qualidade e economicamente menos dispendiosos (SAÚDE PÚBLICA, 2011, URL: http://ec.europa.eu/health/healthcare/health_systems_organisation/index_pt.htm).

A Comissão Europeia declarou o ano de 2012 como o ano do envelhecimento ativo e anualmente comemora-se o Dia Internacional do idoso (1 de outubro).

O enfermeiro que trabalha com e para as pessoas e a comunidade onde estas estão inseridas, é um mediador entre o saber baseado na evidencia científica e a passagem dessa sabedoria para a introdução no quotidiano da vida das pessoas de diferentes culturas. É necessário, passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, investindo na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário.

3 – O CUIDADOR INFORMAL E A PESSOA IDOSA DEPENDENTE

O conhecimento do cuidador é um foco de atenção muito sensível aos cuidados de enfermagem, o qual emerge nos cuidados no domicílio e que se torna elemento-chave na produção de ganhos em saúde para a pessoa no domicílio. A educação ministrada no domicílio, “é uma componente muito importante da prática de enfermagem domiciliária. Dado as visitas dos técnicos de enfermagem serem feitas intervaladamente, quer o cliente, quer o prestador de cuidados devem ter a capacidade de dar resposta às necessidades que surgem em termos de cuidados de saúde na ausência do enfermeiro” (RICE, 2004, p.107).

A participação ativa da pessoa/cuidador, no plano de cuidados, é fundamental principalmente no que concerne à informação, visto que deverá identificar quais as suas necessidades. De facto as informações e o material, a usar pelo enfermeiro, deverão ser adequados aos interesses da pessoa que está a aprender, e as suas experiências deverão, também, ser valorizadas (RICE, 2004).

Embora os familiares sejam a maior fonte de apoio das pessoas dependentes, os amigos têm um forte efeito no seu aparente bem-estar (PAÚL, 1997). Participam em pequenas tarefas, companhia, compras e ajuda pontual em situações de emergência. Isto acontece quando não têm apoio familiar ou social, quando este é diminuto ou quando é necessário apenas, que se “deite um olhar” (BENJUMEA, 2004).

Enquanto os encontros com a família nem sempre são fáceis e são geralmente ritualizados e infrutuosos, o encontro com amigos, é visto como mais estimulante e positivo, daí a sua associação mais forte com o bem-estar geral (PAÚL, 1997). Esta diferença é em grande parte devida a uma maior frequência de atividades de lazer com os amigos, do que com a família, mas também porque a interação com os amigos tem qualidades únicas, que facilitam e ultrapassam a rotina e a realidade do dia a dia, facilitando situações de libertação, reciprocidade positiva, que provocam divertimento e trocas subjetivas significativas.

Os amigos e/ ou vizinhos tornam-se cuidadores perante a ausência de familiares da pessoa idosa dependente, ou uma fonte de ajuda complementar. Este tipo de rede – de amizade e de vizinhança – relaciona-se com questões como a localização próxima de

amigos; o tipo de relação que se estabelece e o tipo de ajuda ou de apoio que pode ser prestado por amigos ou vizinhos. O conceito de amizade contém uma forte componente de cultura de classe. Em meio rural, esta palavra é muitas vezes substituída pela palavra “ vizinhos ” (GRATÃO, 2006, p. 157).

Como ideia genérica, os amigos são reconhecidos como tendo um papel importante, muitas vezes mais importante do que o da própria família, no cuidar da pessoa idosa dependente (PAÚL, 1997).

3.1– CUIDADOR INFORMAL/ CUIDADOR FAMILIAR

Cuidar de alguém representa um desafio a ser superado, envolvendo longos períodos de tempo dispensados à pessoa, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional, mental e física. Sendo o cuidado informal, aquele que é prestado a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas que não recebem remuneração monetária pela ajuda que oferecem, contudo, torna-se pertinente referir que o cuidado prestado à pessoa dentro da família não se reparte equitativamente, uma vez que existe um cuidador principal.

Os prestadores ou cuidadores informais familiares principais são aqueles que prestam “ (...) cuidados informais ou familiares ministrados pela família (...) ” (SANTOS, 2006, p. 86), sendo identificados como os que assumem a responsabilidade, de forma permanente, sobre os cuidados à pessoa dependente.

Quando uma pessoa em situação de dependência está casada, o cuidado irá invariavelmente, ser prestado pelo cônjuge, sendo muitas vezes ele próprio já idoso. Os cônjuges idosos são assim uma das maiores garantias de suporte na velhice. Prestam mais horas de assistência, e têm maior probabilidade de proporcionar cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e maior custo pessoal (PAÚL, 1997).

A esposa é quem tem maior probabilidade de ser cuidadora, porque vive mais do que o marido e é frequentemente mais nova do que ele.

Na segunda linha de cuidador informal de pessoas idosas dependentes surgem as filhas. PAÚL (1997), refere que a divisão do trabalho pelos filhos, é dividida em cinco estilos diferentes de prestação de cuidados: rotina, retaguarda, circunscrito, esporádico e dissociação. Os cuidados de rotina e retaguarda são exercidos sobretudo pelas filhas, enquanto os cuidados esporádicos (finanças, reparações da casa, jardim e transporte) e a dissociação são mais comuns entre os filhos.

Para além disso, afirmou ainda que em qualquer tipo de composição das fratrias, as filhas têm maior probabilidade do que os filhos de assumir o cuidar dos pais, quer em termos de importância, quer de responsabilidade. Esta separação é elucidativa da associação sexo/cuidados aos pais, que poderá explicar-se à luz das normas sociais que reforçam que qualquer prestação de cuidados é tarefa feminina (PAÚL, 1997). Quando os filhos assumem cuidar dos pais, muito do trabalho é na realidade prestado pelas noras (PAÚL, 1997).

Do exposto conclui-se que uma pessoa não se transforma em cuidador de forma meramente emocional ou conveniente, sendo que esta seleção, aparentemente dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares.

Também se pode considerar que, culturalmente, o papel de cuidador já está previamente atribuído a determinados membros. O perfil desses membros, maioritariamente, é uma filha adulta, solteira e, em alguns casos, são a esposa, também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa dependente, com um nível de ensino baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada (PAÚL, 1997).

A possibilidade de várias pessoas terem o papel de cuidador principal é invulgar, pois socialmente tal papel só pode comportar um único indivíduo. Mesmo nas situações em que o tipo de padrão de cuidado é o de “rotatividade” em que a pessoa dependente vai “rodando” entre diferentes famílias/cuidadores, a responsabilidade é temporariamente assumida por uma das pessoas de cada vez, não existindo coresponsabilidade. Este tipo de padrão foi apresentado por alguns autores em diferentes estudos, sendo característico dos bairros com um nível socioeconómico baixo e onde ainda são frequentes as famílias extensas com mais de duas gerações a viverem no mesmo domicílio (PAÚL, 1997).

A realidade em Portugal mostra que uma relação estável do cuidador principal com a pessoa dependente, assume uma relação contínua até ao momento da morte ou institucionalização da pessoa cuidada (LAGE, 2007).

3.2- PESSOA IDOSA DEPENDENTE

Ao longo deste trabalho, tem-se verificado que as pessoas vivem cada vez mais anos e embora, não se tenha falado em doença ou deficiência, com o passar do tempo, aumenta a predisposição para estas, diminui a atividade física e psicológica, o que leva a uma diminuição das capacidades de resposta às solicitações a nível bio-psico-social (PALMA, 1999).

Socialmente, pode induzir-se que a pessoa é definida como idosa a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, isto é, quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativa.

Pessoa idosa, é também definida como “todo o indivíduo com idade superior a 65 anos independentemente do estado de saúde e género” (MEIRELES, 2008, <URL:http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivo_CMeireles.htm>).

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (2009), define igualmente pessoa idosa, como toda aquela que tem idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento.

Um idoso é uma pessoa única, bastante rica em experiências pessoais, tendo atravessado décadas, vendo surgir e desaparecer gerações, tendo tido um contacto com o exterior que lhe deixa em si uma herança de vivências incontestáveis.

Em muitas culturas a pessoa idosa é vista como um ser humano sábio, contudo encontra-se naturalmente mais susceptível ao aparecimento das mais diversas patologias, pelo que a figura da sabedoria encontra-se muitas vezes esquecida, em detrimento da figura frágil e debilitada da pessoa idosa.

A pessoa idosa, é mais do que todos os conjuntos de sinais que marcam o envelhecimento e que são comuns a todas as pessoas nesta etapa de vida, a pessoa idosa é antes de mais um adulto idoso, com experiências únicas e pessoais.

Hoje em dia as pessoas vivem mais anos, contudo, é importante refletir se a estes anos, está igualmente associada a qualidade de vida e a independência.

Pode-se então aprofundar o conceito de independência/ dependência e também o conceito adjacente de autonomia.

Autonomia pode ser definida por autogoverno, que se expressa na liberdade da pessoa agir e para tomar decisões (PAVARINI; NERI, 2000). De uma forma mais aprofundada pode dizer-se que a autonomia é a capacidade e/ou o direito de uma pessoa escolher por si mesma as regras do seu comportamento, o rumo dos seus atos e os riscos que se encontra disposta a assumir.

Independência, embora quotidianamente seja utilizada como sinónimo de autonomia, refere-se à capacidade da pessoa realizar as atividades de vida diária sem ajuda (PAVARINI; NERI, 2000). Contudo, embora exista uma relação inquestionável entre poder fazer e poder escolher, é necessário salientar que, mesmo funcional e fisicamente impedidas, algumas pessoas conseguem exercer as suas aptidões de escolha

e de controlo sobre parte do seu ambiente. Por exemplo, conseguem decidir e participar na programação de serviços que lhe são prestados, escolher sobre a roupa que hão de vestir, etc. Ao contrário, verifica-se também, muitas vezes, que a pessoa idosa dependente é impedida de decidir sobre a sua própria vida, perdendo a sua autonomia.

O que importa sublinhar, é que mesmo que uma pessoa idosa seja dependente, não deve por isso deixar de ser autónoma e a sua família ou outras pessoas não devem decidir sobre a sua vida sem a consultar.

A dependência como foi referida num capítulo anterior, é a incapacidade da pessoa se autocuidar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se (CIPE/ICN Versão B2, 2001).

Contudo, a definição de dependência apresentada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (2006), é mais abrangente e pode verificar-se que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

Pode-se dizer que dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Uma pessoa idosa pode ser dependente em determinados aspetos e independente em outros, por exemplo, pode possuir uma dependência física e ser autónomo financeiramente, ou ser dependente afetivamente e independente a nível cognitivo (PAVARINI; NERI, 2000).

Nesta linha de pensamento, abordar a situação de dependência da pessoa idosa, implica analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, ou seja, compreender os vários fatores que para ela afluem.

Dentro desses fatores destaca-se as doenças e, em particular, as doenças crónicas, que têm um efeito direto na capacidade das pessoas idosas em satisfazer as atividades de vida diária (AVD) e manter uma condição de vida independente.

Como se tem vindo a analisar, as pessoas vivem cada vez mais tempo e, embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as modificações bio-psico-sociais pelas quais todas elas passam, alteram o seu equilíbrio homeostático e exigem um novo equilíbrio, ao qual cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade (PALMA, 1999).

PAVARINI; NERI (2000), referem igualmente que nesta fase da vida ocorre uma tendência para o acumular dos efeitos das pressões exercidas pelas perdas em vários domínios como, por exemplo, perdas de amigos, às quais se junta a reforma, o

afastamento dos filhos, as doenças e a sensação de aumento da vulnerabilidade. Este conjunto de alterações pode levar à perda de autonomia, a nível bio-psico-social fazendo com que alguns idosos necessitem de cuidados de terceiros para satisfazer as necessidades humanas básicas.

A maioria das pessoas idosas permanecem autónomas e lúcidas até ao último momento da sua existência, sendo que a dependência, quando surge, é em idades mais tardias. Mesmo dependentes, as pessoas idosas devem continuar a exercer os seus direitos, deveres e liberdades de cidadãos.

Na realidade, com o passar dos anos há um aumento significativo de pessoas idosas dependentes, sendo os grupos etários mais velhos, proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens (AMARAL; VICENTE (2001)

Ainda segundo AMARAL; VICENTE (2001), foram realizados estudos com pessoas idosas dependentes, em que se verificou que o grau de dependência aumentava com o aumento do grupo etário, como também era mais preponderante no sexo feminino. Verificou-se assim, que havia uma diferença face ao género, sendo o sexo feminino mais dependente que o masculino.

O ambiente físico e social que rodeia a pessoa idosa exerce também uma influência importante na manifestação da dependência.

Ao nível físico, o ambiente pode impor barreiras arquitetónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação ou sinalização deficiente) e ergonómicas, (sofás excessivamente fundos, camas altas, cadeiras com área e ângulo de apoio para as costas e para os braços deficientes, armários de parede pendurados muito alto, visores de aparelhos com letras muito pequenas) (PAVARINI; NERI, 2000).

Assim, o controlo motor ocorre da interação entre as características intrínsecas do indivíduo, a tarefa a ser realizada e o contexto ambiental.

Por outro lado, podem não ser proporcionados à pessoa idosa equipamentos que funcionem como extensões do corpo humano como por exemplo, as ajudas técnicas, que ajudam a adaptar-se a um ambiente que não foi construído para ela (bengalas, andarilhos, cadeiras de rodas, etc.) (PAVARINI; NERI, 2000).

Ao nível do ambiente social, as práticas sociais discriminatórias podem reduzir substancialmente a sua autonomia e a sua independência. São exemplos dessas práticas recusar emprego ou demitir as pessoas mais velhas; recusar-lhes pensões que lhe permitam satisfazer as suas necessidades básicas e ao nível institucional oferecer um

ambiente excessivamente rotineiro e despersonalizado, onde a pessoa idosa seja tratada como incapaz, sem poder de decisão e dificultar-lhe o acesso a serviços de saúde.

Pode-se ainda dizer que as crenças, os valores e as expectativas sociais sobre a dependência nas pessoas idosas, no curso da vida e na vida social podem ou não beneficia-las e reconhecer a legitimidade dos seus direitos.

Todos estes aspetos, são considerados como stressores inter-pessoais, segundo NEUMAN (1995), levando ao declínio funcional, ansiedade e baixa autoestima da pessoa idosa.

As crenças, os valores e as expectativas da pessoa idosa sobre a dependência e as estratégias que esta utiliza para avaliarem a própria funcionalidade, bem como aquilo que pensa sobre o direito a depender e a ser cuidada podem afetar os seus comportamentos independentes (PAVARINI; NERI, 2000).

As pessoas idosas podem sentir-se melhor e ser tratadas mais adequadamente em sociedades em que a dependência é mais tolerada e definida enquanto relação necessária com os outros para a manutenção da solidariedade social e da coesão social.

Considerando que a dependência não é um fenómeno inevitável nem universal no envelhecimento, dado que o decréscimo das capacidades físicas e mentais não afeta da mesma forma as pessoas idosas, a perda de autonomia só pode ser considerada universal, na medida em que além do grau de dependência da pessoa idosa, essa perda vai afetar quer o seu equilíbrio, quer o equilíbrio dos que a rodeiam.

Um dos efeitos da dependência na qualidade de vida da pessoa idosa é a influência negativa que esta exerce na sua integração. FERNANDES (2000), refere que, a integração familiar diminui com o grau de dependência e com os anos de dependência, não acontecendo a integração da pessoa idosa no seio familiar, e sendo esta a instituição de primeiro recurso, dificilmente surge uma integração no meio social.

Sintetizando, a dependência no envelhecimento é um conceito difícil com diferentes etiologias. Tem diferentes consequências sobre as relações da pessoa idosa consigo própria e com os outros, da mesma idade e de diferentes gerações.

A dependência está estritamente relacionada com o ambiente físico construído pelo homem, com o mundo natural e com as instituições sociais, sendo que o ambiente físico e social (constituído pelas pessoas que rodeiam a pessoa idosa, nomeadamente o seu cuidador) desempenham um importante papel na forma como a dependência se vai manifestar e na sua manutenção.

3.3 - A FAMÍLIA COMO REDE DE SUPORTE

A família emerge como pilar da estrutura social. Esta adota um papel importante em duas etapas da vida: na infância e adolescência, em que assume um papel de cariz educativo; e na velhice, em que assume um papel de suporte à pessoa idosa, procurando manter o seu equilíbrio afetivo e físico.

A família opera como um todo, mostrando-se numa configuração de teia ou uma rede. Quando existe uma modificação numa das partes, o todo é de imediato afetado.

Apesar de existirem diversos tipos de família e de relacionamento familiar, em todas elas existem papéis estabelecidos que as mantêm num certo equilíbrio.

HANSON, S. (2005), analisa as funções da família considerando um nível microssistémico da mesma e outro mais abrangente, perspetivando o impacto da família como organização social. No primeiro nível a autora denomina a família como sistema social, enquanto no segundo, integra as funções da família na sociedade.

O ensejo atual de convívio simultâneo de várias gerações de uma mesma família, faz com que sejam colocadas lado a lado diferentes visões do mundo e de valores.

Neste contexto é de máxima importância uma intervenção integrada de vários setores da sociedade, entre os quais se salienta o papel dos serviços de saúde como promotores do desenvolvimento de parcerias potenciadoras da sua abrangência.

Deste modo e segundo PAUL (1997), as redes de apoio às pessoas idosas podem dividir-se em dois grupos principais:

- Redes de apoio formal (serviços da segurança social, serviços organizados pelo poder local, a nível do concelho ou da freguesia, concebidos para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio);
- Redes de apoio informal (família da própria pessoa idosa, amigos e vizinhos).

As redes de apoio revestem-se de importância capital nas pessoas idosas, uma vez que o sentimento de ser amado e valorizado, o sentido de pertença a grupos de comunicação, levam as pessoas idosas a fugir do isolamento e ao anonimato.

Assim, das respostas organizadas para as pessoas idosas, é importante apresentar propostas que integrem novas relações emergentes entre diferentes gerações, mas que respeitem as opções pessoais de cada um, inerentes aos seus projetos de vida.

Se é verdade que a família pode ser a fonte de perturbações entre os seus membros, também é verdade que a promoção da saúde e a redução do risco começa nela.

A perspectiva sistémica da família favorece a compreensão, interação e a interdependência dos indivíduos dentro da mesma, bem como a interação da família com outros sistemas. Nesta perspectiva, a família é um sistema aberto definido por sistemas de relações dinâmicas e flexíveis que estão em constante mudança.

A presente abordagem da família, oferece uma base conceptual para pensar e trabalhar com a família como «um cliente» mais do que centralizar o foco de atenção na pessoa individual, passando, assim, para um paradigma holístico.

Adotar uma prática centrada na família, implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação das pessoas implicadas no processo de cuidados.

A conceção sistémica de NEUMAN (1995) no Cuidar do Sistema Cliente tem como propósito manter as dimensões positivas de bem-estar e procura reduzir, de acordo com a resposta dos sistemas em interação, os efeitos das medidas negativas de bem-estar, no sentido de procurar com o cliente o nível ótimo de equilíbrio.

O entendimento do Ser Humano em interação com o ambiente familiar e comunitário é analisado com bastante clareza nesta abordagem, que destaca a importância de explicar como um ativo dinâmico, que cria e recria de forma progressiva o meio onde se encontra, num processo de recíproca interação e que engloba inter-relações entre vários contextos.

Assim, os stressores são forças de natureza intra, inter e extra-pessoais, as quais têm potencial para quebra da estabilidade do sistema. São quaisquer acontecimentos ou fatos que atingem a estrutura básica de recursos de energia e que destroem a defesa no sistema normal flexível ou de resistência, nesta ordem, a depender da força que influencia o sistema individual, de grupo ou comunitário NEUMAN (1995).

Por outro lado, há que ter em atenção que muitos dos fatores determinantes da saúde das pessoas idosas e do impacto sobre as suas famílias, excedem os limites da ação do setor específico da saúde, determinando uma visão multidisciplinar e multissetorial de atuação integrada, procurando complementar as ações desenvolvidas pelos diversos setores, cuja ação influi a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas (PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde, 2004).

A promoção de saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas, apresenta-se como um desafio no âmbito dos cuidados de saúde primários, pois nesta população existem múltiplos fatores relacionados com o ambiente e com o processo de envelhecimento que as condicionam (BAILEY, 2002).

3.4 – DETERMINANTES DA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR

Conhecer e compreender os determinantes da adoção do papel de cuidador, torna-se relevante pelo aumento do número de pessoas idosas na população e pela necessidade de orientar políticas que permitam a sua manutenção no domicílio, atuando nos agentes passíveis de intervenção.

O papel de cuidar é de fato remetido, histórica e culturalmente, para a competência familiar. Esta orientação, continua a estar fortemente enraizada, sobretudo nas comunidades rurais do interior norte do país, onde o sentido de obrigação para com os familiares idosos continua a constituir-se como um padrão ético e comunitário fortemente partilhado.

Estes e outros resultados empíricos vêm contrariar o estereótipo do abandono e da desresponsabilização da família pelos seus elementos mais velhos.

As estratégias que as redes familiares encontram para cuidar são muito diversificadas e, por vezes, denunciadoras de uma enorme capacidade “inventiva”, o que é sintomático da plasticidade que marca as famílias (PIMENTEL, 2005).

Os motivos que levam com que a família seja o principal cuidador, são na generalidade a disponibilidade de tempo para o fazer, o sentimento de obrigação, dever e a solidariedade.

