Instituto Politécnico
2012

Familiares no Cuidar
da Visita Domiciliária

As Necessidades dos Cuidadores
de Pessoas Idosas: O Contributo

Cláudia Sofia
da Costa Simão

Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

As Necessidades dos Cuidadores Familiares no Cuidar de Pessoas Idosas: O Contributo da Visita Domiciliária

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do Grau de Mestre na Especialidade em Enfermagem Comunitária

Cláudia Sofia da Costa Simão

ORIENTADOR:
Mestre Isabel Barroso da Silva

CO-ORIENTADOR:
Mestre Marta Rosa

2012
Janeiro

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho à minha querida família, em especial à mãe Anjos, ao pai António, ao sobrinho e afilhado Manuel Maria, à irmã Sandra e ao amigo Hernâni.

AGRADECIMENTO:

O presente estudo é o resultado da comunhão de vários esforços, pelo que considero fundamental agradecer a todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização do mesmo.

A minha primeira palavra de gratidão dirijo-a à Professora da Escola Superior de Saúde de Santarém e orientadora do Relatório do Estágio e Relatório: Professora Isabel Barroso, à Professora da Escola Superior de Saúde de Santarém e coorientadora do Relatório do Estágio e Relatório: Professora Marta Rosa e à Professora da Escola Superior de Saúde de Santarém e orientadora do Estágio e Relatório: Professora Fátima Saragoila, pela dedicação, apoio e disponibilidade demonstrada através do suporte incondicional, e por me terem envolvido de forma entusiasta no tema e rigorosa no desenvolvimento do trabalho.

O meu agradecimento à Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém, em especial à Enfermeira Coordenadora Manuela Vieira e Enfermeira Ana Silva, que sempre me apoiaram e proporcionaram as condições necessárias para o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem.

Um obrigada aos cuidadores familiares que participaram no estudo realizado durante o ensino clínico enquanto parceiros no processo de cuidados, pois sem eles nada teria sido possível.

Agradeço ainda, aos colegas de trabalho que me incentivaram e apoiaram, tanto nos momentos de glória como nos momentos de maior desalento.

O meu mais profundo reconhecimento aos queridos familiares que foram, são e serão eternamente o meu pilar e a minha felicidade, à mãe Anjos, ao pai António, ao sobrinho e afilhado Manuel Maria, e claro ao amigo Hernâni, pelo amor, amizade, apoio absoluto, partilha, confiança, compreensão e paciência que sempre esteve presente, não só nos momentos de alegria mas também nos de maior tensão.

A todos os que estiveram presentes nesta caminhada e que colaboraram no percurso da mesma, o meu muito obrigada!

PENSAMENTO:

“A enfermagem tem diante de si um futuro promissor, pois os limites das suas possibilidades são menos restritos que os dos outros profissionais de saúde. Sendo assim, quando os outros profissionais já esgotaram a sua capacidade de actuação, nós enfermeiros podemos sempre fazer mais alguma coisa, para o bem-estar do utente/família, quanto mais não seja pegar na sua mão e dizer ‘eu estou aqui’ “

Hesbeen

RESUMO

Ao longo do estágio contemplado no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária de 2009/2011, a que se reporta este registo, procurei avaliar as necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência, planear, executar e avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Deste modo, emergiu o desenvolvimento do presente relatório, como meio de reflexão e análise da prática baseada na evidência, com o intuito de alcançar as competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Com a elaboração deste trabalho, pretende-se refletir sobre um tema com marcadas implicações na enfermagem, e na eficácia dos cuidados prestados na comunidade, ou seja, a visita domiciliária. O objetivo do estudo consiste em compreender se a visita domiciliária enquanto estratégia de intervenção de enfermagem, influencia as necessidades dos cuidadores familiares no cuidar de pessoas idosas em situação de dependência. Como metodologia, foi efetuada, após a formulação da pergunta PI[C]O, uma pesquisa na EBSCO (*CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text),* da qual foram selecionados 5 artigos de um total de 18 e sujeitos a uma análise reflexiva. Tendo em conta o estágio desenvolvido e a revisão sistemática da literatura, constatou-se que os cuidados prestados às pessoas idosas dependentes pelos cuidadores familiares acarretam repercussões físicas, psicológicas e sociais, das quais advêm necessidades/dificuldades, sendo de destacar as necessidades de informação e formação e as necessidades de apoio psicossocial, que inclui a solidão e o *stress*/sobrecarga do cuidador familiar. É com esta perspetiva, que em suma, a visita domiciliária é descrita como uma estratégia de intervenção de enfermagem fundamental nos cuidados à comunidade, a qual permite dar resposta às necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador familiar, visita domiciliária, avaliação das necessidades.

ABSTRACT

Throughout the internship covered during the master's degree in Community Nursing in 2009/2011, to which this relates to, I tried to assess the needs/difficulties of family caregivers of elderly people in a dependent situation, plan, implement and evaluate the sensitive results to nursing care. This way, this report was developed, as a way of reflection and analysis, with a practice based on evidence, in order to achieve the Nurse Specialist skill in Community Nursing and Public Health. By preparing this work, it wants to reflect on a theme that has implications in nursing, and the effectiveness of care in the community, which is, the home care service. The objetive of the study is to understand whether the home care service as a strategy for nursing intervention, influences the needs of family caregivers in caring for the elderly in a situation of dependency. As a methodology, was made, after the formulation of the question PI[C]O, a search in EBSCO (CINAHL Plus with Full Text and MEDLINE with Full Text), of which five items were selected from a total of 18 and subjected to a reflective analysis. Having regard to the developed internship and systematic literature review, it was found that the care of dependent elderly people by family caregivers cause physical, psychological and social effects, which arise needs/difficulties, most notably the need for information and training and the need for psychosocial support, including loneliness and stress/family caregiver burden. With this approach, to sum up, the home care service is described as a nursing intervention strategy of fundamental care in the community, which satisfies the needs/difficulties of family caregivers of dependent elderly people.

KEYWORDS: Family caregiver, home care service, needs assessment.

ÍNDICE **P**

0 – INTRODUÇÃO 23

1– A PESSOA IDOSA DEPENDENTE 29

1.1– A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS..... 31

1.2 – O CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE 34

1.2.1 – Impacto da prestação de cuidados no cuidador familiar 38

1.2.2 – Necessidades do cuidador familiar..... 41

2 – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... 47

3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM 51

4 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM OS CUIDADORES FAMILIARES..... 53

5 – A PRÁTICA DESENVOLVIDA COM OS CUIDADORES FAMILIARES À LUZ DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA 63

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

ANEXOS 83

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO 85

ANEXO II – DIAGRAMA DO MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN ADAPTADO 87

ANEXO III – CARACTERIZAÇÃO DA UCC 89

ANEXO IV – CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES 91

ANEXO V – GUIÃO DE ENTREVISTA A INFORMANTES-CHAVE 93

ANEXO VI – GUIÃO DE ENTREVISTA AOS CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES..... 95

ANEXO VII – ANÁLISE DE CONTEÚDO DE ACORDO COM O MODELO DE NEUMAN.....97

ANEXO VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO 98

ANEXO IX - PLANO DE CUIDADOS DOS CUIDADORES FAMILIARES 99

ANEXO X – PANFLETOS INFORMATIVOS 101

ANEXO XI - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FINAL AOS CUIDADORES FAMILIARES 103

ANEXO XII – APRESENTAÇÃO DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UCC 105

ANEXO XIII - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO/DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS COM PESSOAS DEPENDENTES 107

ANEXO XIV - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA..... 109

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC - Atendimento Complementar

ACES - Agrupamento do Centro de Saúde

CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CAMI - Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador

CASI - Índice de Satisfação do Cuidador

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

INE - Instituto Nacional de Estatística

Km - Quilómetros

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. - Página

PDF - *Portable Document Format*

PIC[O] - Participantes Intervenções [Comparações] *Outcome*

PNS - Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE - Sistema de Informação em Enfermagem

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

WHO - *World Health Organization*

0 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, estando integrado na unidade curricular Estágio e Relatório, que decorreu no 3º semestre, com a finalidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática. De acordo com a organização do curso de mestrado, realizou-se um estágio de natureza profissional, desenvolvido no Agrupamento do Centro de Saúde (ACES) Ribatejo, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Santarém, de 29 de novembro de 2010 a 26 de março, num total de 350 horas de presença em contexto clínico, sob orientação e supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Nesta prática clínica, pretendeu-se, analisar as necessidades/dificuldades sentidas pelo cuidador familiar relacionadas com o cuidar de pessoas idosas dependentes, de forma a planear e implementar, com os cuidadores familiares, as intervenções promotoras de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária. Ambicionou-se, ainda, contribuir para a satisfação das necessidades em futuros cuidadores familiares, através da elaboração de um instrumento de avaliação das necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, de forma a ser, posteriormente, aplicado pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A pertinência do estágio, e por conseguinte deste trabalho, decorreu da área de interesse pessoal acerca das necessidades dos cuidadores familiares relacionadas com o cuidar de pessoas idosas dependentes, bem como das necessidades/expectativas da ECCI da UCC de Santarém, evidenciadas no plano de ação da mesma e na reunião com o enfermeiro cooperante, sustentando-se ainda nas orientações dos planos de ação nacionais (Plano Nacional de Saúde [PNS] 2004-2010 através do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas) e internacionais (Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento), tal como se encontra explicitado no projeto de estágio. (ANEXO I)