Outro autor, acrescenta e coloca que entre os fatores que influenciam a família a assumir a responsabilidade do cuidar, destacam-se: a influência histórica, os imperativos culturais e os preceitos religiosos (CALDAS, 1995, URL: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282002000200005&lng=pt&nrm=iso).

As famílias portuguesas vão ser cada vez mais postas à prova com a necessidade de dar apoio aos seus idosos dependentes.

Os laços familiares são, certamente, um fator que garantem que os afetos continuam a circular entre os familiares e as pessoas idosas dependentes.

4 - O ENFERMEIRO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

O domicílio é visto hoje em dia, como um espaço em que pessoas idosas dependentes, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade física e emocional. Assim, a experiência de cuidar de um idoso em casa tem-se tornado cada vez mais frequente no quotidiano das famílias. Em consonância a esta tendência, as políticas de saúde para as pessoas idosas, nomeadamente no seu programa nacional, defendem que o domicílio constitui-se no melhor local para o idoso permanecer, junto da sua família e preservar a sua identidade e dignidade (PORTUGAL. Direção geral de saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas,2006).

De fato, o atual modelo de prestação de cuidados, propõe-se promover a manutenção das pessoas idosas no seu contexto domiciliário e melhorar a equidade do acesso a cuidados de saúde com qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, assegurando a continuidade dos mesmos (PORTUGAL. Direção geral de saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2006).

Segundo o Código Deontológico no seu artigo 81, refere que o enfermeiro no seu exercício assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (OE, 2009).

O enfermeiro não esquece assim, o ambiente no qual a pessoa idosa se insere, o qual inclui a sua família/cuidadores e a comunidade, tendo assim um papel fundamental a desempenhar como educador, pois trabalha diariamente com os cuidadores das pessoas idosas dependentes, e é muitas vezes apontado, como o primeiro recurso para a resolução de situações de necessidade de cuidados de saúde. Este tipo de relação é, por sua vez, um veículo da afetividade gerada entre o enfermeiro e a díade pessoa idosa dependente/ cuidador, indispensável numa relação pedagógica (já que a construção do conhecimento de cada indivíduo se faz com base na afetividade/emoções que estabelece com os outros).

Ao deslocar-se a um domicílio, o enfermeiro deve permanecer atento para cuidar sem invadir. GONÇALVES (2001), refere que ao introduzir-se no espaço privado e íntimo da pessoa, o profissional de enfermagem necessariamente

compromete-se com os familiares e com todo um contexto domiciliário de modo profissional e ético.

A intervenção do enfermeiro em contexto domiciliário, deverá ser no sentido de conseguir um plano de cuidados que assente no conhecimento do que a pessoa idosa dependente é capaz de realizar e não apenas do que é incapaz, responsabilizando-a e ao cuidador pelas necessidades que possuem, privilegiando as ações conducentes a melhorar as capacidades de ambos e a facilitar o acesso por parte do cuidador aos recursos disponíveis para o apoiar no seu ato de cuidar.

O contexto domiciliário e apesar dos recursos serem mais escassos, é o lugar de eleição para o enfermeiro cuidar da pessoa idosa dependente, pois está na presença da sua realidade, inerente ao ambiente domiciliário e que raramente é reproduzido em ambiente de terapia de ambulatório. O enfermeiro deverá encorajar a pessoa idosa dependente a realizar o autocuidado através da maximização das suas potencialidades, opinando, quando necessário, sobre possíveis modificações na rotina diária e doméstica e até pequenas adaptações na planta física do domicílio.

Na negociação das modificações na rotina doméstica e planta física do domicílio o enfermeiro poderá trabalhar em conjunto com uma equipa multidisciplinar que deverá ter por base uma avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa dependente e uma avaliação ambiental, que poderá incluir a observação do edifício, do mobiliário e da pessoa idosa a ser cuidada pelo seu cuidador.

Assim sendo, o contexto domiciliário é o melhor local para o enfermeiro fazer o diagnóstico das necessidades da pessoa idosa dependente e do seu cuidador e realizar intervenções que beneficiem a aquisição de conhecimentos ou adaptação e reforço de novos papéis, que podem ir desde a realização das atividades de vida diária ou ir ao encontro de outras necessidades que podem ser de ordem cognitiva ou emocional.

A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, permite à pessoa idosa dependente continuar na sua casa, junto dos seus objetos e recordações, mantendo a sua intimidade, hábitos de toda uma vida e a conseqüente redução do número de internamentos, promovendo a qualidade de vida da pessoa e do prestador de cuidados.

É importante referir, que a arte de escutar é também fundamental na relação enfermeiro/ pessoa idosa dependente/ cuidador, pois ao escutar, o enfermeiro manifesta-lhes como são importantes para si, permite-lhes identificar as suas emoções, ajuda-os a identificar os seus problemas e as suas necessidades e a elaborar um plano de cuidados realista e eficaz (LAZUE, 1994). Deste modo o enfermeiro permite que a pessoa idosa

dependente/cuidador tomem consciência das suas dificuldades e encontrem em si próprio os meios para resolver essas mesmas dificuldades.

Sendo uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, é importante este tipo de abordagem, uma vez que permite a intervenção, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados às necessidades de cada um (OE, 2011).

A visita domiciliária (VD) como estratégia de intervenção de educação para a saúde, é uma mais valia, quer para a pessoa idosa dependente, quer para o cuidador informal e até para a comunidade. Mesmo sendo repetidamente realizada, a visita domiciliária, possibilita sempre conhecer e atualizar a realidade do utente e sua família, contribuindo para a diminuição dos internamentos hospitalares, além de fortalecer os vínculos entre a pessoa e os profissionais de saúde envolvidos nesse processo.

É durante esta visita domiciliária, que os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, tem a possibilidade de identificar e diagnosticar as necessidades da pessoa que está a visitar, podendo em seguida traçar ações a desenvolver ajustadas à realidade com a qual se depara. Dentre as atividades a realizar, destaca-se a educação em saúde com a finalidade de capacitar a pessoa idosa dependente e cuidador ao auto-cuidado, já que a responsabilidade pelo bem-estar deve ser estimulada pela enfermeiro e realizada pela pessoa ou cuidador.

A visita domiciliária como estratégia, vai ao encontro das pessoas e traça um conjunto de ações, que vão desde a educação à realização de técnicas.

Assim, a visita domiciliária contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados a pessoas idosas dependentes, promovendo uma visão mais abrangente de saúde global e procura identificar as necessidades em educação. Além disso, ajuda a promover uma melhor compreensão da pessoa idosa dependente e cuidador no processo natural de envelhecimento e informar os cuidadores acerca dos cuidados a realizar no domicílio, com o objetivo de reduzir as hospitalizações desnecessárias e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa dependente.

4.1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Muito se tem falado a respeito dos cuidados prestados em contexto domiciliário e as múltiplas possibilidades no que diz respeito aos cuidados globais proporcionados à

pessoa idosa dependente. O domicílio desperta, portanto, especial interesse por ter se tornado um espaço de trabalho de diferentes profissionais na área da saúde e nomeadamente, os enfermeiros.

O papel do enfermeiro como educador para a saúde deverá ser, essencialmente, de suporte para as escolhas que a pessoa idosa dependente e o seu cuidador fizerem. É nesta lógica que HESBEEN (2003), destaca que a missão do profissional é ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas, e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua doença.

O objetivo não é que o profissional de enfermagem diga à pessoa o que ela deve fazer, mas dar-lhe liberdade para que ela decida sobre a sua situação, isto é, necessidade de aprender e querer fazê-lo.

A este respeito, MOREIRA (2001), ao estudar as necessidades dos cuidadores informais em contexto domiciliário, verificou que estes manifestaram necessidade de estabelecer uma relação afetiva com os profissionais de saúde, referindo que gostariam de ter sido escutados e alvo de carinho por parte destes, pois sentiam-se completamente destruídos, física e psiquicamente.

Torna-se necessário que os enfermeiros pensem o tipo de abordagem utilizada nas orientações e nas estratégias adotadas, para que ocorra uma maior interação entre enfermeiro e o cuidador.

Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o processo de educação para saúde, o primeiro passo é propor à pessoa idosa dependente e ao seu cuidador a interatividade nesse processo; segundo é começar a colocá-lo em prática e; terceiro fazê-lo tornar-se um novo hábito de vida/saúde para estas pessoas, (MARTINS, ALBUQUERQUE, NASCIMENTO, BARRA, SOUZA, PACHECO, 2007).

Há um grande desafio para os enfermeiros neste milénio: investir na educação para a saúde, para a promoção de cuidados de enfermagem qualificados em contexto domiciliário, à pessoa idosa dependente e aos seus cuidadores.

PARTE II - NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL NO CUIDAR DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE: APRECIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA

A partir do trabalho desenvolvido na UCC de Ourém, análise e interpretação da informação obtida através de um instrumento de recolha de dados, aplicado aos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, identificaram-se e caracterizaram-se as necessidades de educação do cuidador, na perspetiva do mesmo.

Para isso, desenvolveu-se um projeto de estágio (anexo I) que foi ao encontro das necessidades da UCC de Ourém e contribuiu para o processo de capacitação do cuidador informal, em contexto domiciliário, de pessoa idosa dependente, no processo de cuidar.

Assim, o esforço de assumir a responsabilidade por pessoas dependentes tem sido colocado pelas famílias cuidadoras como uma missão trabalhosa e stressante, não só pelo envolvimento afetivo, mas também por ocorrer uma transformação de uma relação anterior recíproca para uma relação de dependência.

Cabe então, ao enfermeiro especialista em Enfermagem na Comunidade, capacitar as pessoas dependentes e cuidadores/ famílias, para a saúde, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, melhorar a utilização dos serviços que lhe são oferecidos e a qualidade dos mesmos.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade deve incentivar e investir na competência das pessoas para se transformarem em agentes ativos, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário.

Nesta perspetiva, todo o caminho percorrido teve por base o Modelo Sistémico de Betty Neuman, que apresenta o cliente (ser humano, família, grupo, comunidade ou problema social) como um sistema relacionado com seu meio, sofrendo as suas influências, adaptando-se e sendo adaptado em função das fontes de stress (NEUMAN, 1995).

Este modelo conceptual é adequado à prática da Enfermagem Comunitária porque “ (...) enfatiza uma abordagem da prática holística na qual qualquer parte do

sistema ou subsistema pode organizar-se como um todo inter-relacionado que idealmente funciona como um sistema total” (NEUMAN, 1995, p. 410).

A conceção sistémica de NEUMAN (1995) no Cuidar do Sistema Cliente tem assim, como pressuposto manter as dimensões positivas de bem-estar e procura reduzir, em conformidade com a resposta dos sistemas em interação, os efeitos das dimensões negativas de bem-estar, no sentido de procurar com o cliente o nível ótimo de equilíbrio.

Como exemplo, apresenta-se em seguida uma figura adaptada do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995), que foi elaborada e apresentada, quando da elaboração do projeto de estágio.

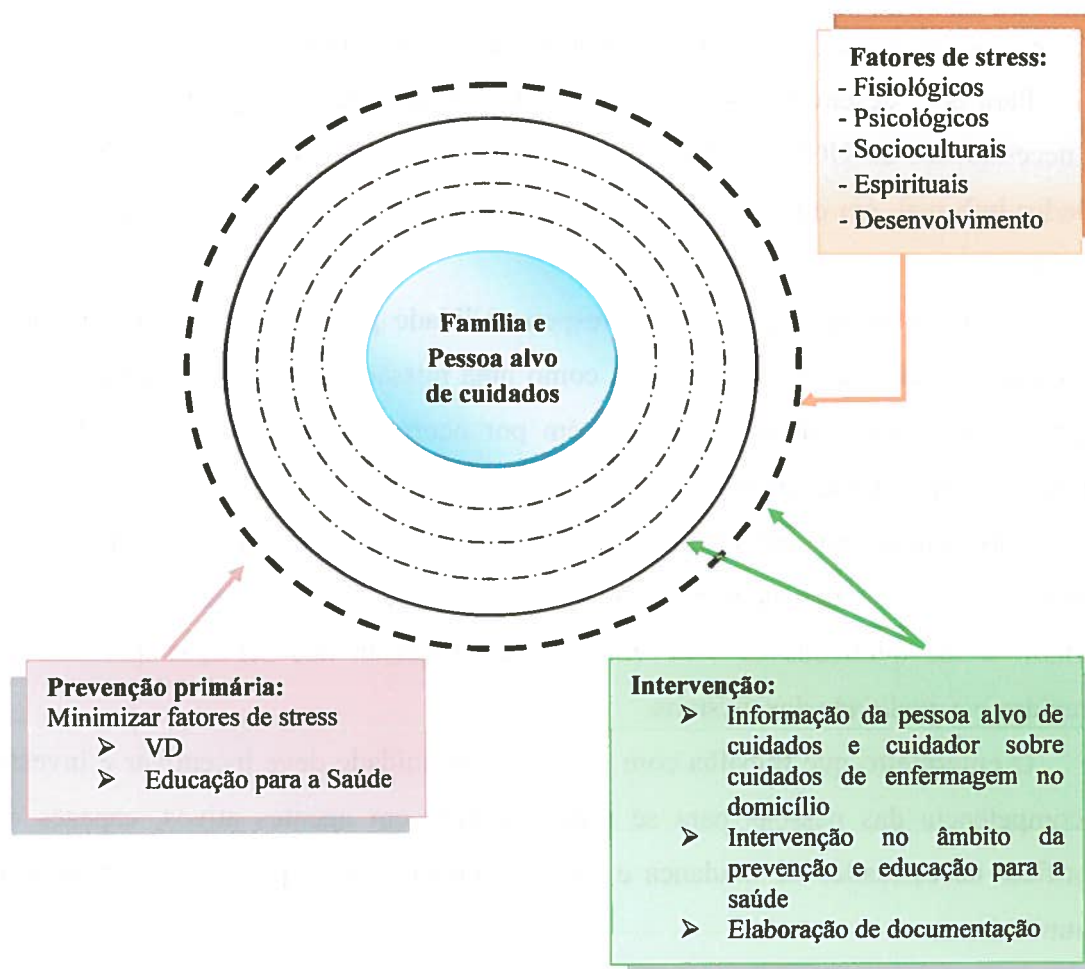


Figura 1 - Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995), adaptado

Como se pode verificar, a educação para a saúde torna-se então, uma finalidade específica das intervenções de enfermagem, onde se inclui igualmente a informação e a documentação e ainda, a mobilização de recursos para apoiar as linhas de defesa e aumentar a resistência do cliente, sendo este, o cuidador da pessoa idosa dependente e a própria pessoa idosa.

1 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Como referido anteriormente, o presente relatório, descreve de forma crítica as atividades de enfermagem desenvolvidas na UCC de Ourém, num período de quatro meses.

Iniciou-se por definir a população alvo, sendo esta constituída por utentes inscritos e residentes na área geográfica de abrangência do Centro de Saúde de Ourém, num total de 10 utentes e respetivos cuidadores.

Definiram-se critérios de inclusão, atendendo a que seria mais fácil identificar e localizar pessoas idosas dependentes e os seus cuidadores e também porque facilitaria o acesso às pessoas, a sua aceitação e a sua colaboração, uma vez que se tratava de um trabalho a realizar em contexto domiciliário, o que implicava a deslocação aos seus domicílios.

A equipa de enfermagem da UCC identificou as pessoas idosas dependentes e seus cuidadores que obedeciam aos critérios de inclusão, sendo estes:

- Uteses residentes na freguesia de Nossa Senhora da Piedade;
- Uteses referenciados à ECCI de Ourém e que necessitassem de cuidados de enfermagem no domicílio;
- Uteses com cuidador informal, independentemente da idade do cuidador;
- Uteses referenciados no período de 3 de dezembro de 2010 a 3 de fevereiro de 2011.

O passo seguinte foi a elaboração de um instrumento de recolha de dados, que permitisse por um lado identificar o cuidador informal e por outro, identificar as suas necessidades de educação no cuidar de pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Atendendo às características do trabalho a desenvolver, foi elaborado um questionário, que teve por base um instrumento já testado e validado para a população portuguesa (LAGE, 2007).

Como FORTIN (2000, p.240) afirma, ao “utilizar-se um instrumento já existente, deve assegurar-se que o instrumento possui uma fidelidade e uma validade

aceitáveis. Na ausência de instrumentos de medida apropriados (...) deve-se construí-los”.

Assim, o autor (LAGE, 2007) foi contactado via correio eletrónico (mostrando-se bastante receptivo e disponível) e foram cumpridos todos os aspetos ético-morais no sentido da utilização do instrumento (anexo II). É de referir que o instrumento foi redimensionado de modo a dar resposta aos objetivos do trabalho, ou seja, a identificação das necessidades de formação na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio.

O questionário é constituído por perguntas fechadas, o que permite respostas validamente comparáveis entre si, maior facilidade de resposta e análise.

Adicionou-se uma questão, que pretende saber quais as dificuldades do cuidador no ato de cuidar e se este gostaria de receber formação, pois é fundamental conhecer as experiências e expectativas dos cuidadores informais, para que se possa compreender as suas necessidades e definir estratégias que possam proporcionar o suporte adequado nestas situações.

Este aspeto é fundamental para os enfermeiros, principalmente para os que trabalham na comunidade, pois desempenham um papel de importância capital no domicílio ao nível da melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas dependentes e sua família, nomeadamente os cuidadores. Neste sentido, considera-se que se torna necessário refletir sobre as necessidades reais dos cuidadores informais das pessoas idosas dependentes sob o ponto de vista do mesmo, no próprio contexto onde este desenvolve os cuidados - o domicílio.

Assim, a questão central que orientou este trabalho, foi a identificação das necessidades de educação do cuidador informal na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio.

Após identificação da população e construção do instrumento de colheita de dados (anexo III), seguiu-se o contacto com a mesma, através da visita domiciliária previamente agendada. Este primeiro contacto, serviu fundamentalmente para dar a conhecer o trabalho a desenvolver na comunidade e oferecer garantias morais e éticas aos que aceitassem participar no trabalho.

As formas de atuar em relação aos outros estão baseadas no reconhecimento expresso do valor absoluto das pessoas e do seu direito de decidir livremente. O respeito por este propósito constituiu o ponto de partida da conduta de quem realiza o trabalho.

Neste sentido, formalizou-se o consentimento informado mediante um documento elaborado para o efeito (anexo IV).

Foi igualmente explicado que a participação seria voluntária, podendo abandonar a participação se e quando o entendessem. Pensa-se ter cumprido, desta forma, os pressupostos éticos relativos ao trabalho e prestados todos os esclarecimentos, para que os participantes pudessem tomar uma decisão livre e informada.

A etapa seguinte, foi a colheita de dados que foi realizada em contexto domiciliário e prolongou-se por dois meses

O trabalho foi organizado com as equipas enfermagem de cuidados no domicílio, de modo a que estas auscultassem e avisassem os cuidadores da data e hora da realização da visita.

Ao longo de todo o processo não houve recusas em participar no trabalho, uma vez que se ia ao encontro da sua experiência de cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio.

The first part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $t \rightarrow \infty$. It is shown that the solutions of the system (1) are bounded and tend to zero as $t \rightarrow \infty$. The second part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $t \rightarrow 0$. It is shown that the solutions of the system (1) are bounded and tend to zero as $t \rightarrow 0$.

2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A revisão sistemática como fonte de evidência para organizar o crescente número de produtos, intervenções e informações científicas tem vindo a aumentar, substituindo a pesquisa primária.

A revisão sistemática da literatura, é assim definida “como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível” (LOPES; FRACOLLI, 2008, URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71411240019>).

Neste sentido, consiste na aplicação de estratégias científicas limitadoras de viéses na reunião, análise crítica e síntese de estudos científicos relevantes sobre um determinado assunto.

É uma forma de executar revisões abrangentes da literatura de modo não faccioso e possui critérios de seleção explícitos.

Esta abordagem difere, largamente, das revisões bibliográficas narrativas convencionais, uma vez que requer uma sequência de etapas cuja metodologia é claramente explicitada, com técnicas padronizadas e suscetíveis de reprodução.

Assim, como ponto de partida para a revisão sistemática foi formulada uma pergunta, partindo de um foco de interesse na área da Enfermagem Comunitária.

Tanto a nível da construção da pergunta, como da definição dos critérios de Inclusão e Exclusão de Estudos Primários (anexo V), foi utilizada a estratégia PI[C]O (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007, URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf)

Atualmente há grande quantidade de informação científica e há também grande facilidade de acesso a estudos desenvolvidos em todo o mundo. Ter acesso ao conhecimento produzido sobre determinado assunto é fundamental para o desenvolvimento das pesquisas. A internet e os portais de acesso livre permitem a acessibilidade ao conhecimento, no entanto, é preciso saber o que seleccionar dessa infinidade de informações e como fazê-lo.

A estratégia PI[C]O, auxilia nessas definições pois, orienta a construção da pergunta de pesquisa e da própria busca.

A revisão sistemática da literatura, tem assim o objetivo de pesquisar artigos científicos relacionados com a pergunta de investigação, a partir dos quais se poderá analisar e refletir sobre as necessidades de educação do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário e ao mesmo tempo refletir sobre a realidade encontrada na freguesia de Nossa Senhora da Piedade – Ourém.

Estratégia de Pesquisa

Partindo do descritor MeSH Browser (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>) e usando as palavras-chave na sequência:

Caregivers (M01.085),

AND *Home Care service (N02.421.143.524),*

AND *Health education (I02.233.332),* realizou-se uma pesquisa, no dia 22-07-2011, na plataforma EBSCO, bases de dados eletrónicas CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text . MedicLatina e Nursing & Allied Collection: Comprehensive.

Como opções de pesquisa, foram aplicadas palavras relacionadas com as palavras-chave e o modo de pesquisa booleano/ frase.

Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral, no período referido anteriormente. Como resultado, obteve-se 24 artigos no total, ficando 3 artigos para análise e reflexão.

Após esta primeira pesquisa, foi feita uma segunda, na base de dados eletrónica *Scielo* (Scientific Electronic Library Online) a 30-08-2011, utilizando-se o método por palavra com as mesmas palavras-chave e na mesma sequência e com o mesmo filtro cronológico. A estratégia de pesquisa foi a de selecionar artigos de origem brasileira, uma vez que possui uma coleção apurada de artigos científicos e ao mesmo tempo, encontrar mais artigos relacionados com a temática em estudo.

Encontraram-se 8 artigos, tendo ficado para análise e reflexão 3 artigos.

A estratégia e o resultado da pesquisa, são ilustrados em anexo (anexo VI) para melhor visualização, assim como, a caracterização dos artigos, para que seja compreensível a sua composição e considerações reflexivas relativas ao estudo (anexo VII).

3 - APRECIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DOS RESULTADOS COM RECURSO À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (RSL)

Hoje em dia, os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário a pessoas idosas dependentes e o apoio ao cuidador informal, estão cada vez mais desenvolvidos.

Para este motivo contribui a crescente necessidade de cuidados, o aumento de pessoas idosas dependentes e as novas políticas de saúde, que enfatizam a permanência da pessoa no seu contexto familiar, desde que tal seja possível

É importante não esquecer o cuidador informal que cuida da pessoa idosa dependente e que grande parte das vezes, é igualmente idoso e ele próprio com necessidades de intervenção, sendo uma experiência cansativa e de grande responsabilidade que nem sempre as famílias aceitam e/ou reconhecem.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Neste ponto procede-se à apresentação dos dados obtidos em função de toda a informação colhida e cujo instrumento utilizado permitiu.

Para tal, os dados foram lançados e processados numa base de dados informatizada no programa Microsoft Office Excel 2007, uma vez que se pretendia apenas uma análise descritiva dos resultados.

Os resultados que se apresentam, referem-se à análise de dados colhidos, através de gráficos.

3.1.1– Caracterização do cuidador informal

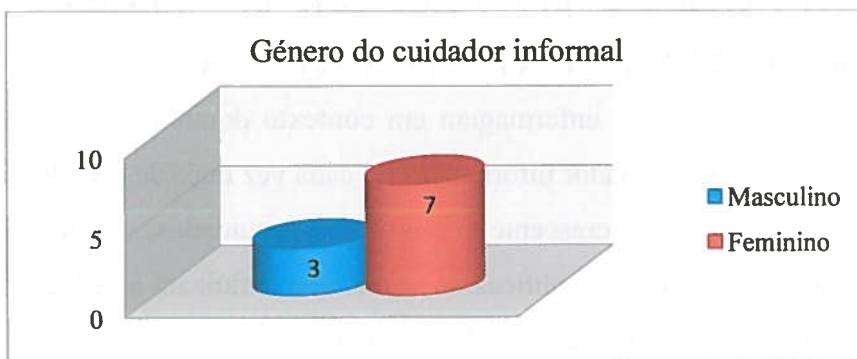
Como se pode verificar, os cuidadores informais com quem foi desenvolvido todo este trabalho, são maioritariamente, pessoas do sexo feminino, idosos, casados e com baixas habilitações literárias.

Género

A análise descritiva dos dados sugere que em relação ao género, verifica-se que o número de mulheres é superior ao dos homens.

Responderam 7 mulher, num total de 10 inquiridos. Estes dados são sobreponíveis aos da revisão sistemática da literatura efetuada. São principalmente as mulheres que assumem o papel de cuidador.

Gráfico 1 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o género

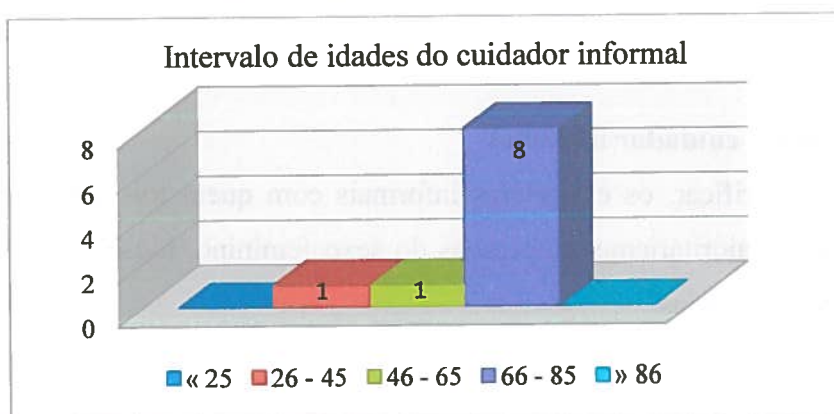


De acordo com SOUZA, PACHECO, MARTINS, BARRA e NASCIMENTO, (2006, URL: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>) “as mulheres, são maioritariamente as cuidadoras”, como referem no seu estudo, em que “em relação ao sexo, (...) 83% eram do sexo feminino e 17% do sexo masculino. Referem ainda que “dados mundiais mostram que a proporção de mulheres é maior que a de homens cuidadores”.

Idade do cuidador informal

Quanto à idade do cuidador informal, observa-se na população de Ourém, que a grande maioria se encontra no intervalo de idades entre os 66 e 85 anos.

Gráfico 2 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o intervalo de idades



Os estudos analisados vão ao encontro desta realidade, uma vez que e como referem FINLAYSON, GARCIA, PREISSNER (2008, URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=cdf2c5ef-5927-46cc-a8ee-84de837c2e08%40sessionmgr11&vid=1&hid=14&bdata=JnNpd GU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#>

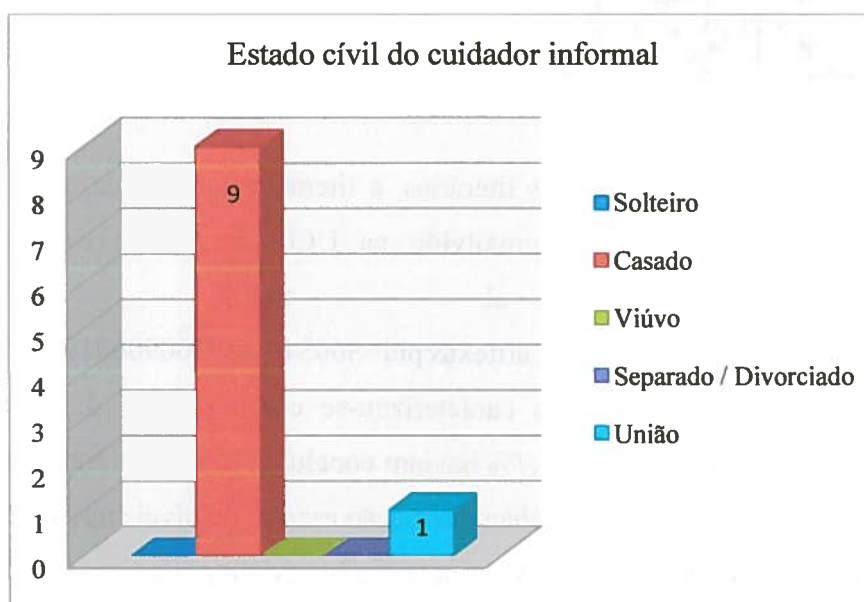
“ os cuidadores são principalmente pessoas de meia-idade e pessoas idosas”.

Também SOUZA, et al. (2006, URL: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>) referem no seu estudo que, “ 33% dos cuidadores tinham a idade entre 70 a 74 anos, 33% com idade entre 80 a 84 e 33% com idade entre 85 a 89 anos”. Pode-se assim concluir, que o cuidador da pessoa idosa dependente, é igualmente, uma pessoa idosa.

Estado civil do cuidador informal

No que diz respeito ao estado civil do cuidador, verifica-se que a grande maioria é casada, não se registrando separados/divorciados, nem viúvos, nem solteiros. Vivendo em união, regista-se 1 cuidador, como se pode ver no gráfico.

Gráfico 3 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o seu estado civil



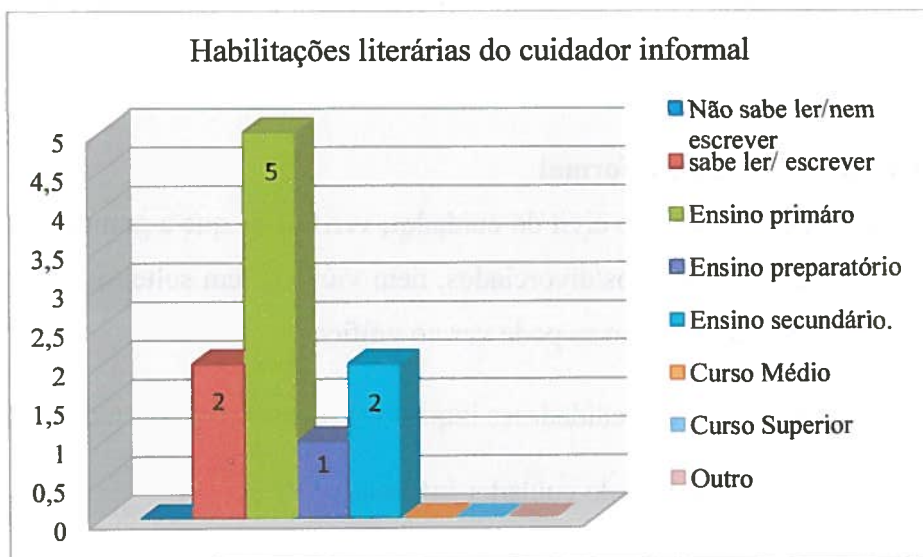
Neste ponto, no que concerne à relação com a pessoa idosa dependente, FERNANDES, GARCIA (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), afirmam que “quanto ao estado civil, 46,7% dos cuidadores eram casados, 33,3%, solteiros; 13,3%, divorciados e 6,7%, viúvos”.

Assim, apesar de existir algum paralelismo com os estudos analisados, estes apresentam uma maior diversidade de resultados, quanto ao estado civil do cuidador.

Habilitações literárias do cuidador informal

Relativamente às habilitações literárias, os resultados demonstram que a baixa escolaridade predomina. Assim, dos 10 inquiridos, 5, ou seja, metade dos cuidadores, possui o ensino primário e 2, apenas sabem ler ou escrever.

Gráfico 4 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo as suas habilitações literárias



No que diz respeito às habilitações literárias, a literatura consultada corrobora com os dados obtidos no trabalho desenvolvido na UCC de Ourém e segundo FERNANDES et al. (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), “o nível de escolaridade dos cuidadores caracterizou-se como baixo: 13,3% eram analfabetos; 23,3% eram alfabetizados; 26,7% haviam concluído o ensino fundamental; 23,3% possuíam o ensino médio; 13,3% tinham formação escolar de nível superior”.

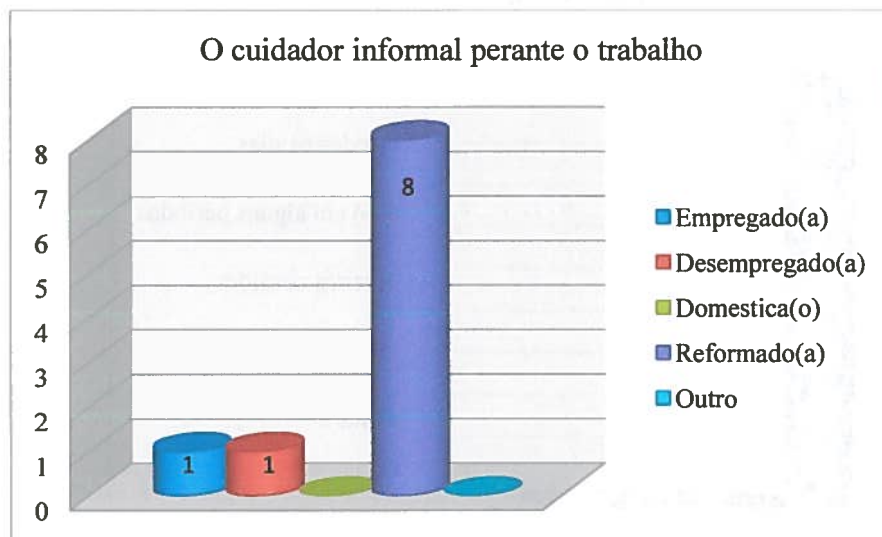
SOUZA, et al. (2006, URL: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>), afirmam igualmente que quanto “ao grau de instrução dos cuidadores leigos, 67% tinham o ensino fundamental incompleto, 17% possuía o ensino fundamental completo 17% possuía o ensino médio incompleto”. Referem ainda que “atribui-se à instrução escolar uma via de transformação necessária ao processo de educação em saúde, no qual o diálogo, a indagação e a reflexão devem estar presente na prática voltada às necessidades e às características dessa população idosa”

Pode então dizer-se que o conhecimento das habilitações literárias do cuidador informal, é relevante para o tipo de abordagem a adotar na interação entre o enfermeiro e cuidador informal.

Situação do cuidador informal perante o trabalho

Quanto à situação perante o trabalho, verifica-se que a grande maioria dos cuidadores informais (8) encontram-se reformados. Apenas 1 referiu encontrar-se na situação de empregado(a) e igualmente 1 na situação de desempregado

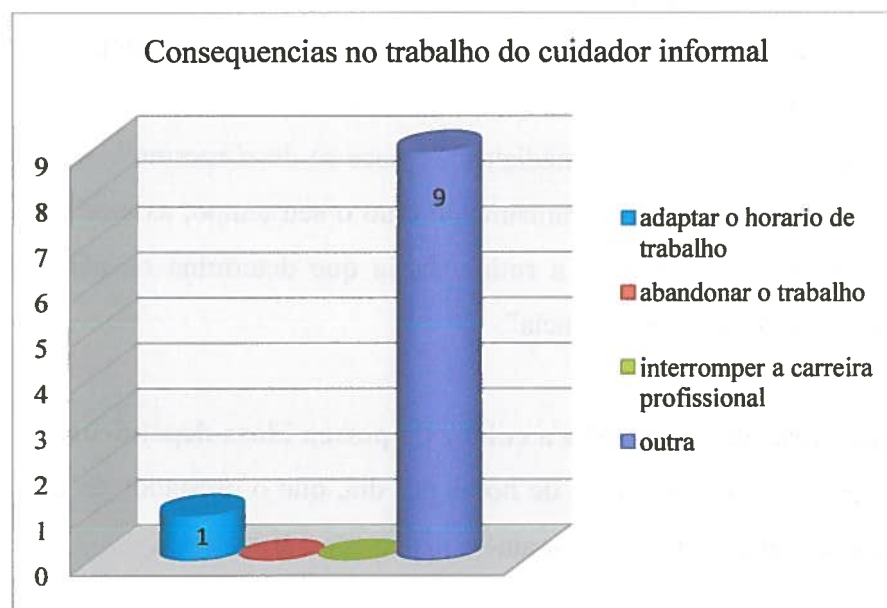
Gráfico 5 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a sua situação perante o trabalho



Consequências no trabalho e realização profissional do cuidador informal

Dos 10 cuidadores inquiridos, apenas 1 referiu ter de adaptar o seu horário de trabalho à situação de cuidador. Os restantes 9 responderam a opção “outra”.

Gráfico 6 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo as consequências no seu trabalho e realização profissional



Como cuida desta pessoa

Como se pode constatar, a totalidade dos cuidadores (10), cuidam todos os dias da pessoa idosa dependente.

Gráfico 7 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a forma como cuidam da pessoa idosa dependente



Assim, a frequência diária no cuidado, foi igualmente confirmada pela literatura, como afirmam FERNANDES et al. (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), no seu estudo, em que “os cuidadores são pessoas disponíveis, pois cuidam todos os dias da pessoa idosa dependente e fazem-no, várias horas por dia”.

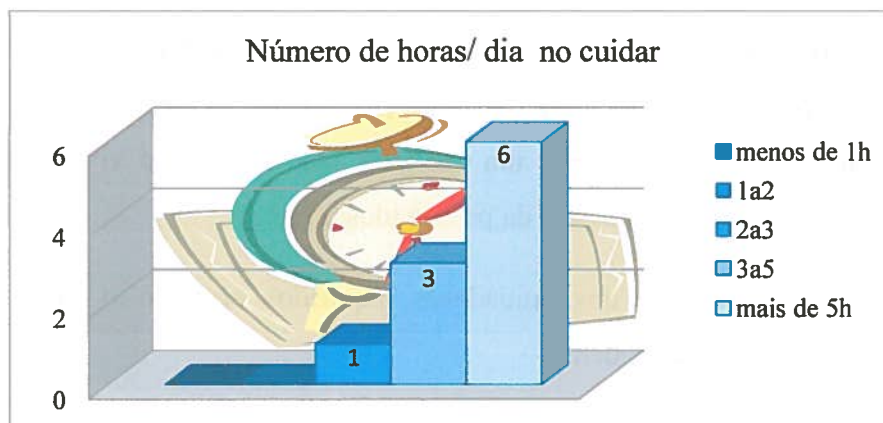
ROCHA, VIEIRA, SENA (2008, URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>), afirmam igualmente que o “cuidador de idosos dependentes é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar e, pressionado por necessidades imediatas, esquece-se de si mesmo”. Acrescenta ainda que “o cuidado constante toma praticamente todo o seu tempo, as suas forças, o seu lazer e até suas emoções. Assim, a rotina diária que determina os afazeres do cuidador exclui a sua vontade ou preferência”.

Número de horas gastas por dia a cuidar da pessoa idosa dependente

Relativamente ao número médio de horas por dia, que o prestador de cuidados cuida da pessoa idosa dependente, verificaram-se três opções de resposta.

A mais representativa, com 6 cuidadores a responder, é a opção de 5 ou mais horas por dia.

Gráfico 8 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o número de horas gastas por dia a cuidar da pessoa idosa dependente

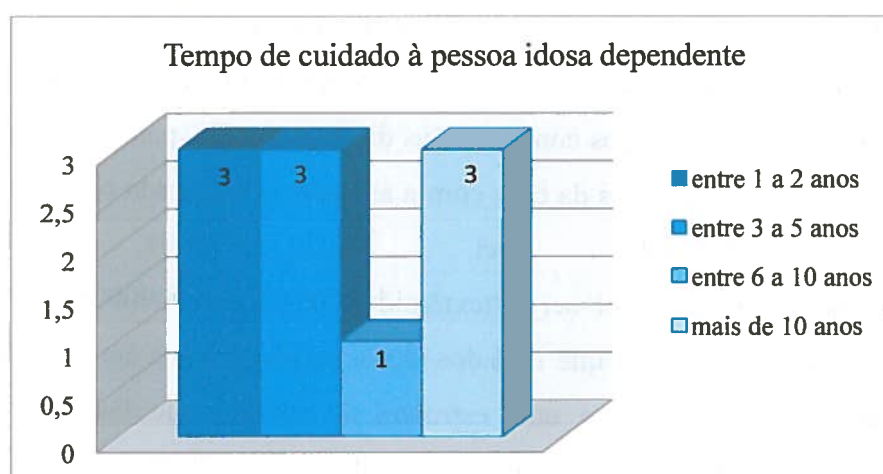


Também neste ponto, os estudos vão ao encontro da realidade encontrada, pois 33,3% dos cuidadores assistem a pessoa idosa dependente até doze horas diárias e 73,3%, por mais de doze horas ao dia (FERNANDES et al., 2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009).

Tempo de cuidado à pessoa idosa dependente

Em relação há quanto tempo o cuidador cuida da pessoa idosa dependente, apenas um cuidador respondeu “entre 6 a 10 anos”, tendo as restantes opções, três respostas cada, não havendo assim, um predomínio por um período de tempo.

Gráfico 9 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o tempo de cuidado à pessoa idosa dependente

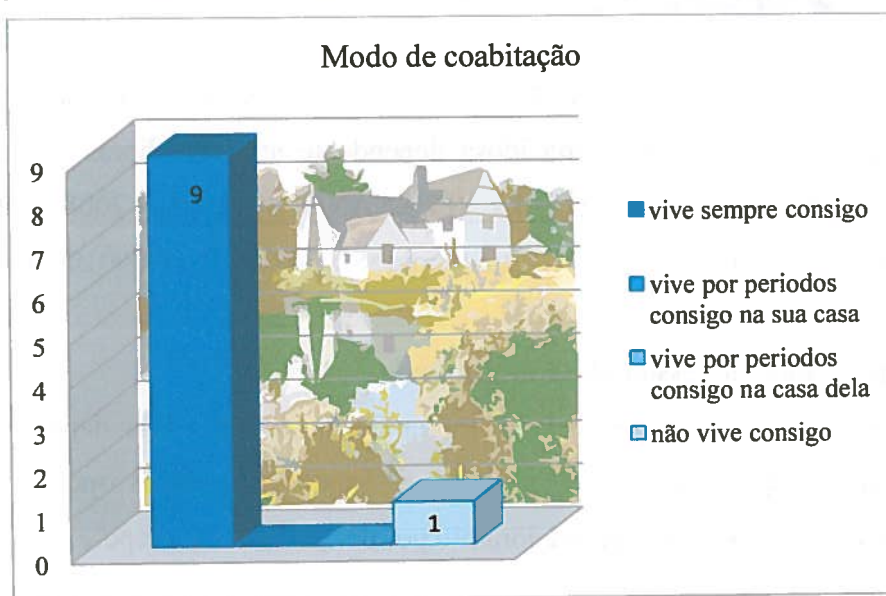


http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), afirmam que “73,3% proviam cuidado entre um e cinco anos; 20% cuidavam do idoso num tempo de seis a dez anos; e 6,7% eram cuidadoras há mais de dez anos”.