A nível mundial, a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2005) relata que, a proporção de pessoas com 60 anos e mais anos está a aumentar, esperando-se um crescimento de 223% entre 1970 e 2025. Prevê-se que, em 2025 existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e 2 bilhões em 2050, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

Em Portugal, o INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE, 2001), menciona no Censos de 2001, que o agravamento do fenómeno de envelhecimento demográfico decorre da diminuição da natalidade e do aumento da longevidade. É consensual um progressivo declínio

das taxas de mortalidade e das taxas de fecundidade, com tendência para se acentuarem, reforçando a curto e a médio prazo o envelhecimento da população. De acordo com o INE (2001), o índice de envelhecimento da população em Portugal, foi de 68% em 1991, aumentando para 102% em 2001. Segundo os dados efetuados nestes Censos, registou-se uma alteração na proporção de jovens e de idosos entre 1991 e 2001. Em 1991, a proporção de jovens (0-14 anos) foi de 20% do total da população, e a proporção de idosos (65 ou mais anos) de 13,6%. Já em 2001, a proporção de jovens situou-se nos 16% do total da população, sendo superada pela proporção de idosos, que registou o valor de 16,4%. Constatou-se que, entre 1991 e 2001, em todo o território nacional diminuiu o número de jovens, evidenciando-se um acréscimo de idosos.

Posteriormente, o INE (2009, <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2>) afirma que, a proporção de jovens reduzir-se-á de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060, tal como a percentagem da população em idade ativa, de 67,2% em 2008 para 55,7%, em oposição ao aumento da população com 65 ou mais anos de idade, que quase duplicará, passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060. Segundo o mesmo autor, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). Assim, nos próximos 50 anos, em Portugal, manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem (idem). De salientar que, o crescimento dentro da população idosa não respeita uma homogeneidade, pois regista-se uma tendência de evolução da população com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% do total de efetivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, evolução que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida. (idem)

No distrito de Santarém, verifica-se igualmente o envelhecimento da população, que é comprovado nas estimativas anuais do INE (2011, <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003182&contexto=bd&selTab=tab2>), onde se visualiza um progressivo aumento da população residente com 65 e mais anos, denotando-se em 1991 a existência de uma população de 11.717, em 2001 de 13.196 e em 2010 de 13.509. De realçar que, é no grupo etário de 75 e mais anos que se verifica um aumento mais acentuado ente o período de 2001 e 2010 (idem). Da mesma forma, constata-se um incremento do índice de dependência dos idosos desde 1991 até 2010, tanto em Portugal no geral, como em Santarém, no particular (idem). Segundo os dados estatísticos do INE (2011, <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000604&contexto=bd&selTab=tab2>), o índice de dependência em 1991 era de 20,9 em Portugal e 28,4 em Santarém; em 2001 era de 24,5 em Portugal e 31,6 em Santarém; e em 2010 era de 27,2 e 33,1, respetivamente.

De acordo com FIGUEIREDO (2007), a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer, de forma autónoma e independente, as suas necessidades, constitui

a manifesta consequência do processo de envelhecimento. Inclusivamente, LAGE (2005) afirma que, a tendência para o envelhecimento da população acarreta habitualmente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência ou défice funcional, que requerem a médio ou longo prazo suporte familiar, de saúde ou social. Na mesma linha de pensamento SEQUEIRA (2010) expõe que, os progressos tecnológicos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para o envelhecimento demográfico e para o aumento da longevidade da população, à qual se evidenciam o acréscimo do número de pessoas em situação de dependência. Estes factos conduziram a uma maior consciencialização por parte da comunidade científica, quanto à problemática da pessoa idosa e manutenção da qualidade de vida, para o qual torna-se essencial o contributo dos cuidadores informais, e mais concretamente o cuidador familiar. (idem)

No contexto atual, em que as políticas de saúde e sociais preconizam a manutenção dos idosos no seu domicílio, o cuidado informal assume grande relevância, seja pelo crescente número de pessoas idosas incapazes de fazer face às exigências do autocuidado e de viver de forma autónoma na comunidade, seja pela evidência de que a família proporciona a maioria dos cuidados às pessoas de todas as idades, pelo reconhecimento dos efeitos do cuidado em todo o sistema familiar e mais especificamente nos cuidadores e, seja pela manifesta insuficiência dos serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias. (LAGE, 2005). FIGUEIREDO (2007) refere que, 80% do apoio requerido pela pessoa idosa dependente é proporcionado pelos cuidadores informais, maioritariamente, familiares.

De destacar que, o domicílio é o local privilegiado para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes e seus familiares, sendo a visita domiciliária uma estratégia de intervenção de enfermagem comunitária. De acordo com RICE (2004), esta intervenção possibilita ao enfermeiro observar o utente no seu contexto de ambiente domiciliar e da comunidade em que está inserido e, centrar a sua atenção não só nas necessidades deste em termos de cuidados de saúde, mas também, nos fatores familiares, socioculturais, económicos, e ambientais, os quais influenciam a eficácia dos cuidados.

As alterações demográficas têm vindo a modificar a perspetiva dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do aumento do número de idosos a necessitar de apoio, pelo que urge equacionar medidas que permitam às famílias continuar a cuidar dos seus parentes idosos. FIGUEIREDO (2007) aliado a esta situação refere que, habitualmente o cuidador não tem formação prévia, nem se encontra preparado, pelo que o apoio e acompanhamento dos profissionais de saúde são essenciais. Deste modo, é fundamental que, não só a pessoa idosa dependente mas também o cuidador sejam considerados alvo prioritário de intervenção dos profissionais de saúde, com o propósito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que podem utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõem e a capacidade para receber e interpretar a informação. SEQUEIRA (2010)

A prestação de cuidados continuados é um direito fundamental do utente, constituindo-se como uma forma de elevar o seu nível de bem-estar e da sua família (AUGUSTO et al., 2005). Tendo em conta o DECRETO-LEI nº 101/2006, com o aumento progressivo de pessoas idosas dependentes, tornou-se indispensável o recurso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no sentido de desenvolver cuidados de saúde e de apoio social às pessoas mais idosas e às pessoas em situação de dependência, de acordo com uma abordagem intersectorial e baseada no utente e família. Neste âmbito, estão incluídos os cuidados continuados integrados para as pessoas em situação de dependência funcional, com rede de suporte social e que não precisem de ser institucionalizadas mas que não possam deslocar-se de forma autónoma. (idem)

O atual documento, intitulado de "As necessidades dos cuidadores familiares no cuidar de pessoas idosas: O contributo da Visita Domiciliária", pretendeu ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária que, tal como refere a ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2010) e o REGULAMENTO nº 128/2011, dizem respeito a estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, considerando a complexidade dos problemas de saúde da mesma, com base na metodologia do planeamento em saúde; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projetos de saúde coletivos; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS, sendo de salientar que a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde; e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, o qual constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

Expostas estas considerações, elaborou-se a seguinte questão de partida: "Quais as necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de pessoas idosas em situação de dependência?"

Tendo em conta esta questão, considerou-se importante clarificar o estado da arte através da revisão teórica. Nesta, foram abordados as temáticas subjacentes ao envelhecimento populacional, dada a faixa etária selecionada; à dependência, por se evidenciar um acréscimo do número de pessoas dependentes; à família, e mais especificamente, ao cuidador familiar, por representar, maioritariamente, o cuidar no domicílio; ao Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), visto ser um instrumento útil na determinação das dificuldades/necessidades do cuidador familiar no cuidar da pessoa idosa em situação de dependência; às repercussões da prestação de cuidados e às necessidades do cuidador familiar, pois são os itens avaliados no CADI. Clarificou-se ainda, a organização dos serviços de saúde, na medida em que se assistiu a uma reestruturação dos cuidados de saúde primários, da qual imergiu as UCC. Realizou-se igualmente uma breve exposição da Teoria de Betty Neuman, visto que esta teórica sustentou a prática da enfermagem comunitária durante o ensino clínico. Foram também, explicitadas as intervenções de enfermagem desenvolvidas com os cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, as quais foram articuladas,

posteriormente, com os artigos científicos selecionados através da revisão sistemática da literatura. Pretendeu-se, assim, refletir no sentido de desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, tendo como recurso as bases de dados eletrónicas. A pesquisa efetuada produziu uma fundamentação dos conceitos delineados, os quais foram inter-relacionados, de forma a obter um melhor conhecimento acerca da temática eleita neste estudo, utilizando a metodologia PIC[O] (Participantes Intervenções [Comparações] *Outcome)*.