Modo de coabitação do cuidador com a pessoa idosa dependente

Os cuidadores habitam, na sua grande maioria (9), sempre na mesma casa que a pessoa idosa dependente, havendo apenas um cuidador, que refere não viver com a pessoa idosa, nem na sua casa, nem na casa da pessoa idosa.

Gráfico 10 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o modo de coabitação com a pessoa idosa dependente



Dos estudos analisados, e no que se refere ao modo de coabitação, existe quase unanimidade, que tanto o cuidador como o cuidado, vivem na mesma casa. Assim “90% dos idosos moravam com a cuidadora devido à dependência mútua (...) e, ainda, pela necessidade da provedora de cuidados conciliar seus diversos papéis, particularmente o de administrar ou realizar os afazeres da casa com a assistência requerida pelo familiar dependente” (FERNANDES et al., 2008, URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009).

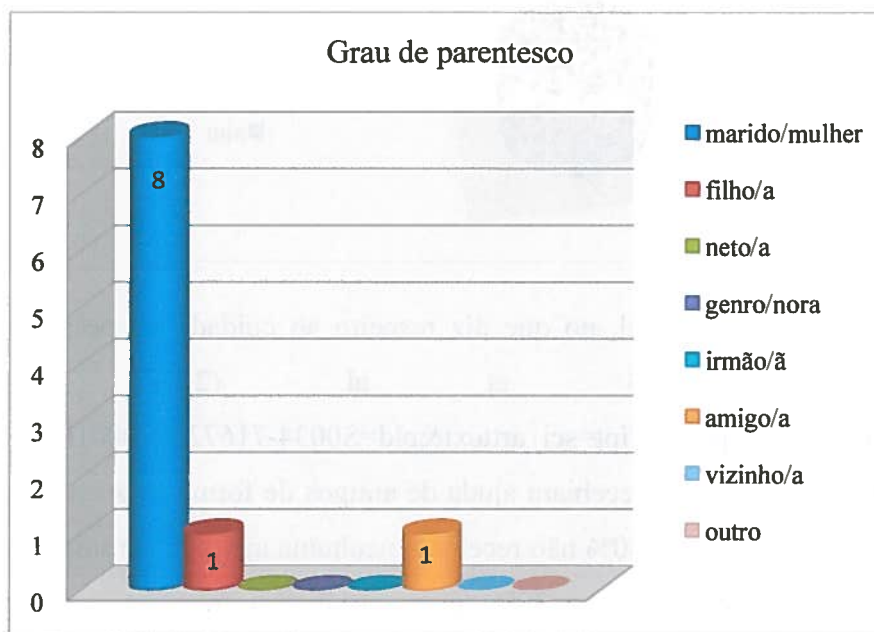
O mesmo estudo refere ainda que 10% dos idosos residiam numa área próxima à da casa da cuidadora por possuírem uma estrutura de suporte que favorecia esta condição (FERNANDES et al., 2008, URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009).

Grau de parentesco com a pessoa idosa dependente

Quanto ao grau de parentesco que o cuidador tem com a pessoa idosa dependente, podemos constatar no gráfico que oito são cônjuges, um é filho(a) e igualmente um é amigo(a). Verificando-se que os cuidados não são prestados unicamente pela família, havendo um cuidador, não familiar.

Gráfico 11 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o grau de parentesco com a pessoa idosa dependente



A família constitui assim, o principal núcleo de proteção e ajuda da pessoa idosa dependente, mas acaba sobrecarregando quase sempre um dos elementos dessa mesma família, que normalmente é um dos cônjuges, por escolha do próprio. “A maioria dos cuidadores participantes do estudo foi o cônjuge (71,9%)”, como afirma FINLAYSON et al. (2008, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=cdf2c5ef-5927-46cc-a8ee-84de837c2e08%40sessionmgr11&vid=1&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#>).

Segundo FERNANDES et al., (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), os idosos dependentes “casados eram cuidados por suas esposas; os viúvos eram cuidados em sua maioria pelas filhas, especialmente pelas solteiras, divorciadas ou também viúvas. Cabe destacar que na vida familiar, existe uma hierarquia de compromisso em relação ao cuidado: em primeiro lugar, vem a esposa e, em seguida, a filha solteira ou que vive sozinha”.

Existência de outro cuidador

Dos prestadores de cuidados informais inquiridos, seis responderam ser os únicos a prestar cuidados à pessoa idosa dependente, como se pode verificar no gráfico.

Gráfico 12 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a existência de outro cuidador



Quanto ao suporte informal, no que diz respeito ao cuidado da pessoa idosa dependente, FERNANDES et al. (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), afirmam que no seu estudo 6,7% recebiam ajuda de amigos de forma frequente e igual percentagem às vezes, no entanto 40% não recebiam nenhuma ajuda de familiares, 30% tinham esse auxílio ocasionalmente e 30%, eram auxiliadas frequentemente pelos familiares.

Existência de apoio de alguma instituição

Como se pode observar no gráfico seguinte, a maioria dos prestadores de cuidados informais, tem apoio de uma instituição, para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente. Apenas dois cuidadores afirmaram, não ter apoio neste sentido.

Gráfico 13 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo a existência de apoio por parte de uma instituição para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente



A família constitui o principal núcleo de protecção e ajuda das pessoas idosos dependentes, no entanto, “o suporte formal era recebido por 13,3% dos cuidadores”, como afirmam FERNANDES et al. (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), e se encontra descrito no seu estudo.

Tendo-se procedido à exposição e análise dos dados, pode-se de modo resumido concluir que, dos 10 cuidadores informais estudados, 7 eram mulheres e 3 homens, tendo 8 deles, idade entre os 66 anos e os 85. Quanto ao estado civil, 9 são casados e de uma forma geral possuem baixas habilitações literárias.

No que concerne à sua situação perante o trabalho, 8 encontram-se reformados, motivo pelo qual, não referem consequências perante o trabalho.

Todos os cuidadores, referiram cuidar da pessoa idosa dependente todos os dias, sendo o número de horas dispendido para o cuidado variado, assim como, os anos de cuidado.

Relativamente à coabitação, conclui-se que os cuidadores informais vivem sempre com a pessoa idosa dependente, tendo a maioria o grau de parentesco de marido/mulher, referindo ainda terem apoio de uma instituição para cuidar da pessoa idosa dependente.

3.2 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Quando um membro de uma família, idoso e dependente necessita de apoio no domicílio, a família organiza-se através da atribuição de um cuidador. O cuidador, é a pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida da pessoa idosa dependente, e que, não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica.

De acordo com STANHOPE; LANCASTER, (1999), as funções do prestador de cuidados incluem a supervisão dos doentes, assegurando que as suas necessidades básicas sejam satisfeitas e prestando cuidados diretos, tais como higiene pessoal, preparação das refeições, administração de terapêutica e prestação de tratamentos.

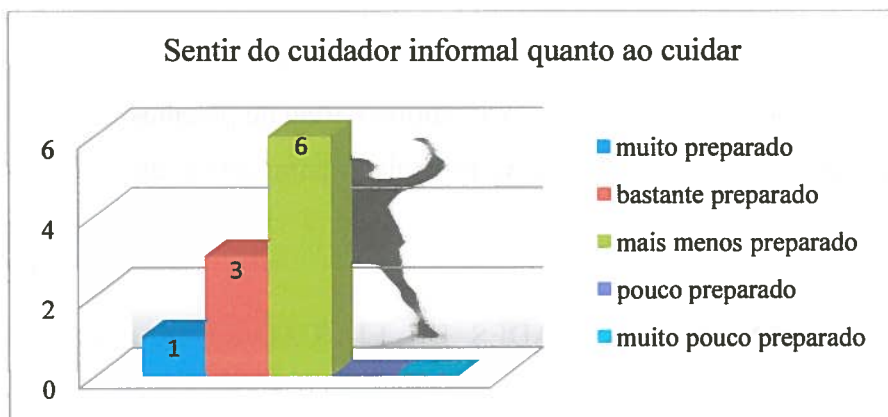
Neste sentido e na continuação do trabalho desenvolvido com os cuidadores informais da pessoa idosa dependente, procurou-se saber, qual o seu sentir quanto ao estar preparado para prestar cuidados à pessoa idosa dependente ou seja, se sente que tem conhecimentos e capacidades necessárias para cuidar.

Também porque a promoção dos cuidados no domicílio passa pelo incremento de uma política de intervenção comunitária em que os profissionais de saúde valorizam a educação em contexto domiciliário, é igualmente importante saber quais os cuidados que o cuidador informal tem mais dificuldade em prestar e gostaria de receber formação.

Sentir do cuidador informal, quanto ao estar preparado para prestar cuidados à pessoa idosa dependente

Das respostas obtidas dos cuidadores, pode-se verificar, que estes de uma forma geral sentem-se preparados para prestar cuidados à pessoa idosa dependente, tendo a opção “mais ou menos preparado” obtido a maioria das respostas.

Gráfico 14 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo o seu sentir quanto ao cuidar da pessoa idosa dependente



Também no estudo realizado por FERNANDES et al. (2008, URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009), verifica-se que quando os cuidadores avaliam a sua relação com o recetor de cuidados como tendo um forte vínculo de afeição, eles aceitam melhor a obrigação do cuidado. Além disso, esse tipo de relacionamento desperta no cuidador o desejo de prestar assistência ao idoso, não apenas devido seu compromisso como parente mas, por vontade.

Igualmente, no seu artigo, SWINBURNE, C. (2011, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9b2f0c3-412a-4219-bbd1-47b030ac4399%40sessionmgr10&vid=19&hid=19>) acrescenta que o cuidador está confiante e é capaz de lidar com o papel. No entanto, esse mesmo cuidador percebeu que cuidar de um familiar é diferente de um emprego, uma vez que estão presentes os laços afetivos.

Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar e gostaria de receber formação

A esta pergunta, os cuidadores informais podiam optar por mais que uma resposta.

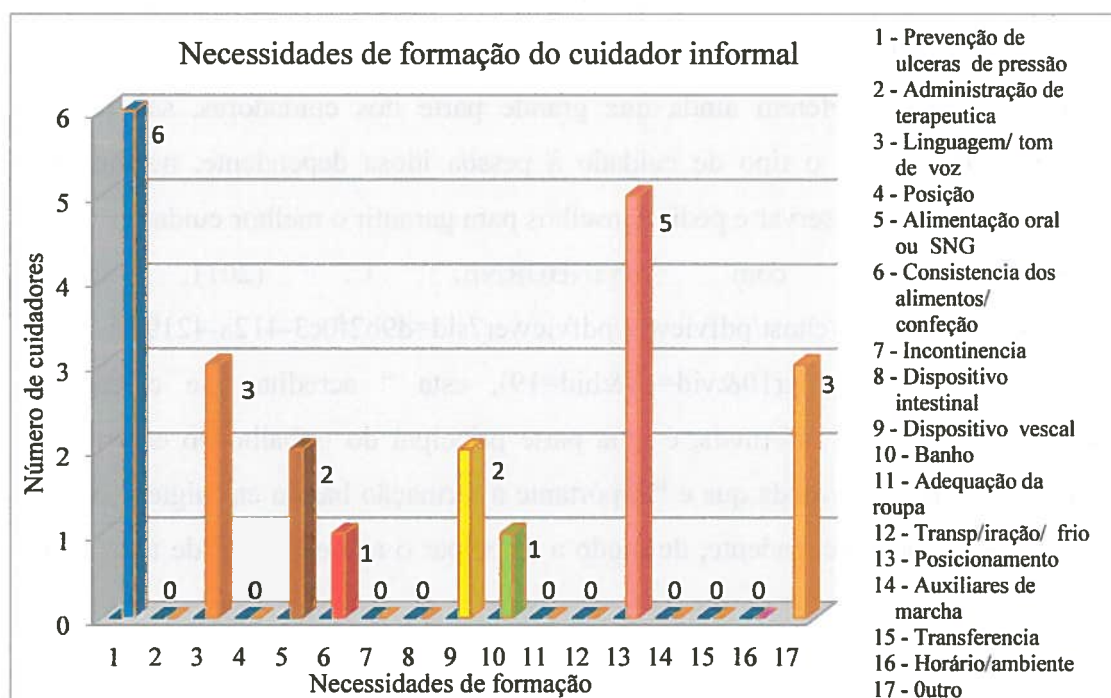
Como se pode verificar no gráfico 15 e apesar de se sentirem preparados para cuidar da pessoa idosa dependente, obteve-se um grande leque de respostas, o que mostra o interesse dos cuidadores pela sua formação.

O contacto direto com os cuidadores em contexto domicílio, isto é, no local da prestação de cuidados, permitiu uma experiência rica que facilitou um conhecimento mais completo das suas necessidades de educação e da forma como constroem diariamente o seu processo formativo para cuidar, bem como da sua perceção acerca do contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar.

Daqui resultou uma melhor compreensão das suas necessidades/dificuldades para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

É de realçar ainda que a prevenção de úlceras de pressão e o posicionamento da pessoa idosa, são a grande preocupação do cuidador, uma vez que foram as opções que obtiveram o maior número de resposta, seguindo-se a linguagem e o tom de voz a utilizar no ato de cuidar, sendo esta outra das opções que obteve um número importante de respostas.

Gráfico 15 – Distribuição dos cuidadores inquiridos segundo as suas necessidades de formação



Como referem ROCHA et al. (2008, URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>), a presença de imobilidade, instabilidade e incontinência, implicam prejuízos para a independência funcional da pessoa idosa, impedindo-a de satisfazer razoavelmente as necessidades da vida diária como a alimentação e a higiene.

Os familiares são os primeiros a reconhecer essas necessidades e a oferecer os cuidados básicos às pessoas idosas que se tornam dependentes.

“Uma grande dificuldade no processo de cuidar está em romper com os valores adquiridos desde a infância do cuidador: o pudor em invadir a privacidade e a intimidade do outro que é seu pai, a sua mãe, o sogro”, como afirmam ROCHA et al. (2008, URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>).

As atividades que necessitam de espaço físico são as que causam maior dificuldade para o cuidador porque, para cuidar de uma pessoa idosa dependente, é necessário ter condições físicas, espaço adequado e equipamentos que ajudam nas tarefas pesadas, como a locomoção, segundo os mesmos autores.

Ainda segundo ROCHA et al. (2008, URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>), a população investigada no seu estudo, estava receptiva a receber informações, melhorando seu conhecimento sobre o processo de cuidar, fazendo com que se alcance assim, um cuidado de maior qualidade para o idoso. Os cuidadores descreveram ainda que todo e qualquer tipo de informação intensificará e contribuirá para a prestação do melhor cuidado, sendo a necessidade de aquisição de orientações, sobre as doenças, os medicamentos, as dietas e os exercícios físicos, a sua prioridade.

Outros autores referem ainda que grande parte dos cuidadores, são pessoa capazes de realizar todo o tipo de cuidado à pessoa idosa dependente, no entanto, sentem necessidade de observar e pedir conselhos para garantir o melhor cuidado.

De acordo com SWINBURNE, C. (2011, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9b2f0c3-412a-4219-bbd1-47b030ac4399%40sessionmgr10&vid=19&hid=19>), esta “acredita que cuidar da educação dos cuidadores informais, é uma parte principal do trabalho do enfermeiro comunitário”. Acrescenta ainda que é “importante a formação básica em higiene, vestir e despir a pessoa idosa dependente, de modo a antecipar o aparecimento de úlceras de pressão”.

3.3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A partir da análise e interpretação dos dados obtidos através de questionários, foi possível identificar e caracterizar os cuidadores informais, bem como as suas necessidades no processo de cuidar da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Seguiu-se toda a preparação e agendamento de novas visitas às famílias, no sentido de organizar as sessões de educação para a saúde, bem como todo o material a utilizar nas mesmas.

Como referem BRERETON, CARROLL, BARNSTON, (2007, URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=27464195&lang=pt-br&site=ehost-live>). “grupos de apoio e visitas domiciliárias lideradas por enfermeiros de educação para a saúde, melhorou as habilidades dos prestadores de cuidados, tais como a auto-eficácia, e a sua confiança no conhecimento adquirido”

FINLAYSON et al. (2008, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=cdf2c5ef-5927-46cc-a8ee-84de837c2e08%40sessionmgr11&vid=1&hid=14&bdata=JnNpd GU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#>), acrescentam ainda que para tratar uma variedade de estilos de aprendizagem, e para manter as sessões interessantes, deve-se fazer uma combinação de estilos de comunicação, desde a escrita, a verbal, a visual e atividades vivenciais.

Neste sentido, e tendo em linha de conta as necessidades dos cuidadores informais que foram alvo de intervenção, foram elaborados documentos escritos – folhetos - para distribuição nas sessões com as famílias, de acordo com as necessidades identificadas, nomeadamente:

- ↳ Folheto “UCC de Ourém” (anexo VIII);
- ↳ Folheto “Como comunicar com pessoa afásica” (anexo IX);
- ↳ Folheto “Guia de orientação – cuidados com a sonda vesical” (anexo X);
- ↳ Folheto “Guia de orientação – Cuidados com a pessoa portadora de sonda nasogástrica” (anexo XI).

Antecipando cada sessão, foi elaborado um plano da mesma, de modo a estruturar a ações e orientado para os objetivos previamente determinados (anexo XII).

Como se referiu anteriormente, todas as ações foram desenvolvidas em contexto domiciliário, sendo a pessoa idosa dependente, muitas das vezes, o alvo de atenção e simultaneamente o desígnio para o cuidador explicar as suas dúvidas e dificuldades.

Mas vivesse num mundo em constante evolução e inovação, pelo que foram preparadas algumas sessões em suporte informático, recorrendo a um computador portátil na apresentação dessas sessões:

- ↳ Prevenção de úlceras de pressão (anexo XIII)
- ↳ Cuidados com a sonda vesical (anexo XIV)

De acordo com esta conceção e como estratégia de intervenção em contexto domiciliário, a fim de capacitar os participantes, FINLAYSON et al. (2008, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=cdf2c5ef-5927-46cc-a8ee-84de837c2e08%40sessionmgr11&vid=1&hid=14&bdata=JnNpd GU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#>), referem que, deve-se aplicar recursos concretos, de modo que os participantes os consultem ou utilizem no futuro (por exemplo, vídeo, listas de verificação).

No final de cada sessão e após esclarecidas as dúvidas, foi aplicado um questionário de satisfação aos cuidadores, tendo estes respondido de forma unânime, estarem “Muito Satisfeitos”, pelo trabalho realizado (anexo XV).

4 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A enfermagem nos últimos anos sofreu um progresso expressivo ao nível do conhecimento científico e da formação, ao nível tecnológico e da filosofia dos cuidados.

Os repositos que se colocam hoje aos enfermeiros, têm sobretudo a ver com a complexidade das situações de saúde e doença que exigem uma abordagem interdisciplinar, que vai para além da área da saúde e que obriga a um verdadeiro trabalho de equipa e à utilização da criatividade para contornar os obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua atividade profissional. No exercício orientado para a comunidade, o enfermeiro e o utente procuram em conjunto mudanças saudáveis que visem a promoção da saúde e prevenção da doença.

Neste contexto e perante o trabalho desenvolvido, ressalta a educação do cuidador informal. Esta requer um olhar cuidado daqueles que planeiam e executam ações educativas, uma vez que, o não conhecimento das reais necessidades do cuidador informal, leva a que os profissionais de saúde não ofereçam, aos mesmos, as orientações necessárias ao cuidado, de quem cuidam (FERNANDES et al. 2008, URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009).

Os enfermeiros que trabalham com e para a comunidade devem proporcionar igualmente atenção aos cuidadores, pois, embora se trate, ainda, de uma questão pouco estudada, o cuidador informal da pessoa idosa dependente, é igualmente idoso (FINLAYSON, GARCIA, PREISSNER (2008, URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=cdf2c5ef-5927-46cc-a8ee-84de837c2e08%40sessionmgr11&vid=1&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#>).

Este elemento presente no panorama assistencial, é uma realidade que não pode ser omissa pelos enfermeiros que trabalham na comunidade, pela família, nem pela sociedade em geral. A atenção e o apoio a estas pessoas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa dependente e do próprio cuidador.

Torna-se necessário que os enfermeiros pensem o tipo de abordagem a utilizar, as orientações e as estratégias a adotar para que ocorra uma maior interação entre o enfermeiro e o cuidador em contexto domiciliário.

Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao cuidador informal a interação nesse processo, segundo é colocá-lo em prática e terceiro fazer que se torne um novo hábito de vida/saúde para essa pessoa.

Há um grande desafio para os enfermeiros neste milênio: investir na educação para a saúde com o objetivo de promover cuidados de qualidade aos idosos dependentes e aos seus cuidadores em contexto domiciliário (SOUZA, et al. 2006, URL: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>).

O cuidador informal possui o conhecimento das suas necessidades e das necessidades físicas e emocionais da pessoa idosa dependente. Cabe aos enfermeiros, proporcionar e ser o elo de ligação com o cuidador de modo a adequar a educação para a saúde dos cuidadores, bem como para a manutenção da pessoa idosa dependente o maior tempo possível no seu contexto familiar, favorecendo a convivência com os seus, contribuindo ainda para a diminuição de riscos.