Para que se torne possível a elaboração deste trabalho é necessário delinear o caminho que se pretende percorrer, traçando os objetivos para este percurso. Assim, define-se como objetivo geral:

- Avaliar criticamente a visita domiciliária enquanto estratégia de intervenção de enfermagem nas necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência.

E como objetivos específicos:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Inventariar os recursos necessários aos cuidados de enfermagem, com apoio da evidência;
- Analisar as competências desenvolvidas na prática clínica, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Evidenciar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem nos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes.

1 - A PESSOA IDOSA DEPENDENTE

O envelhecimento da população é um grande triunfo da humanidade e um enorme desafio das sociedades. Segundo IMAGINÁRIO (2008), o envelhecimento é um fenómeno biológico partilhado por todos os seres humanos de uma forma paulatinamente.

O mundo envelhece e, também em Portugal, à semelhança do que se passa na maioria dos países da Europa, têm-se registado profundas modificações na estrutura etária da população. De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), a esperança de vida à nascença é de 73,5 anos para os homens e de 80,3 anos para as mulheres, havendo 16,5% da população idosa residente, na qual se verifica uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral. O envelhecimento da população, fruto de um acréscimo significativo da esperança média de vida e do declínio que se observa nas taxas de fecundidade, já considerado um fenómeno irreversível na medida em que as gerações deixaram de se substituir, origina um aumento da demanda social e económica no século XXI, sendo este processo uma prioridade indiscutível (idem). PIMENTEL (2008) refere que, atualmente o envelhecimento da população é uma realidade e, constitui-se como um problema social com repercussões individuais e coletivas.

Entender o processo de envelhecimento é compreender de forma holística os aspetos individuais e coletivos da vida e, consciencializar que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. Os idosos são classificados cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento (WHO, 2005). Para IMAGINÁRIO (2008), o envelhecimento é uma etapa de vida e um processo de deterioração, caracterizado por uma vulnerabilidade aumentada e uma viabilidade diminuída nos seres humanos. Este processo, adquire a forma progressiva de involução funcional e morfológica, que afeta muitos órgãos, tecidos e células e tem como resultado um declínio gradual no rendimento (IMAGINÁRIO, 2008). RICE (2004) refere que, os idosos em resultado do défice das funções fisiológicas, podem sofrer uma deterioração orgânica que afeta as capacidades funcionais. Os problemas comuns entre os idosos incluem, falta de conhecimento, diminuição da mobilidade, diminuição da integridade da pele e alterações de higiene e conforto (RICE, 2004). Também IMAGINÁRIO (2008) refere que, o envelhecimento é um processo multifatorial que provoca uma deterioração fisiológica do organismo, em que a característica mais evidente diz respeito à diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às mudanças do meio ambiente, a qual aumenta com a idade e com as doenças crónicas. Por outro lado, o envelhecimento é um processo complexo e dinâmico, constituído não só por componentes fisiológicas, mas também psicológicas e sociológicas, as quais são inseparáveis e estão

intimamente relacionadas. (IMAGINÁRIO, 2008)

Nesta lógica, quando se fala em envelhecimento, quase sempre se associa a um processo de crescente dependência e perda de controlo sobre a própria vida. Segundo FIGUEIREDO (2007), a limitação gradual das capacidades da pessoa para satisfazer as suas necessidades de forma autónoma e independente é o resultado mais notório no processo de envelhecimento.

O conceito de dependência é um parâmetro fundamental no âmbito do envelhecimento, visto que permite estabelecer critérios para determinar em que situações e em que altura a pessoa idosa necessita de apoio. PAVARINI e NERI (2000) mencionam que, a dependência diz respeito à incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem o auxílio de equipamentos que lhe permitam adaptar-se, ou de um semelhante. A dependência manifesta-se pela necessidade de assistência nas atividades diárias que a pessoa não realiza, por não poder ou não quer, ou seja, a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outrem, com autonomia e capacidade em manter o seu poder de decisão (idem). A pessoa com dependência física e/ou emocional, está incapacitada, parcial ou totalmente para realizar atividades da vida tais como alimentar-se, vestir-se, higienizar-se, locomover-se, ou para tomar decisões como gerir a casa, bens, dinheiro, assinar documentos, dirigir automóveis e assumir compromissos. (PAVARINI e NERI, 2000)

De acordo com o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2005, p. 92), a dependência "é um fenómeno de enfermagem com características específicas: verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte."

A definição de dependência apresentada no artigo 3º do DECRETO-LEI nº 101/2006 (p. 3857) é mais abrangente e considera a dependência como " 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."

Para ANDRADE (2009), 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 tanto físico como social, o qual é constituído pelas pessoas que rodeiam a pessoa idosa, nomeadamente o seu cuidador, desempenham um papel importante na forma como a dependência se vai manifestar e na sua manutenção.

Os idosos optam, cada vez mais, por viver em casa, mesmo estando dependente de outros. RICE (2004), menciona que cada quatro pessoas com 65 ou mais anos necessitam de cuidados domiciliários, e que esta necessidade aumenta com a idade. O desejo da independência e o alto custo dos cuidados de saúde, constituem dois fatores principais que influenciam o idoso a manter-se no domicílio o máximo de tempo possível, pelo que os pedidos para prestação de cuidados de enfermagem no domicílio estão a aumentar (idem). Deste modo, a prestação de cuidados a idosos dependentes é emergente e um desafio para a sociedade.

Segundo, HESBEEN (2000), o conceito de prestar cuidados ou cuidar designa a atenção especial que se confere a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde. Já SEQUEIRA (2010) refere que, cuidar implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados. Na perspetiva de COLLIÈRE (2003), os cuidados emergem com a existência da vida, cuidar é acima de tudo um ato de vida. Assim, cuidar torna-se mais do que um ato isolado, é "O conjunto de um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afectiva, social e económica, assim como das interrelações e das influências que se estabelecem entre elas" (COLLIÈRE, 2003, p.241). Para LAGE (2005) cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A maior parte dos cuidados de saúde são prestados pela família e têm lugar nos extremos do ciclo da vida, a infância e a velhice. FIGUEIREDO (2007) acrescenta que, cada situação de prestação de cuidados é única e singular, tem a sua própria história e inscreve-se numa trajetória individual e familiar. Prestar cuidados é percecionado pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida em família, sendo uma atividade complexa, que abarca as dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas, comportando aspetos clínicos, técnicos e comunitários. (idem)

Neste sentido, as pessoas idosas dependentes necessitam de mais cuidados, não só por parte das instituições de saúde, mas também das suas famílias. Tal como refere COLLIÈRE (2003), cuidar no domicílio, isto é, possibilitar a uma pessoa doente ou idosa continuar a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não consegue fazer sozinha de modo a assegurar a sua vida quotidiana, era tarefa desempenhada pelo meio familiar, a ponto de ser reconhecida como um dever familiar. De acordo com IMAGINÁRIO (2008), a preocupação de proteger os idosos dependentes é uma das questões dos finais do século XX, visto que a prestação de cuidados a estes provêm do seio familiar. A partir dos finais deste século, as famílias ocidentais caracterizaram-se por uma diversidade de modos de convivência, mas manteve-se a coesão e a solidariedade familiar, assumindo esta, um papel básico e fundamental na proteção e no cuidar dos seus membros, observando-se também nas relações familiares, sentimentos de solidariedade e reciprocidade, manifestados de diferentes formas. (idem)

Na perspetiva de IMAGINÁRIO (2008), a necessidade de cuidados tem acompanhado a evolução da humanidade e desenvolvido laços de interdependência entre as pessoas, em que a família é o mais antigo e ainda o mais empregue serviço de assistência à saúde no mundo.

1.1 - A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

A família tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, sendo o reflexo de uma sociedade em mudança. Nos tempos mais remotos, e de acordo com SARMENTO, PINTO e

MONTEIRO (2010), a família era vista num contexto mais alargado, isto é, a vida ativa da pessoa era ocupada com a criação dos filhos e organizada de acordo com esta atividade, sendo a mulher o elemento central desta função. No entanto, presentemente, verifica-se uma realidade distinta, na qual as mulheres casam mais tarde, optam por ter menos filhos ou por não os ter, têm uma carreira profissional, tudo isto a par de uma vida matrimonial (idem). De realçar ainda que, a rutura com as regras institucionalizadas, a facilidade na obtenção do divorcio, a mudança da natureza da união conjugal e a baixa taxa de fecundidade facilitaram a existência de famílias monoparentais e reconstruídas, verificando-se uma maior tolerância por parte da sociedade e visualizando-se um número cada vez maior de tipos de lares e famílias. (idem)

IMAGINÁRIO (2004) refere igualmente que, por um lado, atualmente, verifica-se que existem diferentes modelos de família, cuja estabilidade de relações se encontra frequentemente alterada, acompanhando as transformações da sociedade global. Tem-se vindo a assistir a um processo de mudanças estruturais da família, na sua composição e nos papéis desempenhados pelos seus membros (idem). O fenómeno da incorporação da mulher no mercado laboral, a diminuição da fecundidade e menor tamanho do agregado familiar, as migrações do meio rural para o urbano e para países estrangeiros, a maior mobilidade dos elementos da família e a sua consequente dispersão geográfica, e o aumento do número de famílias de divorciados e recasados, têm levado, nos últimos anos, à diminuição da população de cuidadores informais. Por outro lado, este autor relata que os padrões recíprocos de apoio e os cuidados intergeracionais prolongam-se ao longo do ciclo de vida da família

Na perspetiva de RELVAS (1996), na família, a mudança é contínua, sendo que a ideia de que a momentos de transformação se seguem momentos de serenidade e estabilidade é inaceitável no contexto em que a família está em constante desenvolvimento. Toda e qualquer família está sujeita a mudanças, ao *stress* e necessariamente, passa por várias crises ao longo do seu desenvolvimento (idem). As famílias diferenciam-se na forma como são capazes de ultrapassar ou lidar com essas crises e encontrar o caminho que lhes permita a reestruturação que as faz avançar no sentido da evolução: "diferenciam-se na flexibilidade, na possibilidade de encontrar o equilíbrio dinâmico na abertura-fecho do sistema «forçando» um ao outro aspeto conforme o momento evolutivo o exige" (RELVAS, 1996, p.31). De acordo com SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010), as transformações familiares derivam das alterações socioculturais e tecnológicas, em que as diversas estruturas e composições da família são determinadas por variáveis ambientais, sociais, económicas, culturais, políticas e religiosas.

STANHOPE e LANCASTER (2008) referem que, tradicionalmente, a família tem sido definida utilizando conceitos de relacionamento, tais como, biológicos, genéticos, de sangue, adoção, tutela ou casamento. No entanto, não são apenas os laços parentais que definem o conceito de rede familiar, mas também os laços sentimentais entre as pessoas, a proximidade geográfica, a coabitação na mesma residência ou a utilização de redes de apoio de que se serve (STANHOPE e LANCASTER, 1999). Desde os anos de 1980 que foi promulgada uma

definição mais ampla, na qual a família corresponde a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio físico, emocional e/ou financeiro. (STANHOPE e LANCASTER, 2008)

RICE, (2004) menciona que, a unidade familiar corresponde a um grupo de indivíduos que vivem junto ou em íntimo contacto, que proporciona cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem e uns aos outros. Numa definição mais lata, a família diz respeito a um

> "(…) conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo". (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2005, p. 65)

Nesta sequência, pode-se afirmar que o conceito de família foi evoluindo ao longo dos tempos, assim como as suas funções enquanto sistema e as funções de cada indivíduo que a constitui. HANSON (2005) refere que, a literatura sobre enfermagem de família define diferentes abordagens para os cuidados inerentes ao mesmo, apresentando quatro perspetivas distintas, tais como, a família como o contexto de desenvolvimento individual, como um cliente, como um sistema e como uma componente social.

Todavia, o fundamental é considerar a família como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna única. Assim, a família deve ser vista como um sistema aberto que está em constante interação consigo próprio e com o exterior. Inclusivamente, RELVAS (1996) refere que, cada família enquanto sistema é um todo mas é também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra. É, portanto, um sistema entre sistemas, tornando-se essencial a exploração das interações e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros (ANDOLFI, 1981, citado por ALARÇÃO, 2000). Contudo, o todo não corresponde à soma dos seus elementos nem dos seus atributos. (ALARCÃO, 2000)

O desempenho das funções de cada elemento está relacionado com a etapa do ciclo vital em que se encontram. É na família e com a família que cada pessoa procura o apoio necessário para ultrapassar os diferentes momentos que surgem ao longo do ciclo vital. Assim, a família enquanto sistema, a viver uma transição situacional, em que um dos seus elementos é o cuidador da pessoa idosa dependente, situa-se de acordo RELVAS (2006), na última etapa do ciclo vital da família - A família com filhos adultos. Esta etapa é um período de grande movimentação familiar, em que entram novos elementos, os parentes por afinidade, os netos e por vezes as gerações mais idosas (os pais dos pais), que depois voltam a sair por hospitalização, colocação em lares ou morte. (RELVAS, 2006)

ALARCÃO (2000) referencia ainda que, na última etapa do ciclo vital da família é essencial que exista uma aprendizagem do envelhecimento e, por conseguinte, uma nova regulação do processo de autonomia - dependência. A representação que cada família tem acerca da idade e a forma como organiza as suas vivências constituem um cariz elementar na

perceção do envelhecimento (idem). De salientar ainda, que a aprendizagem do envelhecimento, por parte da geração intermédia, é fundamental na gestão da relação que se estabelece entre os cônjuges e entre os pais e os filhos, seus futuros cuidadores. (ALARÇÂO, 2000)

De uma forma geral, na sociedade atual e de acordo com SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010), a estrutura de uma família representa as posições ou estatuto ocupadas pelos indivíduos na unidade familiar, com ocorrência de interações e relações. Segundo estes autores, por um lado os indivíduos são orientados por papéis, que correspondem às expectativas de comportamento, direitos e obrigações que estão relacionados a uma determinada posição na família ou grupo social. Por outro lado, todas as famílias exercem determinadas funções para manter a integridade da unidade familiar e dar respostas às suas necessidades e às expectativas da sociedade, como seja, as funções de geradora de afeto, proporcionadora de segurança e aceitação pessoal, proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade, promotora da continuidade das relações, e proporcionadora de estabilidade e socialização. Acrescentam ainda que, uma das funções básicas da família consiste em proteger a saúde dos seus membros, facultar apoio e respostas às necessidades básicas em saúde. Para LAGE (2005), no decurso das duas últimas décadas, a crise dos sistemas de saúde e de proteção social, resultante em grande parte do envelhecimento, confere às famílias a responsabilidade dos cuidados e faz com que os Estados descubram o papel central da família nos cuidados às pessoas idosas.

Também FIGUEIREDO (2007) defende que, apesar de todas estas transformações, em Portugal, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente. Neste sentido, e segundo SEQUEIRA (2010), cuidar destes cuidadores constitui uma via de eleição para assegurar a qualidade do seu desempenho, a preservação da saúde e do bem-estar da díade pessoa idosa - cuidador.

1.2 – O CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE

O contexto da prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: o cuidado formal e o cuidado informal (SEQUEIRA, 2010). No âmbito do cuidado formal, a prestação de cuidados é realizada por profissionais devidamente qualificados, sendo designados por cuidadores formais, visto que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel, estando integrados na atividade profissional de acordo com as competências próprias de cada profissional da saúde. No âmbito do cuidado informal, a prestação de cuidados é realizada, preferencialmente, no domicílio sob a responsabilidade dos elementos da família, amigos ou vizinhos, sendo designados por cuidadores informais. Os cuidados informais são, assim, executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos (SEQUEIRA, 2010). SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010) citam igualmente que, os cuidados recebidos pelo idoso dependente no domicílio

podem ser de dois tipo, os cuidados formais de âmbito profissional, e os cuidados informais prestados pela rede familiar, vizinhos e amigos, o qual não é remunerado, sendo prestado de forma parcial ou integral. Também LAGE (2005) refere que, o cuidador informal e família cuidadora são termos que se reportam a pessoas não pagas, tais como família, amigos e vizinhos que prestam cuidados. Para, FIGUEIREDO (2007) O cuidado informal resulta das interações entre um membro da família, amigo ou vizinho, que ajuda outro de forma não antecipada, regular e não remunerada, a realizar atividades que são necessárias para viver com dignidade, sendo a componente relacional ou afetiva central neste conceito.

Este termo de cuidador informal, bem como de prestador informal de cuidados ou cuidador familiar têm constituído parte da literatura acerca da prestação de cuidados. Embora, não exista unanimidade entre investigadores, políticos, profissionais, cuidadores e recetores de cuidados acerca destes conceitos, é aceite pela maior parte dos autores que estes conceitos se definam em função de uma relação, isto é, que pressuponha a figura da pessoa que perdeu, de certa forma, a sua independência e autonomia. (FIGUEIREDO, 2007)

Prestador de cuidados é o "indivíduo com as características específicas: Aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente" e o membro da família prestador de cuidados diz respeito ao "Prestador de cuidados com as características específicas: Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família." (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2006, p. 172)

SEQUEIRA (2010) reforça a designação de cuidador familiar, uma vez que a literatura refere que, a maioria dos prestadores de cuidados são familiares e, que de acordo com LAGE, (2005) a função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família.

Segundo STANHOPE e LANCASTER (2008), estima-se que nos Estados Unidos, 66% dos cuidadores familiares não pagos, são mulheres, e destas a maioria são filhas ou noras de meia-idade, enquanto que 44% dos cuidadores são homens.