Considerando que a atividade de cuidar de uma pessoa idosa dependente é desgastante, é aconselhável que as famílias de uma forma mais abrangente sejam incentivadas a atuar juntamente com o cuidador, dividindo tarefas e procurando ministrar um clima de satisfação no ambiente familiar.

O enfermeiro especialista que presta cuidados, fruto do seu saber e experiência, adota o entendimento sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas nela existentes, bem como, tem a capacidade para responder de forma adequada às necessidades da pessoa idosa dependente, dos cuidadores e famílias, proporcionando ganhos em saúde.

No seu percurso de formação o enfermeiro adquire competências que lhe permitem participar nos processos de tomada de decisão dos principais problemas das famílias, assim como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação individual, familiar e comunitária.

PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização deste relatório, foi necessário adquirir um conhecimento prévio sobre o processo do envelhecimento e o papel do cuidador exercido a nível domiciliário.

O enquadramento teórico promoveu a compreensão sobre a atual situação em que se encontra a pessoa idosa dependente e o seu cuidador no contexto domiciliário, social, e cultural.

Com os dados obtidos, foi possível conhecer as principais necessidades de educação dos cuidadores, proporcionar essa educação, promovendo o cuidado integrado e qualificado para a pessoa idosa dependente. Esta integração é emergente, uma vez que esta população cresce progressivamente de forma significativa, facto esse, que afeta as políticas de saúde, exigindo maiores investimentos para acompanhar a procura que será crescente.

As conclusões que se retiram deste relatório emergem, dos objetivos propostos, do enquadramento teórico estruturador, da pergunta formulada e da análise e interpretação dos dados.

Dado tratar-se de um relatório, não se pode partir destas conclusões para a generalização de outros cuidadores de pessoas idosas dependentes, não devendo contudo, desacreditar-se a importância das mesmas, no contexto onde foi desenvolvido o estágio que conduziu a este relatório.

Assim, e com recurso à revisão sistemática da literatura, como fonte de informação científica, foram selecionados e analisados alguns artigos, para posterior fundamentação do trabalho desenvolvido durante o estágio na UCC de Ourem.

Pode-se então afirmar, que o perfil dos cuidadores vai de encontro ao perfil habitual encontrado nos diversos estudos consultados na área do cuidado informal, ou seja, são maioritariamente mulheres, com idade compreendida entre os 66 anos e os 85, casados, de uma forma geral possuem baixas habilitações literárias.

No que concerne à sua situação perante o trabalho, encontram-se reformados.

Todos os cuidadores, referiram cuidar da pessoa idosa dependente todos os dias, sendo o número de horas despendido para o cuidado variado, assim como, os anos de cuidado.

Relativamente à coabitação, concluiu-se que os cuidadores informais vivem sempre com a pessoa idosa dependente, tendo maioritariamente o grau de parentesco de marido/ mulher.

No que diz respeito à existência de outro cuidador informal, a maioria afirmou não ter, no entanto, responderam ter apoio de uma instituição para cuidar da pessoa idosa dependente.

Quanto ao estar preparado para prestar cuidados, apesar das várias opções de resposta, de uma forma geral, os cuidadores sentem-se preparados para prestar cuidados, tendo a opção “mais ou menos preparado” obtido a maioria das respostas.

Também aqui, os diversos estudos consultados comprovaram a realidade encontrada, uma vez que o cuidador sente-se capaz de cuidar do seu familiar idoso, podendo este sentimento de autoconfiança estar associado, por um lado à responsabilidade moral/obrigação pessoal por cuidar e ao afeto, manifestando simultaneamente um desejo de realizar a sua tarefa e, por outro lado, ao desconhecimento das suas próprias necessidades educativas.

Mas apesar de se sentirem preparados para cuidar, eles próprios são os primeiros a reconhecer que gostariam de receber formação em algumas áreas.

Seguiu-se toda a preparação e agendamento das visitas às famílias, no sentido de organizar as sessões de educação para a saúde, bem como todo o material a utilizar nas mesmas.

Nos processos educativos é importante a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de folhetos, vídeos, e atividades práticas com a família em contexto domiciliário.

Reforçar a conceção do papel do enfermeiro como educador e agente de transformação social, é necessária. Esta deve ser uma constante da atuação dos profissionais de enfermagem, visto que a educação para a saúde deve ser parte integrante do objetivo profissional, em especial, porque a interação entre os profissionais e os utentes, é uma constante do quotidiano.

Ao terminar este relatório, é ainda de referir, que o âmbito pessoal do cuidado informal e o limitar o cuidador ao espaço familiar têm determinado a sua invisibilidade.

Esta atividade fica, assim, desconetada de qualquer mecanismo de proteção social que a apoie e reforce. Parte-se do pressuposto de que, em geral, as famílias têm condições suficientes para cuidar da pessoa idosa dependente, e o que não pode ser provido pelos membros da família será resolvido por organismos de oferta de mercado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMARAL, M. F.; VICENTE, M. O. - Grau de dependência nos idosos. **Nursing**. Lisboa. Ano 13, nº 158 (2001) p. 8-14.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSICOGERONTOLOGIA. [em linha]. (2010) [Consult. em 2011-07-22]. URL: <http://www.app.com.pt/ano-europeu-do-envelhecimento-activo>

AUGUSTO, B. J. (2002). **Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar**. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.

BAILEY, A. - National Service Framework for older people: promoting health. **British Journal of Nursing**. Vol. 11. nº 7 (2002) P. 469-476.

BARBOSA, A., NETO, I.G. (2006). **Manual de cuidados paliativos**. 1ª ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

BENJUMEA, C. - Construir um mundo para el cuidado. Un estudio qualitativo de pacientes con demência. **Revista ROL de Enfermería**. Barcelona. 2004, Vol. 27, nº 12. p. 51-59.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). **Pessoas idosas. Uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7.

BOLANDER, V. B. - A doença como experiência. In **Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiologia**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. p. 451-472.

BOWLING; GRUND, E. (1997). Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. **Age and Aging**. Nº 26. P. 107-114.

BRERETON, CARROLL, BARNSTON - **Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review.** [Em linha]. (2007) [Consult. em 2011-07-22]. Disponível em WWW: URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=27464195&lang=pt-br&site=ehost-live>.

CALDAS, C.P - Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Revista de Enfermagem.** [Em linha]. Rio de Janeiro nº 2 (1995), Vol 3. Disponível em WWW: URL: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282002000200005&lng=pt&nrm=iso.

CALDAS, C. P. - Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública.** Vol. 19. Nº 3 (2003) p.773-781.

CHALIFOUR, Jaques (2008). **A intervenção terapêutica: fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.** Loures, Lusociência.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ ICNP), Versão Beta 2.** Lisboa. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001. 277p.

DECRETO-LEI nº 101/2006 "DR I Serie-A". 109 (2006-06-06) 3857

DECRETO-LEI nº 28/ 2008 "DR I Serie".38 (2008-02-22) 1182

DESPACHO nº 10143/2009. "DR II série", 74 (2009-04-16).

DOMINGO, Juan. (2006). **Geriatría e Gerontología: Atención Integral al Anciano.** Madrid: 9ª ed. Formacion Continuada Logos. S.L

FERNANDES, GARCIA - **Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes.** [Em linha]. (2008) [Consult. em 2011-08-30].

Disponível em WWW: URL:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009

FERNANDES, P. (2000). **A Depressão no Idoso**. Coimbra: Quarteto, 2ª edição.

FINLAYSON, GARCIA, PREISSNER- **Development of an educational programme for caregivers of people aging with multiple sclerosis**. [Em linha]. (2008) [Consult. em 2011-07-22]. Disponível em WWW: URL:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=cdf2c5ef-5927-46cc-a8ee-84de837c2e08%40sessionmgr11&vid=1&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#>.

FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – **O processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2.ª Edição

GONÇALVES, Albertina - O enfermeiro e a família: parceiros de cuidados? **Nursing**. Lisboa, nº151 (2001) p.11-17.

GRATÃO, A. C. M. - **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006. 89 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental.

HANSEN-KYLE, L. - A concept analysis of health aging. **Nursing Fórum**. Vol. 40. Nº 2. 2005. P. 45-57.

HANSON, S. M. H. (2005). **Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação**. Camarate, Lusociência.

HENNEZEL, Marie. (2006). **Morrer de olhos abertos**. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 188p. ISBN: 972-46-1682-7.

HESBEEN, W. (2003). **A Reabilitação – Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

IMAGINARIO, C. (2008). **O idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. (2011). [Em linha]. [Consult. 2011-06-13]. Disponível em WWW: «[URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)»

IRIGARAY, SCHNEIDER - O envelhecimento na actualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. [Em linha]. Estudos de Psicologia (Campinas). (2008) [Consult. 2011-06-13]. Disponível em WWW: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2008000400013.

LAGE, Isabel. - Saúde do idoso - Aproximação do seu estado de saúde. **Nursing**. Lisboa. Ano16, nº 195 (2005) p. 6-12.

LAGE, Isabel - Questões de género e cuidados familiares a idosos. **Nursing**. Lisboa. Ano 17, nº 217 (2007) p. 40-43.

LAGE, Isabel - **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007. 469f. Dissertação Doutoramento.

LAZURE, H. (1994). **Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa. Lusodidacta.

LIFE EXPECTANCY AT BIRTH, BY GENDER [Em linha]. 2011. [Consult em 2011-06-06]. Disponível em WWW: URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tps00025&language=en> .

LOPES A.; FRACOLLI A.- Revisão sistemática de literatura e metassíntese Qualitativa: considerações sobre sua aplicação na Pesquisa em enfermagem - **Texto & Contexto enfermagem**. [Em linha] vol. 17, nº 4 (2008). p. 771-778. Brasil:

Universidade Federal Santa Catarina. [Consult. em 2011-09-10]. Disponível em WWW: URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71411240019>.

MARTINS, Josiane et al.- **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto contexto enfermagem. [Em linha] vol.16, n.º.2 (2007). p. 254-262. ISSN 0104-0707.[Consult. em 2011-08-30]. Disponível em: WWW: URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=pt&nrm=iso.

MARTINS, R. M. L. - Envelhecimento e políticas sociais. **Millenium – Revista do ISPV**. [Em linha] n.º 32 (2006) [Consult. em 2011-06-01]. Disponível em: WWW: URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32>.

MEIRELES, Ana – **Envelhecimento activo da pessoa idosa – Portal da Saúde**. [Em linha]. 2008. [Consult. em 2011-07-27]. Disponível em WWW: «URL: http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso_CMeireles.htm».

MONIZ, José Manuel Nunes - **A Enfermagem e a pessoa idosa – contributos da prestação de cuidados para formação em Enfermagem**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2001. Dissertação de mestrado.

MOREIRA, I. M. P. B. (2001). **O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

NERI (2005) citado por IRIGARAY e SCHNEIDER (2008; URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013

NEUMAN, B. (1995). **The Neuman Systems Model**. Stamford: Lance

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Autor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Estatuto da OE. Código Deontológico do Enfermeiro.** Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional.** Conselho de Enfermagem. Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.** Regulamento n.º 128/2011. Lisboa: Autor

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca.** [Em linha] 2008 [consult. em 2011/10/10] Disponível em <URL: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Envelhecimento activo: uma política de saúde.** [Em linha] 2008 [Consult. 2011-10-09]. Disponível em <URL: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>.

PALMA, E. M. C. - Enfermagem Agora A família com idosos dependentes - Que expectativas? **Enfermagem.** Lisboa (1999) Nº 15, 2ª série., pp. 27-40.

PAÚL, C. (1997). **Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente.** Coimbra, Almedina.

PAVARINI, Sofia. NERI, Anita. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In Duarte; Diogo. **Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu.

PETRONILHO, Fernando - A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura - **Revista Investigação.** nº 21 (2010) p. 5.

PIMENTEL, Luisa (2005). **O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias.**

Coimbra, Quarteto Editora. 2.^a Edição.

PORTAL DO ENVELHECIMENTO [Em linha]. 2011. [Consult. em 2011-06-20]. Disponível em WWW: URL: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/saiunamidia/Geral/noticia_187.htm».

PORTUGAL. Direcção geral de saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: DGS, 2006. 24p. ISBN 972-675-155-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Os mais velhos: relatório de actividades**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN 972-675-110-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - **Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Saúde Pessoas idosas**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2004.

POTTER, Patrícia; PERRY, Griffin (2005). **Fundamentos de enfermagem**. (6^a ed.). Mosby Elsevier.

RELVAS, A. P. (1996). **O ciclo vital da família, perspectiva sistémica**. Porto, Edições Afrontamento.

RICE, Robyn. (2004). **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários**. Loures, Lusociência. 579p

ROCHA, VIEIRA, SENA - **Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos**. [Em linha]. (2008) [Consult. em 2011-08-30]. Disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>

RODRIGUES, V. M. C. P. - Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. nº 59 (2005) p. 47-51.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. (2001). **O Modelo de Enfermagem – Roper – Logan – Tierney**. Climepsi: Editores, 200p. ISBN: 972-796-013-8.

SANTOS C.; PIMENTA C.; MOACYR R - A estratégia pico para a construção da pergunta: De pesquisa e busca de evidências - **Rev Latino-am Enfermagem** [Em linha]. 15(3) (2007) [Consult. em 2011-09-01]. Disponível em WWW: URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf.

SANTOS, M. I. S. - **Os Cuidadores informais dos dependentes em casa**. Lisboa: Universidade Aberta, 2006. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

SAÚDE PÚBLICA- **Organização dos sistemas de saúde**. [Em linha]. (2011). [Consult. em 2011-07-22]. URL: http://ec.europa.eu/health/healthcare/health_systems_organisation/index_pt.htm

SEQUEIRA Carlos. (2007). **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto editor, 310p. ISBN: 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA Carlos. **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Coimbra: Quarteto Editora, 388p. ISBN 978-972-757-717-0

SOUZA, PACHECO, MARTINS, BARRA, NASCIMENTO - Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. **Arquivos Catarinenses de Medicina** [Em linha]. Vol. 35, nº 4 (2006) [Consult. em 2011-08-30]. Disponível em WWW: URL: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>

STANHOPE, M. ; LANCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972 -8385-05-3.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE. **Plano de Acção.** 2009. Acessível no Aces Serra D'Aire, Centro de Saúde de Ourém, UCC de Ourém, Portugal.

127. The following are the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the shortage of housing in the city of New York.

Mr. J. Edgar Hoover, Chairman
Mr. J. P. Morgan, Jr., Vice Chairman
Mr. J. B. Connelley, Secretary

ANEXOS

ANEXO I

Projeto de estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITARIA
UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO E RELATÓRIO

Projecto de Estágio

TRABALHO ELABORADO POR

Luísa Martins nº 090431001

OUREM

DEZEMBRO/ 2010



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITARIA
UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO E RELATÓRIO



Professora Orientadora: Fátima Saragoila
Enfermeira Cooperante: Fátima Lopes

OUREM
DEZEMBRO/ 2010

“Os dias Prósperos não vêm por acaso.

Nascem de muita fadiga e muitos intervalos de desalento.”

Camilo Castelo Branco

SIGLAS/ABREVIATURAS

Enf. – Enfermeira

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

P. – Página

Prof. – Professora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visita domiciliária

INDICE	p.
INTRODUÇÃO	7
1 - FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO	10
2 - POPULAÇÃO ALVO	13
3 – PLANO DE ACTIVIDADES	14
4 – AVALIAÇÃO DO PROJECTO	16
5 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	17
6 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

INDICE DE FIGURAS

p.

FIGURA 1 - Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995), adaptado ao projecto 12

INTRODUÇÃO

O Projecto de Estágio integra a Unidade Curricular Estágio e Relatório, integrada no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2º ano, 1º semestre, que decorre em contextos de cuidados de saúde, especificamente, no Centro de Saúde de Ourém, Unidade de Cuidados na Comunidade.

Nos últimos anos assiste-se a uma organização dos cuidados de saúde e à convicção de que aos cuidados de saúde na comunidade, correspondem maiores ganhos em saúde, gerando novas necessidades de cuidados de saúde, principalmente cuidados de enfermagem às pessoas dependentes, apoiando-se no facto de uma reorganização dos cuidados para e na comunidade.

É fundamental que os serviços de saúde e os seus profissionais, em particular os enfermeiros, sejam capazes de dar resposta às complexas e crescentes necessidades das pessoas com diferentes níveis de dependência, promovendo e/ ou aumentando a sua qualidade de vida e das suas famílias.

Com a reestruturação funcional e organizacional dos centros de saúde, cabe à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “ (...) prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (...)” (DESPACHO nº 10143/2009).

A UCC de Ourém, desenvolve as suas actividades suportada por uma carteira de serviços. Esta, actua em diversas áreas, na qual comporta a intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores, tendo por base as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (2004-2010), alguns programas/ projectos/ actividades de âmbito comunitário já em curso no Centro de Saúde e outros que a equipa perspectivou, com a convicção que ganhariam melhor qualidade com outro tipo de organização, repercutindo uma maior oferta de serviços (UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE. Plano de Acção, 2009).

Neste sentido, pretende-se desenvolver um projecto de estágio que vá ao encontro das necessidades da UCC de Ourém e em simultâneo dê resposta ao diagnóstico de necessidades de saúde da população idosa, anteriormente concluído e em

simultâneo, uma maior proximidade junto da população, na actual área geográfica de abrangência.

Sendo uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projectos de saúde na comunidade, será de priorizar toda a intervenção junto dos mesmos, com o objectivo de dar resposta às suas necessidades, assegurando o acesso a cuidados de saúde de forma continuada e ajustada às reais necessidades da comunidade (OE, 2009, p.27-29). Neste sentido projecta-se trabalhar com a pessoa alvo de cuidados de enfermagem e a família cuidadora, no sentido de lhes mostrar o campo autónomo dos enfermeiros como profissionais de saúde.

O Enfermeiro é um dos pilares fundamentais na equipa de saúde, pois tem competências para promover, educar, e ajudar a gerir os recursos não só do indivíduo alvo de cuidados, mas também da família e comunidade.

Partindo dos objectivos de estágio:

- ≈ Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- ≈ Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- ≈ Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar;

definiu-se o seguinte **objectivo geral**:

- ↳ Desenvolver um projecto de estágio que vá ao encontro das necessidades da UCC de Ourém e contribua para o processo de capacitação do cuidador informal, em contexto domiciliário, de pessoa idosa dependente, no processo de cuidar.

Como **objectivos específicos**

- ✓ Elaborar o projecto de estágio;
- ✓ Desenvolver estratégias de intervenção comunitária que capacitem a pessoa dependente e cuidador informal para o processo de cuidar em ambiente domiciliário;
- ✓ Melhorar a aquisição de competências e conhecimentos na pessoa alvo de cuidados/ cuidador informal;
- ✓ Utilizar técnicas de comunicação que possibilitem o trabalho com a pessoa alvo de cuidados/cuidador informal;

- ✓ Elaborar um relatório de estágio enquadrando e fundamentando a prática do cuidar, com recurso à metodologia científica e revisão sistemática.

1 - FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO

Este projecto, surge da necessidade de dar resposta ao que está preconizado no plano de estudos do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Preconiza-se o seu desenvolvimento em UCC e/ou USP de modo a adquirir competências em cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária, em diferentes contextos da comunidade e diferentes situações de saúde e/ou risco.

Assim, pretende-se o desenvolvimento do projecto de estágio na UCC de Ourém, integrando a sua equipa, de acordo com o projecto em desenvolvimento e em simultâneo ir ao encontro das necessidades da UCC de Ourém.

Neste sentido e tendo em linha de conta as modificações do padrão epidemiológico, da estrutura e dos comportamentos sócio-familiares da sociedade portuguesa, estabelecem-se novas necessidades em saúde que conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de pessoas para os quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, urge organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, muito diferente do modelo de intervenção na doença aguda (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2007).

Estas situações, pela sua duração e complexidade, têm inevitavelmente repercussões nos gastos com os cuidados de saúde e sociais, mas também, e de forma marcada, nos familiares, pelo que importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

Os cuidados no domicílio surgem então como o local privilegiado para a prestação dos mesmos, aos doentes crónicos, nomeadamente aos mais dependentes e/ou em fase avançada de doenças graves e incuráveis. Com a reforma implementada nos cuidados de saúde primários, através a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o paradigma mudou.

A RNCCI, que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde

e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

São objectivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da sua idade e sexo, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (DECRETO-LEI nº 101/2006).

Passou-se de uma visão de Cuidados Domiciliários para Cuidados Continuados Integrados, muito mais abrangente. Neste modelo conceptual, a recuperação da autonomia da pessoa em situação de dependência, baseia-se não só na continuidade de cuidados, mas também na articulação de toda uma rede de apoio.

Tendo como missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica, cabe às Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), dar resposta às suas necessidades e em simultâneo promover uma maior proximidade junto da população contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, promovendo a qualidade de vida das pessoas dependentes e da família cuidadora, bem como o comportamento de procura de saúde por parte dos mesmos.

A experiência de assumir a responsabilidade por pessoas dependentes tem sido colocada pelas famílias cuidadores como uma tarefa cansativa e stressante, pelo envolvimento afectivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência.

Cabe assim, ao enfermeiro especialista em Enfermagem na Comunidade, capacitar as pessoas dependentes e famílias, para a saúde, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, melhorar a utilização dos serviços que lhe são oferecidos e a qualidade dos mesmos.