A tradição cultural portuguesa, no entender de FIGUEIREDO (2007), atribui às famílias, particularmente, aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados, sendo que o cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família LAGE (2005) acrescenta que, tal como se reflete no seu estudo, são as mulheres que maioritariamente desempenham o papel de cuidadoras principais. Habitualmente, são as mulheres quem assumem o papel de cuidadores principais, sendo os cônjuges a principal fonte de assistência ao idoso dependente, e na ausência destes, os descendentes constituem a segunda fonte de prestação de cuidados. (FIGUEIREDO, 2007). Tendo em conta o mesmo assunto, PIMENTEL (2008) afirma que os cuidadores familiares são constituídos essencialmente por mulheres, funcionando os homens como apoio de retaguarda para pequenas tarefas, vigilância ao idoso dependente, ou como uma importante fonte de apoio emocional para as cuidadoras. Na perspetiva de FLORIANI (2004), a família é a principal origem do cuidador, sendo as mulheres adultas e idosas que prevalecem nestes cuidados. Porém, há também registos de cuidadores masculinos, de

crianças e adolescentes (idem). A proximidade parental (esposas e filhas), proximidade física, proximidade afetiva e o facto de ser mulher são fatores preponderantes na determinação do cuidador familiar (idem). Os dados mais consensuais de SEQUEIRA (2010) sugerem, igualmente, que o cuidar se realiza essencialmente no feminino e por familiares próximo do idoso, que habitualmente vivem em coresidência, pela proximidade física e afetiva que existe entre a pessoa idosa dependente e o cuidador, e é preferencialmente exercício pelo sexo feminino, recaindo frequentemente sobre a mulher e destas a esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras.

No estudo de PIMENTEL (2008), em termos globais, observa-se que os cuidados assegurados por um único cuidador são dominantes, sendo que as fratrias que cuidam em rotatividade, com a colaboração de todos os elementos ou só de alguns estão em minorias. Porém, raramente o cuidador familiar está completamente sozinho no desempenho deste papel, sendo os irmãos, cônjuges, filhos, vizinhos ou amigos benéficos na gestão dos cuidados (idem). Para esta autora, existem princípios justificativos da assunção de responsabilidade nos cuidados a pessoas idosas dependentes, tais como: do dever, da reciprocidade, da afetividade, da piedade, da solidariedade e de interajuda aos filhos e aos netos. Para FIGUEIREDO (2007), geralmente, a tarefa de prestação de cuidados ao idoso não é partilhada, sendo a família que assume a maioritariamente a assistência ao idoso dependente, existindo em cada família um cuidador principal que assume a maioria dos cuidados, sem que tenha havido um acordo explícito entre os membros da família. Da mesma forma, IMAGINÁRIO (2008) reforça que, na maioria das famílias, é uma única pessoa que assume a responsabilidade da prestação de cuidados ao idoso, recaindo principalmente nas mulheres.

De acordo com FIGUEIREDO (2007), a tarefa de cuidar recai tradicionalmente sobre o elemento feminino mais próximo, havendo, porém, uma crescente participação dos homens no desempenho deste papel. Quanto à idade, a maioria dos cuidadores informais têm uma média de idades entre os 45 e os 60 anos, sendo influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, assim, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador (idem). Segundo este autor, na maioria das situações, os cônjuges são a principal e única fonte de assistência ao idoso dependente. Normalmente, na ausência do cônjuge, é a filha que assume esta responsabilidade e, na inexistência desta, será o filho, verificando-se, por vezes, a transferência desta responsabilidade para a esposa. Os casados constituem a maior proporção dos que prestam cuidados a um familiar idoso dependente, seguindo-se os solteiros, ou divorciados/separados e em proporções menos significativas, os viúvos. Quanto à área geográfica, normalmente os cuidadores vivem próximo do idoso em situação de dependência (idem).

No entender de ANDRADE (2009), os idosos ainda que estejam bastante segregados das estruturas formais da sociedade, estão bem integrados nas redes sociais de apoio informal da família, amigos e vizinhos. Os cuidados prestados pelas famílias cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas,

proporcionando-lhes suporte psicológico, emocional, financeiro e cuidados e assistência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. (LAGE, 2005)

ANDRADE (2009) refere, identicamente, que embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no bem-estar subjetivo, pois os encontros com a família nem sempre são fáceis, e são geralmente ritualizados e estéreis, enquanto o encontro com amigos é visto de uma forma mais estimulante e positivo. Este facto deve-se em grande parte, a uma maior frequência de atividades de lazer com os amigos, do que com a família, e também porque a interação com os amigos tem qualidades únicas, que facilitam o transcender a rotina e a realidade do dia a dia, facilitando situações de liberdade, reciprocidade positiva, que incitam ao divertimento e trocas subjetivas significativas (idem). De uma forma geral, os amigos são reconhecidos como tendo um importante papel na moral do idoso, sendo os aspetos mais valorizados da amizade, o prestar cuidados, a partilha de interesses e a confiança. (idem)

Ainda segundo o mesmo autor, a distinção entre familiares e amigos, como apoio social dos idosos não está bem definida. Todavia, esta distinção é menos relevante do que a importância de haver uma rede social de apoio ao idoso, e nomeadamente, haver relações sociais íntimas entre o idoso e outra pessoa, seja familiar ou não.

No grupo das relações exteriores à família, destaca-se o papel da vizinhança (ANDRADE, 2009). A relação que se estabelece entre vizinhos, ainda que amistosa, não é de amizade, é uma relação predominantemente instrumental em situações, como compras, olhar pela casa, situações de emergência, e dá um sentido geral de segurança, originado pela proximidade, embora não seja raro os vizinhos tornaram-se amigos (idem). Por vezes, verifica-se uma atitude defensiva por parte dos vizinhos, quando a situação do idoso é demasiado pesada ou há uma grande concentração de idosos na área (idem). A prestação de cuidados ao idoso varia com uma série de fatores, tais como o tipo e grau de dependência; ao prestador de cuidados, tal como a idade e disponibilidade; à história passada e atual do relacionamento mútuo, entre outros. (ANDRADE, 2009)

A família constitui, assim, o grupo primário básico de apoio e tem o papel mais relevante no cuidar a longo prazo de pessoas idosas dependentes. Na maioria das famílias a escolha do cuidador é muito delicado, influenciado pelas características e experiências pessoais de cada elemento da família e pelo contexto em que se encontra (SEQUEIRA, 2010). De referir que, o tipo de cuidados a prestar pode ainda ser outro dos fatores que influencia a natureza do cuidar. O tipo de necessidades e a gravidade da situação clínica determinam a intensidade e frequência dos cuidados a serem prestados e, consequentemente influenciam na adoção do papel de cuidador. (SEQUEIRA, 2010)

No estudo realizado por SEQUEIRA (2007), as principais razões na adoção do papel de cuidador são: por iniciativa própria (61%), por decisão familiar (18%), por ser a única pessoa que podia cuidar (12%), por solicitação da pessoa dependente (6%) e 3% não souberam especificar. Segundo FIGUEIREDO (2007), existem outras razões de carácter circunstancial ou factual que podem ser determinantes para a assunção da prestação de cuidados, tais como, a

coabitação, mais frequente entre marido e mulher; proximidade geográfica; inexistência de estruturas de apoio e custo financeiro da institucionalização.

Todavia, na perspetiva de LAGE, (2005), cuidar um idoso dependente nem sempre é uma atividade consciente, dado que, frequentemente, os cuidadores veem na situação uma extensão das relações pessoais e familiares, mais do que uma atividade como cuidador. Na mesma linha de pensamento ANDRADE (2009) assume que, muitos dos cuidadores, sobretudo cuidadores idosos, nunca reconhecem que são cuidadores.

FIGUEIREDO (2007) ressalta que, a investigação acerca da prestação informal de cuidados ao idoso dependente tem operacionalizado as tarefas desempenhadas como o apoio nas atividades básicas, nos cuidados de higiene pessoal, no vestir, na mobilidade, no alimentar-se, entre outros; e nas atividades instrumentais, como o transporte, compras, tarefas domésticas, preparação de refeições, gestão financeira, administração de medicamentos, entre outros. SEQUEIRA (2010) acrescenta a esta conceptualização que, o papel do cuidador informal é algo complexo, visto que necessita de realizar inúmeras funções novas, tais como, supervisionar/incentivar as atividades físicas, de lazer e sociais; supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diária; e prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso. Em muitos contextos o cuidar baseia-se na prestação de cuidados diretos, sendo de realçar ao nível das atividades de vida diárias as seguintes tipologias: preocupação, supervisão, orientação, ajuda parcial e substituição, sendo muitas vezes estas tipologias necessárias em simultâneo. (SEQUEIRA, 2010)

FIGUEIREDO (2007) reforça ainda que, apesar de muitos cuidadores informais considerarem a tarefa de prestação de cuidados a um familiar idoso dependente como gratificante e uma oportunidade de enriquecimento pessoal, tal tarefa tem consequências negativas sobre a saúde e bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores.

1.2.1 - Impacto da prestação de cuidados no cuidador familiar

A natureza das repercussões associadas ao cuidar de uma pessoa idosa dependente advém de contextos dinâmicos que interagem entre si, tais como o contexto do idoso dependente, o contexto do cuidador e o contexto do meio, nos quais se verifica um processo de influência mútua (SEQUEIRA, 2010). De uma forma geral, o contexto do idoso dependente está relacionado com a necessidade de cuidados, o contexto do cuidador com a capacidade para cuidar e o contexto do meio com variáveis essencialmente mediadoras, sendo de destacar, o suporte social, os serviços formais de apoio, a coresidência, os recursos comunitários, a cultura, a habitação, a valorização social do cuidar, o contexto em que são realizados os cuidados, a legislação, os apoio de familiares/amigos/vizinhos, a estrutura e dimensão familiares. (SEQUEIRA, 2010)

Baseado em estudos acerca das consequências da dependência nos idosos e o modo como essa dependência afeta a estrutura familiar, BOLANDER (1998) afirma que quando a

família tem um elemento doente, todos os seus membros padecem de ansiedade e *stress.* Por um lado, os membros da família preocupam-se com a gravidade da doença, com o sofrimento e com a possível morte, pelo que desenvolvem sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança, frustração e depressão. Por outro, a unidade familiar sofre alterações no seu estilo de vida a diversos níveis, desde a privacidade até aos rendimentos. No estudo efetuado por ANDRADE (2009), cuidar de pessoas idosas dependentes implica alterações na dinâmica familiar do cuidador, uma vez que o idoso passa a ser o centro das atenções. Os cuidadores passam a ter menos tempo disponível para si e para a família, privando-se do seu descanso e das atividades sociais. Os sentimentos partilhados pelos cuidadores neste estudo são de depressão, *stress* e sentimentos contraditórios ou de ambivalência que põem em causa a relação de manutenção de uma reciprocidade equilibrada para com a pessoa idosa. (idem)

A vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes, de acordo com IMAGINÁRIO (2008), pode ser afetada de diferentes formas, sendo frequente, os cuidadores manifestarem modificações ao nível das relações familiares, no trabalho e na situação económica, no seu tempo de lazer, na saúde e no seu estado de ânimo. Assim, cuidar de um idoso dependente implica inúmeras exigências que podem prejudicar a vida do cuidador principal, nas áreas do domínio físico, psicológico e social. No estudo efetuado por IMAGINÁRIO (2008), no domínio físico surgiram três subcategorias, a fadiga, visto que o cuidador poderá ficar fisicamente exausto e sofrer diversos problemas físicos; alterações na saúde, uma vez que a tarefa de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica uma ameaça à saúde do cuidador; e perturbações no repouso/sono, que advém do esforço desenvolvido para cuidar do idoso dependente. Nas repercussões ao nível psicológico, sobressaiu a subcategoria *stress*, em que o cuidador corre o risco de ficar isolado e, consequentemente, sofrer de alterações de *stress*, tais como, ansiedade, isolamento e depressão. No domínio socioprofissional emergiram as subcategorias do isolamento, pois a vida do cuidador tende a empobrecer e a circunscrever-se ao idoso dependente; renúncias ao emprego, pelo facto de assumirem a prestação de cuidados viram-se obrigados a mudarem de emprego ou abandonarem a atividade profissional que desempenhavam; e o comprometimento da vida social, uma vez que cuidar do idoso dependente exige muito tempo e dedicação. (IMAGINÁRIO, 2008)

Segundo LAGE (2005), cuidar de um familiar idoso pode constituir uma experiência física e emocionalmente stressante tanto a nível individual como familiar. O *stress* ocorre quando existe um desequilíbrio entre as exigências impostas à família e os seus recursos e capacidades para resolver os problemas (idem). Os diferentes modelos de *stress* apresentam em comum três conceitos chave, os *stressores* aos quais as pessoas estão expostas, ou seja, as condições problemáticas e as circunstâncias difíceis vividas pelos prestadores de cuidados; os mediadores que as pessoas são capazes de mobilizar, isto é, os recursos pessoais, sociais e materiais que ajudam a alterar ou regular a relação causal entre *stressores* e resultados; e finalmente a maneira como as pessoas experimentam o *stress* em termos de consequência, os resultados ou efeitos na saúde física e bem-estar emocional do cuidador familiar/família. Os

stressores podem ser primários e secundários. Os primários dizem respeito às exigências objetivas, aos cuidados de carácter instrumental. Os secundários emergem como problemas noutros papéis sociais, relações de trabalho, sentimentos, como por exemplo, os conflitos familiares e laborais como a restrição da atividade social e de lazer. (idem)

O cuidar está associado a um conjunto de agentes *stressores*, que decorrem da relação da prestação de cuidados e da qual pode resultar, em maior ou menor intensidade, sobrecarga ou satisfação do cuidador, ou seja, em repercussões positivas ou negativas (SEQUEIRA, 2010). Verifica-se que a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio está frequentemente associada a inúmeras repercussões pessoais, sociais e económicas, que se denominam de sobrecarga (idem). Tratar-se de um constructo multifacetado, referente aos constantes problemas existentes numa situação de prestação de cuidados, cuja definição ainda não é consensual (FIGUEIREDO, 2007). Porém, segundo SEQUEIRA (2010), o termo sobrecarga refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente, neste caso, com uma pessoa idosa dependente.

Na perspetiva de STANHOPE (2008), os múltiplos papéis e responsabilidades dos cuidadores, podem levar a uma experiência de sobrecarga dos mesmos, sendo esta influenciada por um número de fatores, incluindo as condições socioeconómicas, recursos do cuidador e *stress* específicos. Para FLORIANI (2004), esta sobrecarga repercute-se tanto a nível físico, psíquico, social como financeiro. Este autor faz referência a estudos que demonstram um maior risco de enfarte agudo do miocárdio e de morte para os cuidadores familiares adultos e idosos. Relativamente ao contexto psicossocial do cuidador, este pode sofrer modificações que se verifica através da exclusão social, do isolamento afetivo e social, da depressão, do desgaste nos relacionamentos, da perda da perspetiva de vida, dos distúrbios do sono e de um maior uso de psicotrópicos (idem). No que diz respeito à questão financeira do cuidador e da família, o autor refere estudos que demonstram que 20% dos cuidadores familiares perderam os seus empregos, 31% das famílias tiveram perda quase total ou total das suas reservas financeiras, e 29% das famílias perderam a principal fonte de rendimento.

Diversos estudos revelam síndromes depressivas, podendo associar-se à progressiva deterioração do estado do idoso, à redução do tempo livre e à ausência de apoio (FIGUEIREDO, 2007). Emergem, igualmente, sentimentos de ansiedade e preocupação pela saúde do familiar, pela própria saúde, pelos conflitos do relacionamento familiar e social, associados pela redução do tempo livre e lazer (idem). Por outro lado, por vezes, os sentimentos de culpa encontram-se presentes por saturação em relação à pessoa que cuida, por pensar que não está a fazer tudo o que pode, por desejar a morte do familiar ou por descurar outras responsabilidades. (FIGUEIREDO, 2007)

RICARTE (2009) acrescenta ainda que, existem dois níveis das repercussões no cuidador familiar aquando do cuidar de pessoas idosas dependentes: as objetivas, que são resultantes da prática dos cuidados, e as subjetivas, que percecionam as primeiras. A carga

objetiva é definida como toda a alteração observável e verificável, e a subjetiva como o sentimento de uma obrigação causada pelas tarefas desempenhadas, que se manifestam através de *stress* ou sofrimento (idem). Da mesma forma, FIGUEIREDO (2007) e LAGE (2005) fazem referência à sobrecarga objetiva e subjetiva, referindo que proporcionar cuidados durante longos períodos de tempo pode ser física e psicologicamente esgotante e interferir na saúde e bem-estar do cuidador.

SEQUEIRA (2010) afirma mesmo que, esta temática tem sido largamente explorada por muitos investigadores, que abordam as repercussões associadas ao cuidar em termos de sobrecarga, distinguindo habitualmente duas dimensões: objetiva e subjetiva. No domínio da sobrecarga objetiva, a literatura privilegia a sobrecarga apresentada pelo cuidador, pois a sua posição principal na relação da prestação de cuidados tem como consequência a de destinatário das principais repercussões associadas ao cuidar. O componente objetivo da sobrecarga ocorre em consequência da natureza e da necessidade de cuidados, em função dos sinais e sintomas orgânicos e psíquicos (idem). A sobrecarga subjetiva consiste na perceção pessoal do cuidador familiar sobre as consequências do cuidar. Este tipo de sobrecarga reflete-se através de alterações psicológicas e de sofrimento, com impacto na saúde mental dos cuidadores, estando intrinsecamente ligada com as estratégias de *coping* que estes utilizam (idem). Segundo este autor, a sobrecarga está diretamente associada às dificuldades objetivas e/ou subjetivas que o cuidador sente no cuidar, pelo que se afirma que a sobrecarga varia de forma diretamente proporcional às dificuldades.