Nesta perspectiva, o Modelo Sistémico de Neuman, apresenta o cliente (ser humano, família, grupo, comunidade ou problema social) como um sistema relacionado com seu meio, sofrendo as suas influências, adaptando-se e sendo adaptado em função das fontes de stress (NEUMAN, 1995).

A intervenção em saúde na comunidade deve orientar-se, cada vez mais, para a capacitação da população a viver com as fontes de stress, de modo a conseguir restabelecer um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de danos causado pela exposição ao risco.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade deve investir na competência das pessoas para se tornarem agentes activos, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário.

Assim, no Modelo Sistémico de Neuman, a promoção da saúde torna-se uma finalidade específica das acções de enfermagem, onde se inclui a educação e mobilização de recursos para apoiar as linhas de defesa e aumentar a resistência do cliente.

Como exemplo, apresenta-se em seguida uma figura adaptada do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995).

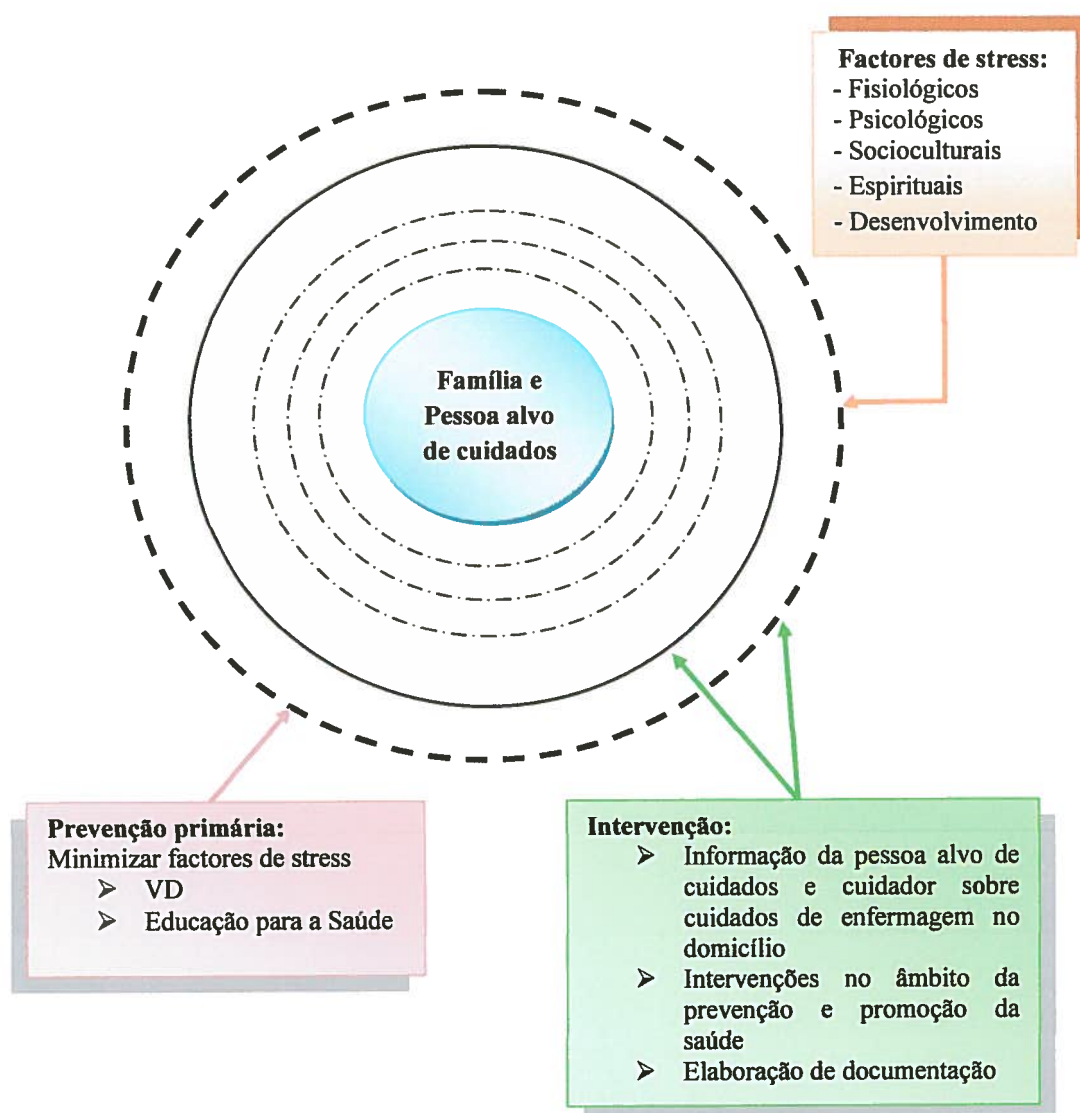


Figura 1 - Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995), adaptado ao projecto

2 - POPULAÇÃO ALVO

Definiu-se como população alvo, os utentes inscritos e residentes na área geográfica de abrangência do Centro de Saúde de Ourém, num total de 10 utentes e respectivos cuidadores.

Como critérios de inclusão definiu-se:

- Os utentes residentes na freguesia de Nossa Senhora da Piedade, num total de 6712 pessoas a que correspondem 2439 famílias (INE - Censo 2001);
- Utentes referenciados à ECCI de Ourém e que necessitem de cuidados de enfermagem no domicílio;
- Utentes com cuidador informal, independentemente da idade do cuidador;
- Utentes referenciados à UCC no período de 3 de Dezembro de 2010 a 3 de Fevereiro de 2011.



3 – PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivo Geral:

Desenvolver um projecto de estágio que vá ao encontro das necessidades da UCC de Ourém e contribua para o processo de capacitação do cuidador informal, em contexto domiciliário, de pessoa idosa dependente, no processo de cuidar.

Objectivo Especifico	Actividades	Quando
Elaborar o projecto de estágio.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação referente à UCC (Plano de Acção); - Reunião com a Enf. coordenadora da UCC para validação do objectivo do projecto de estágio; - Elaboração do projecto; - Apresentação do projecto à equipa da UCC e integração na equipa; - Realização de reuniões com a enfermeira cooperante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiras 3 semanas de estágio - Da 3ª à 5ª semana de estágio - Mensalmente
Desenvolver estratégias de intervenção comunitária que capacitem a pessoa dependente e cuidador informal para o processo de cuidar em ambiente domiciliário.	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentação teórica recorrendo a base de dados científica de acordo com as necessidades sentidas no decorrer do estágio; - Realização de visita domiciliária com a equipa da ECCI; - Informação da pessoa alvo de cuidados e cuidador sobre cuidados de enfermagem no domicílio; 	<ul style="list-style-type: none"> - Da 4ª à 15ª semana - Da 6ª à 14ª semana

	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a equipa de enfermagem no sentido de validar a informação; - Elaboração de documento explicativo sobre os recursos existentes na UCC, nomeadamente em cuidados de enfermagem e outros e o seu campo de actuação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mensalmente - Da 5ª à 14ª semana
Melhorar a aquisição de competências e conhecimentos na pessoa alvo de cuidados/ cuidador informal.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração e aplicação de questionário, a fim de caracterizar o cuidador informal e identificar as suas necessidades de formação; - Intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde, junto da pessoa alvo de cuidados e cuidador, de acordo com as necessidades identificadas; - Validação do trabalho desenvolvido com a pessoa alvo de cuidados e cuidador através da aplicação de um questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da 6ª à 11ª semana - Da 7ª à 13ª semana - Da 12ª à 14ª semana
Utilizar técnicas de comunicação que possibilitem o trabalho com a pessoa alvo de cuidados/cuidador informal.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de sessões de educação para a saúde no domicílio e de acordo com as necessidades identificadas; - Elaboração de documentos orientadores para os cuidadores (folhetos informativos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Da 7ª à 12ª semana - Da 7ª à 13ª semana
Elaborar um relatório de estágio enquadrando e fundamentando a prática do cuidar, com recurso à metodologia científica e revisão sistemática.	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica em base de dados científica de acordo com as necessidades sentidas no decorrer do estágio; - Reunião com o Prof. Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da 12ª até ao final do estágio - Bimensal

4 – AVALIAÇÃO DO PROJECTO

A avaliação é um campo conceptualmente divulgado. De facto, quer a bibliografia académica quer a legislação sobre a avaliação, confronta-nos com termos como “conhecimentos”, “conteúdos”, “competências”, “capacidades”, “aquisições”, “destrezas”, “habilidades”, “atitudes”, “comportamentos”, etc., sem que sejam claras as fronteiras e as correlações existentes entre eles.

Isto sugere, que os conteúdos constituem o pano de fundo a partir do qual se adquirem conhecimentos, mas também se desenvolvem competências, sendo ambos potencialmente avaliados.

Neste projecto, não se pretende unicamente avaliar os conhecimentos e competências adquiridas pelos prestadores de cuidados, mas sim o seu grau de satisfação, face ao trabalho desenvolvido com os mesmos. Para isso, pretende-se aplicar um questionário de satisfação, no final de cada sessão de educação para a saúde.

Uma outra forma de avaliar um projecto, é através de indicadores.

Neste sentido apresenta-se em quadro, os indicadores estabelecidos, para o projecto e a sua execução.

Quadro 1 – Indicadores do projecto

INDICADOR	
Nome	
A	% de visitas domiciliárias realizadas
B	% de questionários respondidos, a fim de caracterizar o cuidador informal e identificar as suas necessidades de formação
C	% de sessões de educação para a saúde realizadas no domicílio

Execução do Indicador

A - N° de visitas domiciliárias realizadas/ N° de visitas domiciliárias programadas X100

B - N° de questionários respondidos/ N° de questionários aplicados X 100

C - N° de sessões de educação para a saúde realizadas no domicílio/ N° de sessões de educação para a saúde programadas X 100

5 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA															
Actividade	Mês														
	Dezembro			Janeiro					Fevereiro				Março		
	29 3	6 10	13 17	3 7	10 14	17 21	24 28	31 4	7 11	14 18	21 25	28 4	7 11	14 18	21 25
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															

Legenda:

Actividades

- 1-Consulta de documentação referente à UCC (Plano de Acção)
- 2- Reunião com a Enf. coordenadora da UCC para validação do objectivo do projecto de estágio
- 3- Elaboração do projecto
- 4- Apresentação do projecto à equipa da UCC e integração na equipa
- 5- Realização de reuniões com a enfermeira cooperante
- 6-Fundamentação teórica recorrendo a base de dados científica de acordo com as necessidades sentidas no decorrer do estágio
- 7- Realização de visita domiciliária com a equipa da ECCI
- 8- Informação da pessoa alvo de cuidados e cuidador sobre cuidados de enfermagem no domicilio
- 9- Reunião com a equipa de enfermagem no sentido de validar a informação
- 10- Elaboração de documento explicativo sobre os recursos existentes na UCC, nomeadamente em cuidados de enfermagem e outros e o seu campo de actuação
- 11-Elaboração e aplicação de questionário, a fim de caracterizar o cuidador informal e identificar as suas necessidades de formação
- 12- Intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde, junto da pessoa alvo de cuidados e cuidador, de acordo com as necessidades identificadas
- 13- Validação do trabalho desenvolvido com a pessoa alvo de cuidados e cuidador através da aplicação de um questionário
- 14- Elaboração de sessões de educação para a saúde no domicilio e de acordo com as necessidades identificadas
- 15- Elaboração de documentos orientadores para os cuidadores (folhetos informativos)
- 16- Pesquisa bibliográfica em base de dados científica de acordo com as necessidades sentidas no decorrer do estágio
- 17- Reunião com o Prof. Orientador

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DECRETO-LEI nº 101/2006 "DR I Série". 109 (2006-06-06) 3857
- DESPACHO nº 10143/2009. "D.R. II Série", 74 (2009-04-16)
- FERNANDES, M., GARCIA, Telma Ribeiro -Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, Revista Brasileira Enfermagem, Brasília 2009. [consultado em 05-12-2010]. Disponível em <http://www.scielo.org/php/index.php>
- Fundação Universidade do Tocantins [em linha]. Palmas: UNITINS. [consultado em 2010-11-26]. Disponível em [www: URL: http://unitins.br/servicosocial/arquivos/estagio/anexoVII.pdf](http://www.unitins.br/servicosocial/arquivos/estagio/anexoVII.pdf)
- NEUMAN, B. (1995) - **The Neuman Systems Model**. Stamford: Lance.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem. Dezembro, 2009
- PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde; Sociedade Portuguesa Diabetologia – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. ISBN 972-675-109-8. Lisboa: Ministério da Saúde. 2004.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - **Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.
- STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Loures: Lusociência. ISBN 9789728383053.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE. **Plano de Acção** – 2009. Acessível no Aces Serra D’Aire, Centro de Saúde de Ourém, UCC de Ourém, Portugal.

ANEXO II

Consentimento do autor do instrumento de colheita de dados

Cara colega

Satisfaz-me saber que pretende utilizar parcialmente o questionário geral construído por mim. Pode fazê-lo.

Cumprimentos

Isabel Lage

-----Mensagem original-----

De: nabo@iol.pt [mailto:nabo@iol.pt]

Enviada: quarta-feira, 19 de Janeiro de 2011 22:35

Para: ilage@ese.uminho.pt

Assunto:

Exma Sra Prof Doutora Isabel Lage

Sou enfermeira na USF CampuSaude da Golegã e frequento o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Santarem.

Após alguma pesquisa, consultei a sua dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, pelo que solicito a sua autorização para utilizar o instrumento de colheita de dados (não integralmente, mas parte do questionário geral) no estudo que estou a desenvolver, no contexto da Unidade Curricular Estágio e Reletório.

O tema do meu trabalho é "As capacidades do cuidador informal de pessoa dependente no processo de cuidar".

Agradeço desde já a sua disponibilidade e atenção.

Luisa Martins

COFIDIS Maxicredito. Até' €10.000 sem burocracias. Resposta on-line!

Clique aqui para saber mais <http://www.iol.pt/correio/rodape.php?dst=0802273>

ANEXO III

Instrumento de colheita de dados



FORMULÁRIO

Este questionário é composto por um conjunto de questões, às quais solicito que responda com a maior precisão possível.

De 1 a 14 tem apenas **uma** opção de resposta. À pergunta 15, pode responder a **várias opções** em simultâneo.

Vou ler-lhe as questões, uma a uma. Caso tenha dúvidas, solicite os esclarecimentos que entender necessários.

1 - Sexo: Masculino _ Feminino _

2 - Idade: ____ anos

3 – Estado civil:

- Solteiro(a) _

- Casado(a). _

- Viúvo(a)..... _

- Divorciado(a) / Separado(a) _

- União de facto..... _

4 – Escolaridade:

- Não sabe ler e escrever _

- Sabe ler e escrever _

- Ensino Primário _

- Ensino Preparatório _

- Ensino Secundário _

- Curso Médio _

- Curso Superior _

- Outra. Qual? _____

5 – Qual é a sua situação perante o trabalho?

- Empregado(a) _
- Desempregado(a)..... _
- Doméstica (o) _
- Reformado(a)..... _
- Outra situação. Qual? _____

6 – O facto de cuidar desta pessoa teve consequências no seu trabalho e realização profissional, ao ponto de:

- Ter de adaptar o seu horário de trabalho..... _
- Ter de abandonar o trabalho..... _
- Ter de interromper a carreira profissional..... _
- Outras consequências. Especificar: _____

7 - Cuida desta pessoa:

- Todos os dias..... _
- Só em alguns períodos (ex. durante o Inverno) _
- Só em certas ocasiões (ex. quando está doente) _
- Aos “meses” (ex. a pessoa roda pela casa de diferentes familiares) _
- De outra forma. Especificar _____

8 - Quantas horas gasta por dia, aproximadamente, a cuidar desta pessoa?

- Menos de 1 hora _
- De 1 a 2 horas _
- De 2 a 3 horas _
- De 3 a 5 horas _
- Mais de 5 horas..... _

9 - Há quanto tempo cuida desta pessoa?

- Entre 1 e 2 anos _
- Entre 3 e 5 anos _
- Entre 6 e 10 anos _
- Mais de 10 anos _

10 - A pessoa de quem cuida:

- Vive sempre consigo....._
- Vive por períodos consigo na sua casa....._
- Vive por períodos consigo na casa dela....._
- Não vive consigo_

11 – Que parentesco tem com a pessoa de quem cuida?

- Marido/mulher ou companheiro/companheira_
- Filho/filha_
- Neto/neta....._
- Nora/genro....._
- Irmão/irmã_
- Amigo/amiga_
- Vizinho/vizinha_
- Outro. Especificar _____

12 - Existe outro cuidador para além de si?

- Sim....._
- Não_

13 – Recebe apoio de alguma instituição para o ajudar a cuidar desta pessoa?

- Sim....._
- Não_

14- Em que medida se sente ou não preparado(a) para prestar cuidados a esta pessoa (ou seja: sente que tem os conhecimentos e as capacidades necessárias para cuidar)?

- Muito preparado(a)_
- Bastante preparado(a)_
- Mais ou menos preparada)_
- Pouco preparado(a)_
- Muito pouco preparado(a)_

15 - Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar e gostaria de receber formação?

- Manter ambiente seguro

- prevenção de úlceras de pressão_
- administração de terapêutica e seu armazenamento)....._

- Comunicar

- linguagem ,tom de voz....._

- Respirar

- posição....._

- Comer e Beber

- alimentação oral ou por sonda....._
- consistência dos alimentos, confecção....._

- Eliminar

- incontinência_
- dispositivo intestinal (colostomia)_
- dispositivo vesical (algália)_

- Higiene Pessoal e Vestir

- banho na cama ou no WC_
- adequação da roupa_

- Manter a da temperatura corporal

- transpiração, frio_

- Mobilizar

- posicionamento, dispositivos de auxilio ao posicionamento_
- auxiliares de marcha_
- transferência....._

- Dormir

- horário, ambiente_

- Outro. Especificar _____

Para terminar, gostaria de lhe perguntar se tem algum **comentário** a fazer, ou alguma **sugestão** que queira acrescentar.



Muito obrigada pela sua colaboração.

Tempo esperado de resposta: 15 minutos.

ANEXO IV

Declaração de consentimento Informado



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular Estágio e Relatório

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro participante

Luisa Martins, aluna do 1º Curso de Mestrado em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, pretende realizar um trabalho sobre “As capacidades do cuidador informal de pessoa dependente no processo de cuidar”, para o que pede a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, que tem como objectivo: Avaliar as necessidades de formação do cuidador informal que cuida de pessoa dependente no domicílio.

Este trabalho é muito importante, porque visa melhorar os conhecimentos relacionados com os cuidados às pessoas dependentes e seus cuidadores, podendo vir a contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A sua participação no trabalho não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a sua colaboração no preenchimento do questionário de recolha de dados.

Os dados serão sujeitos a absoluta confidencialidade e garantido o anonimato.

A sua participação no trabalho é voluntária, podendo cessar a sua colaboração a qualquer momento.

Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no trabalho depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a).

Muito obrigado pela sua colaboração

Declaro que compreendi tudo quanto me foi explicado e que estou consciente da minha participação no trabalho.

Ourém, de de 2011

O participante _____

ANEXO V

Pergunta de investigação/ critérios de inclusão e exclusão

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO:

“Quais as necessidades de educação do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário?”

Critérios para a formulação da pergunta PI [C] O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Cuidador Informal	<i>Palavras-chave:</i> <i>Caregivers</i> <i>Home Care services</i> <i>Health education</i>
I	Intervenções	O que foi feito?	Visita domiciliária	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Necessidades de educação	

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA PESQUISA

Critérios de inclusão:

- ✓ Artigos em língua inglesa e portuguesa, com resumo disponível e texto completo em Portable Document Format (PDF);
- ✓ Limitada a faixa etária para idade igual ou superior a sessenta e cinco anos;
- ✓ Artigos centralizados na temática das necessidades de educação do cuidador informal, de forma a ilustrar o contributo da enfermagem comunitária nesta temática;
- ✓ Um dos autores do artigo ser enfermeiro e existência de evidência científica;
- ✓ O espaço temporal ser compreendido de 2006 a 2011, inclusive.