1.2.2 – Necessidades do cuidador familiar

Quando se fala em necessidades associa-se a este conceito a noção de valores, pois cada pessoa atribui-lhe um significado, daí que as necessidades são relativas aos indivíduos e aos contextos onde estão inseridas, dependendo assim dos seus valores e crenças. BOLANDER (1998) refere que, uma necessidade é uma exigência ou uma falha, podendo ser físicas ou psicológicas. O relativo valor de cada necessidade é influenciado pelas expectativas pessoais, influências sociais e culturais, saúde física e nível de desenvolvimento psicofisiológico (idem).

Segundo o mesmo autor, Maslow desenvolveu uma das primeiras teorias baseadas nas necessidades humanas, organizando-as de forma hierárquica, de modo a enfatizar as relações entre elas, em que uma necessidade cria um impulso que motiva o indivíduo a satisfazê-la. O esquema deste teórico apresenta cinco níveis de necessidades: necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença e amor, de estima e auto-atualização (realização pessoal). Os dois primeiros níveis situam-se no plano da sobrevivência e as restantes no campo da vida social (BOLANDER, 1998). Uma correlação da hierarquia das necessidades de Maslow pode ser verificada nas catorze componentes dos cuidados de enfermagem de Henderson, que inicia com as necessidades físicas e progride para as psicossociais (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). A autora define catorze necessidades, em que cada uma delas é composta

pelas várias dimensões que caracterizam o ser humano - biológica, psicológica, social, cultural e espiritual (idem).

Na perspetiva de FIGUEIREDO (2007), o processo de identificar as necessidades dos cuidadores familiares é complexo, dada a individualidade de cada cuidador, a fase de prestação de cuidados e o contexto em que ocorre. Acrescido a isto, os próprios cuidadores familiares sentem algumas dificuldades em formular e identificar as suas necessidades, principalmente quando não conhecem as respostas formais existentes (idem). Todavia, a literatura evidencia alguns tipos de necessidades mais frequentes, tais como, ajudas práticas e técnicas, apoio financeiro, apoio psicossocial, tempo livre, informação e de formação. (FIGUEIREDO, 2007)

Quanto às necessidades de ajudas práticas e de ajudas técnicas, os cuidados ao domicílio de enfermagem ou de higiene, o apoio nas tarefas domésticas e na preparação das refeições são primordiais, bem como o material técnico adequado facilita consideravelmente as tarefas do cuidador (idem). Relativamente às necessidades de apoio financeiro, é de referir que a prestação de cuidados constitui mais um encargo financeiro, sendo mais pesado para os cuidadores que pertencem às classes sociais mais baixas, que resultam da escassez de rendimentos, fruto dos baixos valores das pensões e/ou reformas. Neste âmbito, as necessidades situam-se a diversos níveis, nomeadamente, apoio para despesas médicas e medicamentos, internamento e equipamento, a par dos elevados gastos com as mesmas (idem). Outras das necessidades mais sentidas pelos cuidadores é a de apoio psicossocial, isto é, ter alguém com quem falar acerca das experiências, dificuldades, preocupações e satisfações inerentes à prestação de cuidados. Observa-se, igualmente, a necessidade de reconhecimento, ou seja, a pessoa que dá e sacrifica, necessita de ser apreciada e valorizada para manter o seu equilíbrio (idem). Os grupos de apoio raramente são mencionados como uma necessidade dos cuidadores familiares, com exceção dos que já pertencem a esses grupos. No entanto, os grupos de apoio desempenham um papel fundamental na quebra do isolamento e solidão que, geralmente acompanham o cuidador, visto que favorecem a interação social (idem). Um outro tipo de necessidade consiste na necessidade de tempo livre, em que o cuidador pode ser temporariamente dispensado das tarefas e responsabilidades, ficando com tempo livre para si próprio. Estas necessidades traduzem-se em substituição durante algumas horas, dias ou ao longo de várias semanas consecutivas, no caso de férias. Por último, as necessidades de informação e de formação são sentidas, principalmente, quando se instala a dependência de forma repentina, na qual os cuidadores necessitam de informação acerca dos serviços disponíveis, subsídios e direitos. (FIGUEIREDO, 2007)

No estudo efetuado por IMAGINÁRIO (2008), os cuidadores principais revelaram sentir necessidades no cuidar que se prendem com recursos humanos, financeiros, materiais, apoios institucionais e ter saúde. As necessidades evocadas pelos cuidadores foram organizadas nas seguintes categorias: ajuda de outrem, pois muitos cuidadores assumem toda a responsabilidade e sentem-se sobrecarregados, e inclui duas subcategorias de apoio, no âmbito das tarefas e emocional, neste último devido às situações de solidão e isolamento;

ajuda dos serviços de saúde, visto que os cuidadores precisam de informação sobre os cuidados a prestar e ajuda para desenvolver essa função, e contém três subcategorias, de informação, prestação de cuidados e material clínico; material técnico, de forma a facilitar a manutenção do idoso no domicílio; ajudas económicas, devido às limitações financeiras associadas à perda económica e ao acréscimo de gastos devido à dependência do idoso; e ter saúde, pois a tarefa de cuidar de alguém, embora seja nobre, abarca um risco potencial de doenças, sejam estas físicas ou mentais. (idem)

Da análise global do estudo efetuado por SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010), são evidenciadas as necessidades cognitivas, onde se insere a informação e o ensino no componente teórico/prática; a necessidade de apoio domiciliário por parte do Centro de Saúde, cuidados técnicos, acompanhamento e orientação; necessidades de redes de apoio por parte da misericórdia e lares; e por último necessidades de apoio socioeconómico, tais como, apoio social, assistência, orientação, material de compensação e adaptação habitacional.

Dificilmente se pode apoiar as pessoas sem a compreensão total das suas necessidades, sendo que só se poderá alcançar uma compreensão mais abrangente ao se considerar, entre outros aspetos, a perceção do cuidador em relação a potenciais fontes de *stress*, recompensas e satisfações da prestação de cuidados, eficácia das estratégias de *coping*, suporte social recebido, motivação e capacidade para prestar cuidados e a relação da pessoa de quem cuida (FIGUEIREDO, 2007). Desta forma, a eficácia da intervenção exige que se tenha em consideração e se valorize os pontos de vista dos cuidadores no processo de avaliação das suas necessidades. Deve-se, assim, considerar as opiniões e perspetivas dos cuidadores no planeamento das intervenções, emergindo a importância de realizar intervenções multidimensionais, com vista à satisfação das suas necessidades. (FIGUEIREDO, 2007)

O CADI é um instrumento fundamental na formulação do diagnóstico das necessidades. De acordo com SEQUEIRA (2010), este instrumento de avaliação das dificuldades do cuidador é constituído por trinta potenciais dificuldades, sendo organizadas em seis fatores, tais como, os problemas relacionais, as restrições sociais, as exigências do cuidar, as reações ao cuidar, o apoio familiar e o apoio profissional, as quais estão relacionadas, em termos gerais, com o cuidar do idoso e suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e no apoio dos profissionais aos cuidadores. Constitui um instrumento útil para identificar as necessidades/dificuldades dos cuidadores no cuidar, que possibilita adequar as respostas formais a implementar em cada situação em concreto (idem). Este, é um índice essencialmente desenvolvido para ser aplicado em termos clínicos, no entanto pode ser útil ao nível da investigação, visto que permite de forma qualitativa e quantitativa mensurar e descrever as dificuldades primordiais do cuidador (idem). A sua aplicação numa fase precoce pode facultar a implementação de um conjunto de intervenções capazes de evitar a rutura da díade idoso-cuidador. Por outro lado, pode ser útil para avaliar a eficácia de programas de intervenção dirigidos aos cuidadores (idem). Segundo o mesmo autor, este instrumento é sensível ao sexo, rendimentos do idoso, grau de dependência,

exteriorização cognitiva (contexto do idoso), à idade, situação profissional, perceção de gravidade e estado da saúde (contexto do cuidador), à duração do cuidar, número de horas do cuidar, ao tipo de ajudas, gastos com o cuidar e com o suporte social (contexto da prestação de cuidados).

A aplicação do CADI no estudo de SEQUEIRA (2007) permitiu criar outras categorias/dimensões de acordo com a especificidade dos cuidadores em Portugal. Neste estudo, os fatores que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores no cuidar de uma pessoa idosa dependente estão relacionados com os problemas relacionais, as restrições sociais e as exigências do cuidar.