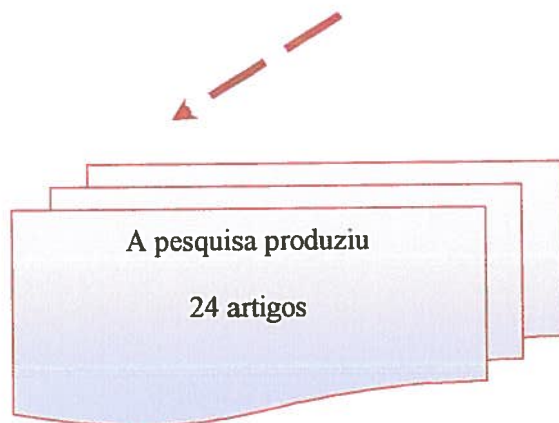
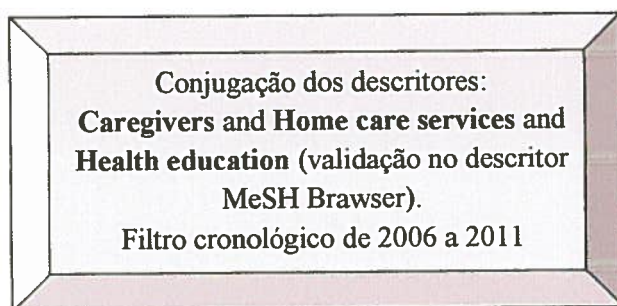
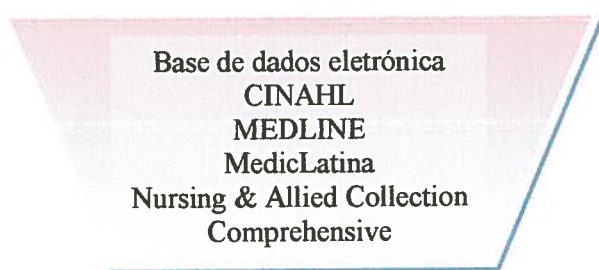
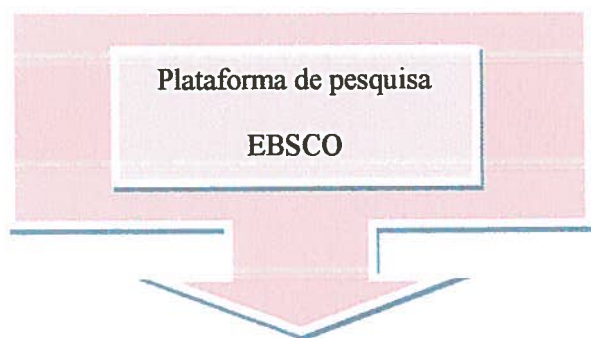
Critérios de exclusão:

- ✓ Artigos de menor evidência científica;
 - ✓ Data anterior a 2006;
 - ✓ Artigos centralizados em contextos profissionais dispares do pretendido.
-

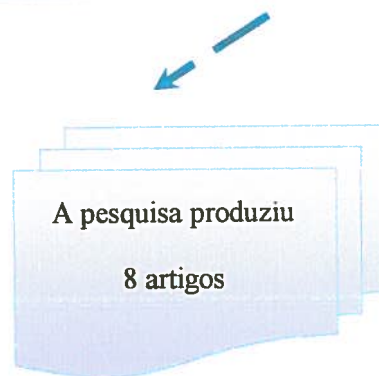
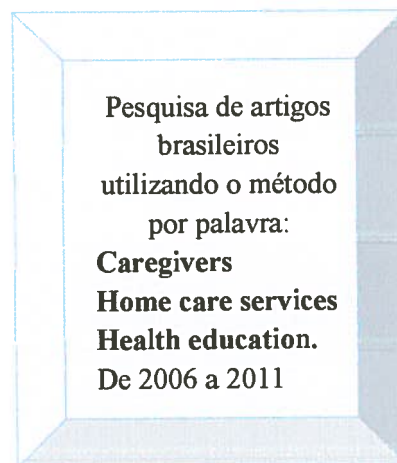
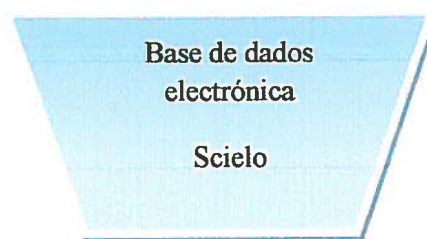
ANEXO VI

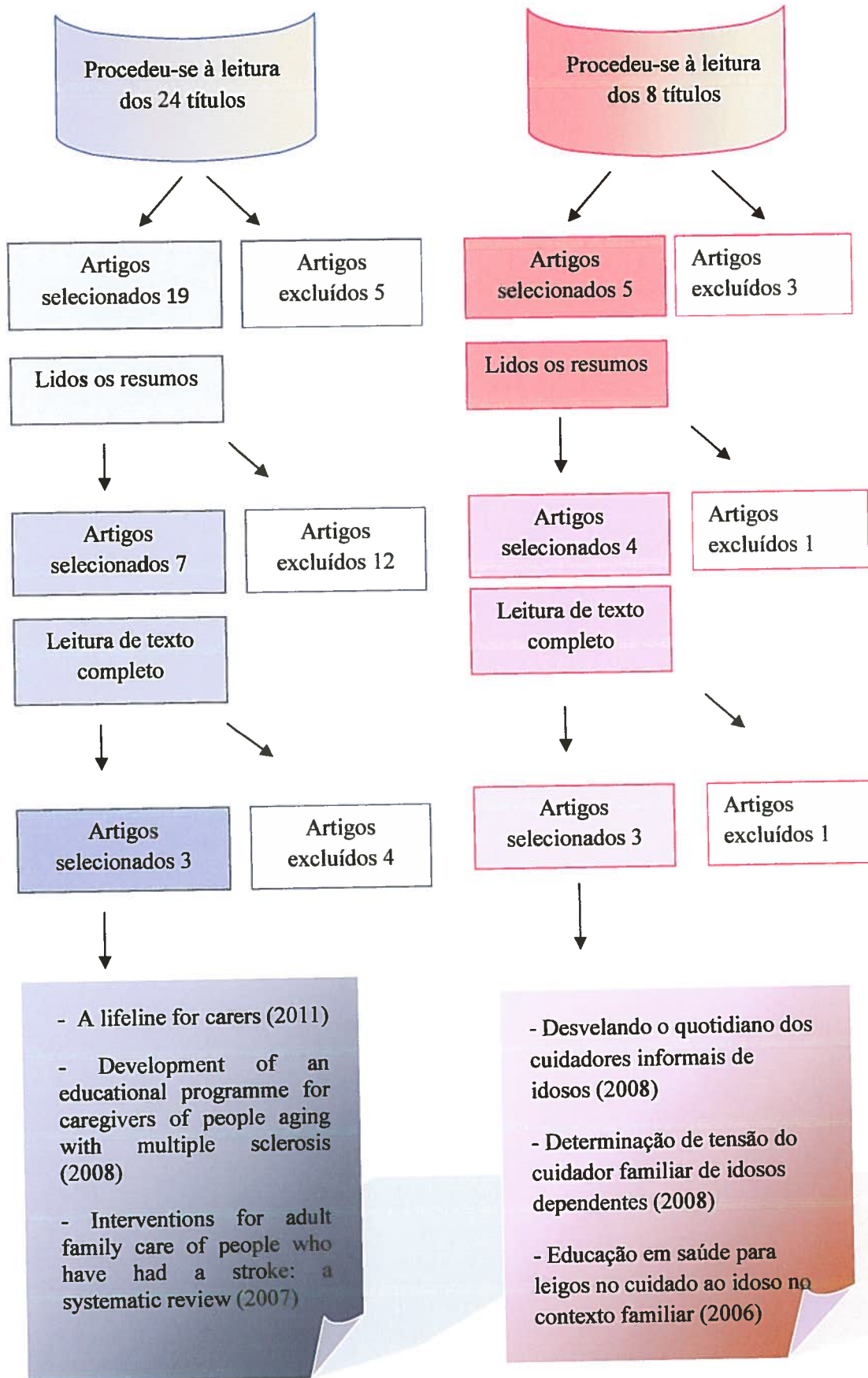
Estratégia de pesquisa dos artigos

Pesquisa a 22 – 07 - 2011



Pesquisa a 30-08-2011





- A lifeline for carers (2011)
- Development of an educational programme for caregivers of people aging with multiple sclerosis (2008)
- Interventions for adult family care of people who have had a stroke: a systematic review (2007)

- Desvelando o quotidiano dos cuidadores informais de idosos (2008)
- Determinação de tensão do cuidador familiar de idosos dependentes (2008)
- Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto familiar (2006)

ANEXO VII

Caraterização dos artigos

Plataforma EBSCO
Base de dados eletrónica
CINAHL, MEDLINE, MedicLatina
Nursing & Allied Collection Comprehensive

	Artigo 3 (2011)	Artigo 6 (2008)	Artigo 18 (2007)
Título	A lifeline for carers	Development of an educational programme for caregivers of people aging with multiple sclerosis	Interventions for adult family care of people who have had a stroke: a systematic review
Autor do Estudo	SWINBURNE, C.	FINLAYSON, M. GARCIA, J. PREISSNER, K.	BRERETON; L. CARROLL, C. BARNSTON, S.
Participantes	1 Cuidador	302 Cuidadores de adultos de meia-idade e idosos	Familiares adultos de pessoas com AVC (Acidente Vascular Cerebral)
Intervenções	Relato de 1 cuidador sobre o dia-a-dia de cuidar do marido dependente. Intervenção de uma enfermeira especializada em cuidados paliativos, junto dessa família.	Entrevistas por telefone, para identificar os prestadores de cuidados e as suas experiências de cuidar. Revisão da literatura. Desenvolvimento de um programa educacional para apoiar os cuidadores de pessoas idosas	Revisão sistemática da literatura. Exame exploratório da relação entre a base conceptual destas intervenções e a sua eficácia.
Resultado	O artigo descreve o stress que o cuidador informal sente, perante o facto de cuidar de alguém 24 horas por dia e as exigências desse papel. O stress é referido como o medo de não conseguir dar resposta às necessidades da pessoa dependente e o sofrimento pelo qual essa pessoa poderia ter que passar. É	Este artigo descreve um projecto em 3 fases. A 1ª fase identifica e caracteriza os prestadores de cuidados. Estes tem idades compreendidas entre os 20 e 84 anos e na sua maioria (71,9%) são cônjuges. Metade dos cuidadores refere gastar 1 hora por dia na prestação de cuidados, 30%, referem de 1 a 3 horas e meia,	Da revisão sistemática realizada, resultaram 8 estudos que foram analisados. Todos eles caracterizaram o cuidador e a sua relação com a pessoa dependente. Os vários estudos referem vários tipos de intervenção, que vão desde o bem-estar do cuidador, as habilidades, intervenções telefónicas de suporte ao

igualmente referido a falta de tempo para si mesmo. Quanto às exigências do papel de cuidador, estas passam pela administração de oxigénio, cuidados de higiene e conforto, prevenção de úlceras de pressão e mobilização. Após este relato, é descrita a importância da enfermagem comunitária junto dos prestadores de cuidados informais e do relacionamento que é necessário estabelecer com estes. Além das suas dificuldades e medos, a enfermeira, pode ainda aconselhar sobre os recursos da comunidade, tanto para a pessoa dependente como para o cuidador.

referindo os restantes, mais do que esse tempo. As principais necessidades e desafios identificados são de ordem física e emocional, bem como de relacionamento e interação. Identificaram ainda necessidades de aprendizagem no que diz respeito à execução de habilidades. Na 2ª fase foi feita uma revisão da literatura em bases de dados eletrónicas, para identificação e avaliação de programas existentes para cuidadores. Na 3ª fase desenvolveu-se um programa educativo para cuidadores de pessoas com esclerose múltipla. Este programa foi estruturado em 6 etapas de modo a facilitar a sua utilização. As etapas vão desde os objetivos, ferramentas, horários e conteúdos. A próxima fase deste programa, envolve um estudo piloto e a longo prazo poderá eventualmente tornar-se uma oferta regular a cuidadores de pessoas com esclerose múltipla.

cuidador, intervenções psico-educacionais por videoconferência e grupos de partilha. As intervenções por sua vez eram da responsabilidade de enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Cerca de metade das intervenções, não tinha base teórica estabelecida, no entanto, a evidência sugere que as intervenções com os cuidadores tem benefícios independentemente se são ou não sustentados por um quadro conceptual ou não. Explicam-se os benefícios das intervenções, porque dão resposta às necessidades dos cuidadores. Recomenda-se que as intervenções sejam acompanhadas de uma base conceptual apropriada, haver um grupo de controlo e medir os resultados ao longo do tempo.

Base de dados electrónica Scielo			
	Artigo 3	Artigo 4	Artigo 8
Título	Desvelando o quotidiano dos cuidadores informais de idosos (2008)	Determinação de tensão do cuidador familiar de idosos dependentes (2008)	Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto familiar (2006)
Autor do Estudo	ROCHA, M. VIEIRA, M. SENA, R.	FERNANDES, M. GARCIA, T.	SOUZA, W. PACHECO, W. MARTINS, J. BARRA, D. NASCIMENTO, E.
Participantes	5 Cuidadores de idosos em contexto domiciliário	Trinta mulheres cuidadoras de familiar idoso dependente	6 Cuidadores e 6 idosos
Intervenções	Entrevista individual	Entrevista estruturada gravada	Entrevista estruturada e observação directa em contexto domiciliário
ResultadoR	Tratasse de um artigo que descreve um estudo qualitativo, descritivo-exploratório. O envelhecimento é um processo dinâmico e à medida que se envelhece, a pessoa torna-se um ser dependente de cuidados. Os familiares entrevistados relataram dar apoio na mobilização, terapêutica, alimentação, higiene. Referem igualmente as dificuldades de ser	A tensão do familiar cuidador do idoso dependente no domicílio, resulta de fatores biopsicossociais, económicos e histórico-culturais. Esta tensão pode estabelecer-se com o idoso ou com outras pessoas significativas, como por exemplo, outros membros da família. A assistência e intervenção domiciliária de enfermagem ao idoso e cuidador, exige uma reflexão sobre o	Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. O artigo descreve os dados sócio demográficos dos participantes fazendo em seguida uma abordagem à percepção do cuidador sobre o cuidar em contexto domiciliário. No que diz respeito à aquisição de informação sobre como cuidar, estes referiram ter necessidade de orientação sobre as doenças, os medicamentos,

cuidador, pelo facto da pessoa dependente nem sempre aceitar a sua situação de dependência. O cuidador expõe-se a fatores stressantes, como o cuidar, as tarefas domésticas, o trabalho e a falta de apoio. Apontam as crenças religiosas como uma estratégia para enfrentar o processo de cuidar. Os profissionais de saúde devem assim, adequar a sua ação aos cuidadores que dela necessitem e à pessoa dependente, no sentido de melhorar a qualidade de vida de ambos.

planeamento e intervenções junto da família, de modo a minimizar o impacto da dependência do idoso sobre o cuidador e em simultâneo responder às necessidades do mesmo.

as dietas e o exercício físico. É de referir que as intervenções dos profissionais de saúde devem ser devidamente orientadas, tendo em conta o grupo a que se destinam, para que ocorra uma maior interação entre o enfermeiro e o cuidador. Este estudo permitiu constatar que existe um grande desafio para os enfermeiros: investir na educação para a saúde de modo a promover melhores cuidados ao idoso dependente e seus cuidadores

VI

VI

V

NIVEIS DE EVIDENCIA

<u>GUYATT e RENNIE (2002)</u>
Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews);
Level II: Single experimental study (RCTs);
Level III: Quasi-experimental studies;
Level IV: Non-experimental studies;
Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews;
Level VI: Opinions of respected authorities/Consensus panels.
Level VII: Evidence from the opinion of authorities and/ or reports of expert committees

ANEXO VIII

Folheto “UCC de Ourem”



OBJETIVOS DA UCC DE OURÉM

- ⇒ Prestar cuidados de forma personalizada, global e continuada no domicílio e na comunidade
- ⇒ Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde
- ⇒ Melhorar a qualidade dos cuidados a prestar aos utentes
- ⇒ Melhorar a satisfação dos profissionais
- ⇒ Melhorar a articulação das diversas instituições prestadoras de cuidados e parceiros da comunidade

Princípios orientadores da UCC

- ✦ Cooperação
- ✦ Solidariedade e trabalho de equipa
- ✦ Autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica
- ✦ Articulação com as outras unidades funcionais do ACES
- ✦ Parceria com estruturas da comunidade local
- ✦ Avaliação contínua
- ✦ Gestão participativa



Unidade de Cuidados
na Comunidade de Ourém

UCC DE OURÉM

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

De 2ª a 6ª feira das 8.00 -20.00 h
Sábado, domingo e feridos das 9.00 -17.00 h

Contatos

Telefone: 249540630/ 925665716

Fax: 249540635

E-mail: coorduccourem@csourem.srsantarem.min-saude.pt



**UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
AO SEU DISPOR...**

**UMA EQUIPA A TRABALHAR
CONSIGO E PARA SI...**

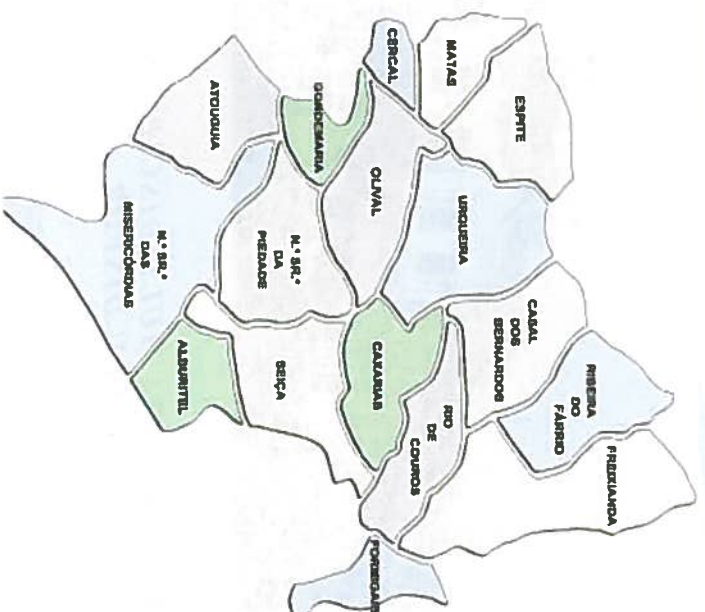


ÁREA GEOGRÁFICA DE ACTUAÇÃO

A Unidade de Cuidados na Comunidade pretende dar diversas respostas a todos os **utentes inscritos no Centro de Saúde de Ourém e suas extensões e não inscritos, nomeadamente:**

- A todas as pessoas com inscrição esporádica, qualquer que seja o motivo da inscrição;
- Crianças, alunos que frequentam escolas da área de influência da UCC de Ourém;
- Pessoas que trabalham em serviços, empresa e indústria, etc., na área de influência da UCC de Ourém
- Pessoas que residam em instituições da área de influência da UCC de Ourém.

Terá uma área geográfica de actuação de **345,21Km²**



A Equipa Multidisciplinar

Esta equipa destina-se a intervir na comunidade, tanto a nível individual ou da família e ainda numa perspectiva comunitária.

Destaca-se:

- Equipa de cuidados continuados integrados
- Programa Nacional de Saúde Escolar
- Intervenção em Famílias de Risco
- Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
- Prevenção e Promoção de Estilos de Vida Saudáveis
- Prevenção das Toxicodependências
- Prevenção de Saúde Mental
- Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Prevenção de Acidentes nos Idosos
- Saúde da Mãe e RN

A **Equipa** é composta por Enfermeiros, Médicos, Higienista Oral, Cardiopneumologista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Técnica Serviço Social, Assistente Técnico e Assistente Operacional

A **UCC de Ourém**, tem assim como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção.

A reforma dos **Cuidados de Saúde Primários**, coloca a pessoa no centro do sistema, enaltecendo os seus desejos e expectativas. A **UCC** presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requiera acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.



ANEXO IX

Folheto “Como comunicar com pessoa afásica”

COMO COMUNICAR COM UMA PESSOA AFÁSICA

- **Dar tempo** para a pessoa com afasia falar ou se expressar;
- Não acabar as suas frases;
- **Falar de frente** para a pessoa e pausadamente;
- Utilizar **palavras simples** e frases curtas, como por exemplo, nomes de coisas que a pessoa possa ver, sentir ou ouvir (cama, casa, mão)
- Utilizar outras estratégias de comunicação, tais como:
 - Incentivar o uso do desenho
 - usar o **gesto**
 - apontar simultaneamente e falar;
- Ouvir a pessoa até ao fim;
- Certificar-se que a pessoa compreende:
 - utilizar respostas de **sim** ou **não**
 - confirmar com a pessoa o que lhe disse, perguntando-lhe;
- Dê tempo para a pessoa descansar, a pressa e a pressão, pioram a sua capacidade de comunicar

A família de uma pessoa afásica poderá ajudá-la criando, em casa, uma atmosfera de compreensão. É necessário permitir e encorajar a comunicação, fazendo com que os seus erros não possam ser objecto de crítica ou postos a ridículo.

ORIENTAÇÕES SOBRE COMO COMUNICAR COM PESSOA AFÁSICA

O que é a afasia?

Qual a causa da afasia?

Qual a incidência da afasia?

As pessoas com afasia tem incapacidade motora?

Quanto tempo demora a recuperação da pessoa?

Como comunicar com uma pessoa afásica?

CONTACTOS UCC DE OURÉM

Telefone: 249540630/ 925665716

Fax: 249540635

E-mail: coorduccourem@csourem.srssantarem.min-saude.pt

CONTACTOS UTEIS

Associação Nacional de Afásicos

TF: 218530194

Site: www.afasicos.org



Unidade de Cuidados
na Comunidade de Ourém



aces[®]
GRUPO CENTROS DE SAÚDE DA BAHIA NOROCCIDENTAL



Elaborado por: Luísa Martins

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITARIA

O QUE É A AFASIA?

É uma perturbação adquirida, da linguagem, resultante de uma lesão cerebral, que pode comprometer vários aspectos da comunicação, tais como:

- Dificuldade na compreensão;
- Dificuldade na expressão oral;
- Dificuldade na escrita e no cálculo;

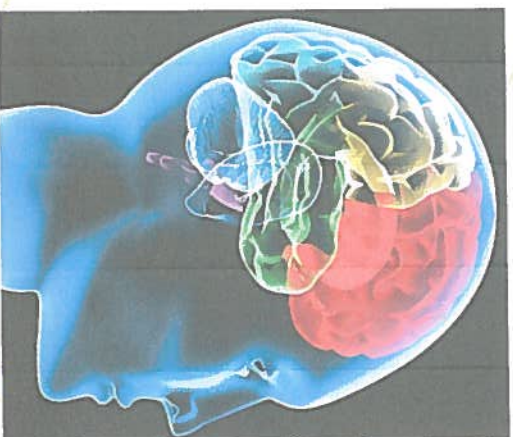
Normalmente não existe qualquer alteração a nível intelectual.

Da localização e extensão da lesão cerebral, estão dependentes as consequências para a pessoa.

A afasia torna muito difícil, ou impossibilita, o normal desempenho das actividades de vida diárias.

QUAL A CAUSA DA AFASIA?

A causa mais comum, da afasia, é o AVC (Acidente Vascular Cerebral), mas pode também resultar de um traumatismo craniano, tumores e infecções cerebrais e de mal formação arterio-venosa.



QUAL A INCIDÊNCIA DA AFASIA?

A grande maioria das pessoas nunca ouviu falar de afasia. Em Portugal não existem dados.

Estudos apontam para 50% dos sobreviventes de AVC, que ficam problemas a nível da comunicação e revelam um número muito importante de casos com afasia.

AS PESSOAS COM AFASIA TEM INCAPACIDADE MOTORA?

Podem ter ou não.

Na maioria dos casos tem alterações da força muscular e da sensibilidade no braço e perna do lado direitos ou esquerdos.

QUANTO TEMPO DEMORA A RECUPERAÇÃO DA PESSOA COM AFASIA?

É importante referir que muitas pessoas evoluem na sua recuperação, por muitos meses e até anos.

Esta evolução é um processo lento, que envolve ajuda individualizada e familiar, em que todos devem criar e aprender estratégias compensatórias para a comunicação.

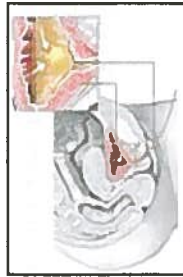
É importante referir que a pessoa com afasia poderá ficar com danos irreversíveis.



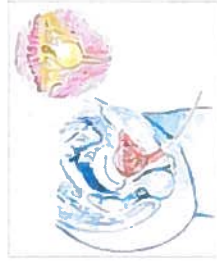
ANEXO X

Folheto “Guia de orientação – Cuidados com a sonda vesical”

Cuidados com a (sonda vesical) algália



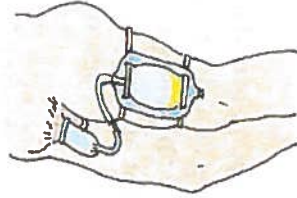
Após colocada a algália, deve beber água com frequência.



Lavar as mãos antes e após a sua manipulação.



O saco deve ser colocado abaixo do nível da bexiga; se estiver na cama, coloque-o suspenso ao lado da cama.



Quando consultar o seu enfermeiro e/ ou médico de família?

- ⇒ Se aparecer febre ou a urina tiver um cheiro intenso ou for espessa ou turva.
- ⇒ Se apresentar inflamação na uretra ou na saída da sonda.
- ⇒ Se observar sangue dentro ou à volta da sonda.
- ⇒ Quando não urinar ou o volume de urina diminuir acentuadamente apesar da ingestão abundante de líquidos.
- ⇒ Se perder urina em grande quantidade por fora da sonda.

A colocação de uma sonda vesical, é um procedimento de enfermagem, que é realizado com técnica asséptica e material estéril. **NUNCA** a troque.

No entanto, cabe a si, o adequado cuidado à manutenção da mesma.

Onde encontrar mais informação?

<http://www.apurologia.pt/>



O QUE É UMA SONDA VESICAL?

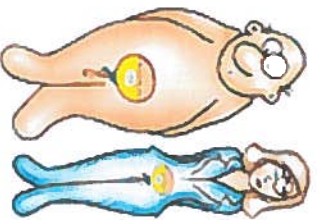
A **sonda vesical** é um tubo ou sistema de tubos que se utiliza para esvaziar e recolher a urina da bexiga.

É na bexiga que se armazena a urina produzida nos rins, que fazem a filtragem do sangue.

Da bexiga a urina é esvaziada para o exterior através de um canal chamado **uretra**.

As sondas vesicais são utilizadas nos casos em que não se consegue urinar, porque a saída está obstruída ou porque existe uma alteração nos nervos que controlam o esvaziamento da bexiga. Também são utilizadas no caso de perdas de urina que ocasionam problemas graves de higiene.

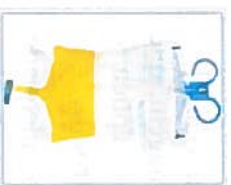
Por último podem também ser usadas para introduzir medicamentos na bexiga, obter amostras de urina ou controlar a quantidade de urina produzida.



A sonda é introduzida após a aplicação de um gel lubrificante, pela uretra até à bexiga, e aí é insuflado um balão existente na ponta do tubo para que este não saia.

A colocação de uma sonda pode ser **temporária** e esta pode ser retirada uma vez esvaziada a bexiga.

Noutras ocasiões ela é colocada durante um maior período de tempo: são as sondas vesicais **permanentes**. Estas necessitam de uma série de cuidados por parte do paciente ou do seu cuidador por forma a manter o seu funcionamento adequado e evitar infecções.



Elaborado por: Luisa Martins
1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Adaptado de GUIA PRÁTICO DE SAÚDE
Associação Portuguesa de
Médicos de Clínica Geral

Cuidados com a algália

Beba água, pelo menos 1,5 l a 2 l diários.

Lave as mãos antes e depois de manipular a sonda.

Mantenha a sonda e a área em redor limpa, lavando-a com água e sabão.

A sonda pode ser clampada ou ligada a um saco coletor.

• **Se usar a clampagem:**

– Retire-a quando sentir vontade de urinar e deixe que a urina saia naturalmente para fora.

– Se não tiver vontade de urinar deverá retirar a clampagem em cada 2 ou 3 h para esvaziar a bexiga.

Durante a noite deve ligá-la a uma saco coletor.

• **Se utilizar um saco coletor:**

– Retire-o unicamente para o esvaziar ou trocar de saco.

– Se o saco tiver uma válvula deverá esvaziá-lo através desta e a sua mudança deverá ocorrer a cada 5-7 dias

– A zona de união entre o saco e a sonda deve ser manuseada com cuidado e sempre com as mãos bem lavadas. **O saco deve ser colocado abaixo do nível da bexiga**; se estiver na cama coloque-o suspenso ao lado da cama.

– Quando estiver a deambular, prenda a sonda, de forma a que o tubo não fique sob tensão ou dobrado.

ANEXO XI

Folheto “Guia de orientação – Cuidados com a pessoa portadora de sonda nasogástrica”

Cuidados especiais !

Cuidados com a sonda:

- Mudar o adesivo do nariz todos os dias (adesivo em V);
- Rodar suavemente a sonda;
- Limpar e secar a pele ao redor do nariz;
- Limpar o nariz uma vez por dia;
- Colocar creme hidratante nos Lábios;
- Lavar os dentes todos os dias (pasta ou solução desinfetante).
- Assegure-se de que a tampa está colocada quando a sonda não está a ser utilizada.



Muito Importante:

Dê pequenas quantidades de água no intervalo das refeições



Lembre-se:

A colocação e mudança da sonda nasogástrica é da responsabilidade da sua Enfermeira de Família, mas a sua manutenção, cabe-lhe a si!

Guia de Orientação

Cuidados com a pessoa portadora de Sonda Nasogástrica



Onde encontrar mais informação?

www.grunenthal.pt/cw/pt_PT/pdf/cw_pt_pt_iu_guiut_14.pdf




Unidade de Cuidados
na Comunidade de Ourém




Entubação

Nasogástrica?



A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através de uma narina até ao estômago e realiza-se, **essencialmente, para possibilitar a administração de alimentos líquidos e medicamentos** às pessoas que se encontrem **impossibilitadas** de o fazer por via oral. 

Exemplo em algumas das situações:

- Descompensação gástrica; prevenção e redução de distensão abdominal, remoção de secreções ou outras subtâncias;
- Alimentação do doente devido a **reflexos de deglutição diminuído ou ausente**, por Acidente Vascular cerebral (AVC), senilidade, estado de coma, etc. 

Este procedimento é frequentemente **descrito pelo doente como muito delicado e doloroso** pelo que deve **ser avaliado pelo profissional de saúde a sua necessidade.**

Cuidados a ter:

Com a preparação de alimentação para administração pela sonda:


Prepare os alimentos, triturando-os e passando-os por um coador de rede. Devem ficar com uma consistência líquida para não entupir a sonda.

Antes de administrar a refeição:

Verifique se a sonda está no estômago. Para isso, com uma seringa, tente aspirar a sonda, se fluir conteúdo é porque está bem colocada. Se houver conteúdo igual ou maior à última refeição, introduza-o novamente e espera cerca de 1 hora. Caso não haja saída de conteúdo gástrico, dar a alimentação (cuidado para não entrar ar na sonda).


Com a refeição:



Lavar as mãos.
Colocar resguardo no peito (babete);
A comida deve estar protegida do ar;
A comida deve estar à temperatura ambiente. 

Coloque o seu familiar numa posição de sentado ou recostado, antes de iniciar a alimentação (durante/após 30 minutos):

Dê lentamente a refeição. A seringa de alimentação deve estar acima da cabeça do doente para facilitar a descida dos líquidos.

Interrompa se sentir a pessoa engasgar-se. Não dê mais que uma chávena almoçadeira ou um prato de sopa de cada vez e siga o horário habitual ou recomendado. 

Como dar medicamentos pela sonda?

De preferência não juntar com os alimentos. Esmague-os se não forem líquidos adicionando um pouco de água. Depois de dar os medicamentos, introduzir uma seringa de água para lavar a sonda e ter a certeza que todo o conteúdo medicamentoso foi administrado.

No fim da refeição introduza uma seringa de água para lavar a sonda 

ANEXO XII

Plano de sessão



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular Estágio e Relatório

Plano de Sessão

Local: Domicílio da pessoa dependente

Grupo destinatário: Cuidador informal e pessoa dependente

Prelector: Luísa Martins

Tema: _____

Data: _____ Hora: _____ Duração: 30 minutos

Objetivo _____

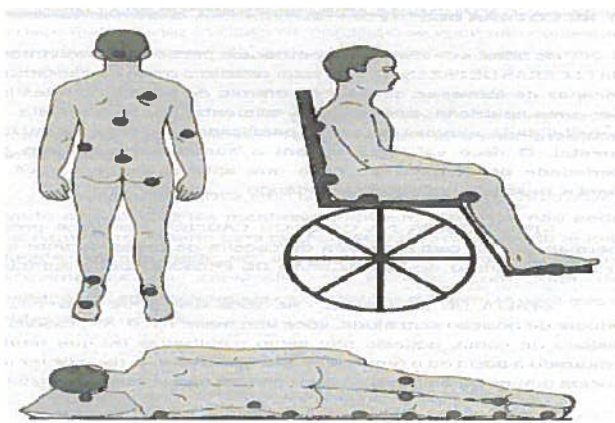
Etapa	Duração	Conteúdo	Método	Meios
Introdução	3 minutos	⇒ Apresentação - Prelector - Tema	- Expositivo	
Desenvolvimento	17 minutos	⇒ Tema	- Expositivo	Computador
Conclusão	10 minutos	⇒ Resumo dos aspectos essenciais expostos ⇒ Esclarecimento de dúvidas ⇒ Entrega de folheto ⇒ Avaliação através de demonstração ⇒ Questionário de satisfação	- Expositivo - Interactivo	Folheto Questionário
Avaliação				

ANEXO XIII - Prevenção de úlceras de pressão (apresentação em powerpoint)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO E RELATÓRIO

Prevenção de úlceras de pressão



Enf. Luísa Martins

Prevenção de úlceras de pressão

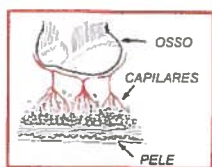
Úlcera de pressão = úlcera de decúbito = escara

É uma ferida provocada pelo peso do corpo sobre a cama ou a cadeira de rodas, quando se está muito tempo na mesma posição.

Também pode ser provocada pela fricção frequente do corpo contra o lençol ou uma almofada.

Esta ferida pode ser dolorosa.

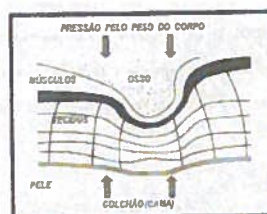
A sua cura é normalmente muito difícil.



CAPILARES SEM
EXCESSO DE PRESSÃO



CAPILARES COM
EXCESSO DE PRESSÃO



Prevenção de úlceras de pressão

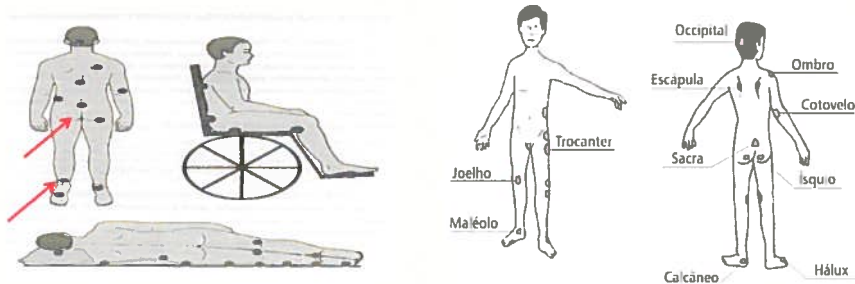
Factores de risco

- Pessoas que estão várias horas na mesma posição/ pressão
- Pessoas imobilizadas e debilitadas seja qual for a sua idade
- Fricção
- Pessoas com lesões neurológicas
- Pessoas desnutridas e/ou desidratadas
- Pessoas incontinentes
- Idade superior a 60 anos
- Peso corporal
- Deficiente irrigação sanguínea



Prevenção de úlceras de pressão

Localização das úlceras de pressão



Podem aparecer em qualquer zona do corpo, consoante a área da pele que se encontre sujeita a pressão.
As zonas mais frequentes são a região do sacro, os calcanhares, os maléolos externos.

Prevenção de úlceras de pressão

Curso evolutivo das lesões

Estadio I – Aparecimento de eritema. A pele adquire um tom rosado-avermelhado, depois passa a cianótica, azulada ou acinzentada devido à oclusão dos capilares.



Prevenção de úlceras de pressão

Estadio I

- Posicionamentos frequentes (2/3 h)
- Massagem com creme hidratante e /ou creme heparinoide várias vezes ao dia
- Massagem com gelo (SOS)
- Penso se necessário



Prevenção de úlceras de pressão

Curso evolutivo das lesões

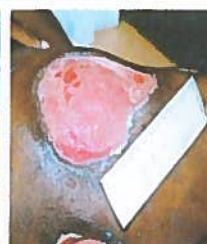
Estadio II – Aparecimento de vesículas ou flictenas e necrose que afecta a epiderme. Não apresentam bordos bem delimitados e normalmente não são exsudativas.



Prevenção de úlceras de pressão

Curso evolutivo das lesões

Estadio III – Destrução da derme e da hipoderme com formação de uma ulcera com bordos bem contornados.



Prevenção de úlceras de pressão

Curso evolutivo das lesões

Estadio IV – Compromisso do tecido adiposo subcutâneo e muscular subjacente, expondo as estruturas ósseas.



Prevenção de úlceras de pressão

Estadio II – III – IV

- Penso de acordo com o tipo de tecido que a ferida apresenta
- Posicionamentos frequentes (2/3 h)



- Este tipo de penso pode ser substituído de 1 a 7 dias, segundo as características da ferida (tecido, exsudado e odor)

Prevenção de úlceras de pressão

Intervenções para a prevenção

Todos os métodos preventivos deverão assentar na distribuição do peso do corpo por uma área o mais extensa possível, a fim de se evitarem concentrações de pressão numa determinada zona corporal.



- Examinar diariamente a pele
- A pele deve ser tratada com creme hidratante, bem como as zonas avermelhadas sem ferida. Evitar massagens nas proeminências ósseas.
- Posicionar utentes acamados com frequência – 2/3 horas.
- Não arrastar o corpo sobre a superfície da cama
- Utilizar dispositivos para aliviar a pressão do corpo – almofadas, peles, colchões de espuma mole, colchões de água, colchões de ar, colchões de gel, ...



Prevenção de úlceras de pressão

Intervenções para a prevenção

- Estimular a actividade do utente
- Levante e deambulação precoce
- Higiene adequada e secar devidamente a pele
- Ter atenção à ingestão hídrica
(30 cc de água dia/kg. - ex:50 Kg. = 1500 cc água por dia)
- A alimentação do utente acamado deve conter alimentos ricos em proteínas, pois previnem o aparecimento da úlcera (leite, carne, ovos, peixe). Se o utente já tiver úlcera de pressão, as proteínas promovem a sua cicatrização
- As necessidades nutricionais são de 30 a 35 kcal por Kg/dia enquanto que as necessidades proteicas são de 1.5 a 2 gr dia/kg. Igualmente importante é fornecer legumes ricos em fibras e vitaminas
(ex: 50 Kg. = 1500 a 1750 Kcal por dia das quais metade em proteínas)



Referencias Bibliográficas

- 1 - GOULART, F.; FERREIRA, J.; SANTOS, K. - *Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura* (2008)
- 2 - PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – Divisão da Qualidade - *VAMOS EVITAR AS ESCARAS – Guia para o doente e família* – 1999.
- 3 - RIBEIRO, A. - *Factores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados* [em linha](2008). Disponível em WWW: http://scielo.br/pdf/rjae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf
- 4 - ROCHA, M.; MIRANDA, ANDRADE - *Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência* : Acta Med Port [em linha](2006). Disponível em WWW: <http://actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/029-038.pdf>



ANEXO XIV - Cuidados com a sonda vesical (apresentação em powerpoint)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
 1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITARIA
 UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO E RELATÓRIO

Cuidados com sonda vesical (algália)



Enf. Luísa Martins

O QUE É UMA SONDA VESICAL?

A SONDA VESICAL É UM TUBO OU SISTEMA DE TUBOS QUE SE UTILIZA PARA Esvaziar e recolher a urina da bexiga.

É na bexiga que se armazena a urina produzida nos rins, que fazem a filtração do sangue.

Da bexiga a urina é esvaziada para o exterior através de um canal chamado uretra.

As sondas vesicais são utilizadas nos casos em que não se consegue urinar, porque a saída está obstruída ou porque existe uma alteração nos nervos que controlam o esvaziamento da bexiga.

Também são utilizadas no caso de perdas de urina que ocasionam problemas graves de higiene.

Por último podem também ser usadas para introduzir medicamentos na bexiga, obter amostras de urina ou controlar a quantidade de urina produzida.

CUIDADOS COM A ALGÁLIA



- Beba água, pelo menos 1,5 l a 2 l diários.
- Lave as mãos antes e depois de manipular a sonda.
- Mantenha a sonda e a área em redor limpa, lavando-a com água e sabão.
- A sonda pode ser clampada ou ligada a um saco colector.
- A zona de união entre o saco e a sonda deve ser manuseada com cuidado e sempre com as mãos bem lavadas.
- O saco deve ser colocado abaixo do nível da bexiga; se estiver na cama coloque-o suspenso ao lado da cama.
- Quando estiver a deambular, prenda a sonda, de forma a que o tubo não fique sob tensão ou dobrado.

QUANDO CONSULTAR O SEU ENFERMEIRO E/ OU MÉDICO DE FAMÍLIA?

- Se aparecer febre ou a urina tiver um cheiro intenso ou for espessa ou turva.
- Se apresentar inflamação na uretra ou na saída da sonda.
- Se observar sangue dentro ou à volta da sonda.
- Quando não urinar ou o volume de urina diminuir acentuadamente apesar da ingestão abundante de líquidos.
- Se perder urina em grande quantidade por fora da sonda.

A colocação de uma sonda vesical, é um procedimento de enfermagem, que é realizado com técnica asséptica e material estéril.

NUNCA a troque.

No entanto, cabe a si, o adequado cuidado à manutenção da mesma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALDEIRA, A., CASANOVA, P.- Alimentação entérica e impactação alimentar esofágica : que relação? - Acta med port 2010; 23: 183-190
- CERIBELLI, M., MALTA, M. - Inserção da sonda nasogástrica: análise dos pontos de referência - Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(1):54-9
- FERREIRA, A. - Sondas nasogástricas e nasoentéricas: como diminuir o desconforto na instalação? - Rev Esc Enferm USP, 2005; 39(3):000-00.
- GUIA PRÁTICO DE SAÚDE - UNIDADE 20. Cuidados no idoso - Novembro 2009

ANEXO XV - Questionário de satisfação



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular Estágio e Relatório

Questionário de Satisfação

Pretendemos atingir o mais alto nível de satisfação dos participantes das sessões de educação para a saúde, pelo que estamos a efectuar um inquérito de avaliação para obter o seu grau de satisfação face ao trabalho desenvolvido.

Obrigado por responder ao nosso questionário de satisfação. O questionário demora apenas 5 minutos do seu tempo. Agradecemos a sua opinião.

Nome (Facultativo): _____

Por favor indique o seu nível de satisfação assinalando um **X** no com a opção que julgue mais adequada.

1 - Qual o seu grau de satisfação relativamente ao nível de conhecimento do formador?

Muito Satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito

2 - Qual o seu grau de satisfação relativamente ao local da sessão – domicilio da pessoa?

Muito Satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito

3 - Qual o seu grau de satisfação relativamente aos temas apresentados?

Muito Satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito

4 - Classifique em termos gerais a sua satisfação relativamente ao evento?

Muito Satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito

Sugestões:

Obrigado por dispensar estes minutos do seu tempo! O seu contributo é muito importante