Segundo SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010, citado por NOLAN et al., 1990), o CADI é um instrumento que tem como objetivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes na prestação de cuidados a familiares idosos e a maneira como os cuidadores percecionam e vivenciam essas dificuldades. O conjunto de informações permitirá ao profissional de saúde, estabelecer o plano individualizado de cuidados ou intervenções que melhor respondam às necessidades específicas de cada família. (SARMENTO, PINTO e MONTEIRO, 2010, citado por NOLAN et al., 1996)

Na perspetiva de LAGE, (2005), os profissionais de saúde que lidam com os cuidados aos idosos devem reconhecer que a experiência do cuidado pode ter consequências negativas a longo prazo e, compreender os problemas com que os idosos se deparam, a dinâmica da prestação de cuidados prestado pelos familiares, o *stress* que isso origina e trabalhar com as famílias para aliviar a sobrecarga. A situação de exaustão física e psicológica dos cuidadores afirma-se como uma importante área de intervenção dos profissionais de saúde, que tendo na família os seus parceiros de cuidados, têm o compromisso de intervir junto das famílias envolvidas física e emocionalmente em eventuais situações de sobrecarga, prevenindo situações de risco (idem). Estes profissionais devem ter na família potenciais aliados, pois facilita a identificação dos problemas, a definição e implementação de estratégias de intervenção individualizadas, preventivas e terapêuticas, e a avaliação dos resultados. (LAGE, 2005)

SEQUEIRA (2010) menciona, igualmente, que os cuidadores de idosos dependentes devem ser objeto de diagnóstico e intervenção pelos profissionais de saúde, em que os enfermeiros têm a responsabilidade essencialmente ao nível do diagnóstico das principais dificuldades, capacidade para o desempenho do papel de cuidador, nível de conhecimentos, sobrecarga, satisfação e estratégias de *coping*. Segundo este autor, a literatura refere que um dos problemas de maior importância na maioria dos cuidadores, diz respeito ao domínio da informação. A problemática da informação é particularmente relevante, uma vez que é fundamental para uma prestação de cuidados adequados e para a preservação e promoção da saúde do idoso dependente/cuidador. A maioria dos programas direcionados aos cuidadores, com o intuito de melhorarem os seus conhecimentos e a compreensão do problema, obtêm ganhos positivos a nível do cuidador e do idoso alvo de cuidados. Os apoios sociais e económicos também têm um papel decisivo na manutenção do idoso dependente que se

encontra no domicílio (idem). Já o apoio emocional tem como objetivo diminuir a morbilidade, principalmente ao nível da depressão e ansiedade do idoso dependente e do cuidador familiar. De referir ainda, que o apoio psicológico constitui um dos principais elementos de ajuda, sendo essencial para um relação de confiança e permuta. (idem)

Para LAGE (2005), o papel de cuidador exige conhecimentos e competências específicas, pelo que os profissionais de saúde devem ajudar as famílias cuidadoras a serem competentes, de modo a que estas possam fazer uso adequado dos recursos pessoais e sociais que lhes permitam o controlo das situações e a resolução dos problemas. Acresce ainda que, os profissionais de saúde devem não só assegurar a competência dos cuidadores familiares para satisfazer as necessidades dos idosos, mas também para cuidar de si mesmo. Igualmente importante é que, os profissionais sensibilizem estes cuidadores para a vantagem de partilhar as suas experiências e dificuldades com outras pessoas em idênticas circunstâncias, principalmente, em grupos de autoajuda e orientar na tomada de decisões (idem). Assim, os enfermeiros como educadores para a saúde e os outros profissionais que cuidam de idosos, devem centrar-se nas áreas mais problemáticas dos cuidados, no treino de competências que desenvolva os cuidados e amplie o sentimento de mestria e satisfação, no ensino e conselho de práticas promotoras de saúde, na avaliação das consequências da responsabilidade dos cuidados, na avaliação dos recursos pessoais do cuidador, na necessidade de recursos comunitários e na disponibilidade da própria família para suporte informal ao cuidador. (LAGE, 2005)

Em Portugal, os cuidadores familiares podem solicitar apoio nos serviços sociais e de saúde. Este apoio baseia-se nos cuidados diários, ajuda domiciliária e serviços de enfermagem (IMAGINÁRIO, 2008). COLLIÈRE (2003) refere que, na maioria dos casos, as famílias apenas recorrem aos serviços de enfermagem em situações que já se mantêm há muito tempo, mas a que a família já não consegue fazer face devido ao cansaço, esgotamento, choque com a pessoa idosa, maior complexidade de organização, quando surge um acontecimento novo ou no caso de pessoas isoladas que deixaram de ser autosuficiente. O serviço de enfermagem é por excelência, um dos recursos das famílias perante as dificuldades que encontram para manter no domicílio o seu familiar (idem). Perante a procura de ajuda, os enfermeiros confrontam-se com as dimensões de saúde e social, que não se limitam a criar a dependência da pessoa com dificuldade, mas também as consequências dos problemas encontrados por essa pessoa para a sua família e pessoas significativas (idem). FIGUEIREDO (2007) acrescenta que, os serviços formais de apoio aos cuidadores são essencialmente de dois tipos, intervenção psico-educativa e de alívio. Os primeiros visam o incremento das competências dos cuidadores para lidar com as responsabilidades e exigências da prestação de cuidados, promovendo o apoio do tipo emocional. Os segundos procuram desenvolver recursos que libertem os cuidadores de algumas das atividades da prestação de cuidados, favorecendo o apoio de carácter instrumental.

No contexto atual, em que as políticas sociais e de saúde se encaminham para a manutenção dos idosos no seu domicílio, o cuidado informal assume também particular

relevância pela manifesta insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias com pessoas idosas a seu cargo (LAGE, 2005). A literatura reconhece também que, os serviços existentes são insuficientes, pelo que urge desenvolver recursos para as famílias que prestam cuidados, tais como, esquemas de substituição para descanso do cuidador, iniciativas de apoio nos locais de trabalho, novas tecnologias de comunicação, apoio financeiro, grupos de apoio de entreajuda e serviços da comunidade local. (IMAGINÁRIO, 2008)

Assim, conforme refere SEQUEIRA (2010) as intervenções devem ser planeadas a partir do diagnóstico das necessidades em cuidados de saúde e dos interesses específicos para cada cuidador ou grupo de cuidadores, devendo ser integradas e articuladas com outros profissionais de saúde e adaptadas a cada realidade em concreto. Estas intervenções visam facilitar a prestação de cuidados, prevenir os conflitos e/ou ajudar à sua resolução, melhorar a autoestima e o significado de vida das pessoas envolvidas.

2 – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito e as características definidas na Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (1978) permitem afirmar que, em Portugal, os cuidados de saúde primários têm uma evolução histórica. (BRANCO, A.; RAMOS, V., 2001)

Posteriormente, na mesma linha evolutiva dos cuidados de saúde primários, o Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, aprovou e divulgou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos as pessoas em situação de dependência (DESPACHO conjunto n° 407/1998), com o objetivo de promover a sua autonomia e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, privilegiando a prestação de cuidados no domicílio.

Da mesma forma, o DECRETO-LEI nº 101/2006, p. 3856, destaca a importância dos cuidados continuados integrados, os quais consistem no "conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, 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". De acordo com este Decreto-Lei, a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI, a qual resulta duma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde e vários prestadores de cuidados de saúde e de apoio social. Esta, é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto no local de residência do utente, como, quando tal não for possível, em instalações próprias. A coordenação da rede a nível nacional é assegurada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Segundo o artigo 4º do DECRETO-LEI nº 101/2006, a rede tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, e define como objetivos específicos:

> "a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
> b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
> c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
> d)A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

> e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
> f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
> g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos." (DECRETO-LEI nº 101/2006, p.3858)

De acordo com o mesmo artigo, a RNCCI inclui unidades de internamento e de ambulatório e, equipas hospitalares e domiciliárias. As unidades de internamento englobam as unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos. As unidades de ambulatório compreendem as unidades de dia e de promoção de autonomia. Quanto às equipas hospitalares, estas abarcam as equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. Por último, as equipas domiciliárias envolvem equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

De acordo com o relatório da Unidade de Missão de 2007, os utentes admitidos nas unidades de longa duração e manutenção, necessitam de cuidados de saúde de manutenção, que impeçam e retardem o agravamento da situação de dependência, favoreçam a qualidade de vida e conforto e permitam, em alguns casos, o descanso do cuidador, num máximo de 90 dias por ano, e desta forma possibilita minimizar a sobrecarga sentida, não só pelo cuidador familiar, mas também pela família como unidade. (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009)

O Programa do XVII Governo Constitucional prevê a reestruturação dos Centros de Saúde, consagrando os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na realidade, os Centros de Saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo funções indispensáveis de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença, e elo a outros serviços para a continuidade dos cuidados (DECRETO-LEI nº 28/2008). Este programa define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no PNS, e de políticas de segurança social que possibilitem: desenvolver atividades mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, fomentando a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou desenvolver respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade. (DECRETO-LEI nº 101/2006)

O DECRETO-LEI n.º 28/2008, criou os ACES do Serviço Nacional de Saúde, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as UCC, as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços

que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES. (idem)

De entre as unidades funcionais implementadas consta a UCC, à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do DECRETO -LEI n.º 28/2008, 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, agindo na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. O DESPACHO nº 10143/2009 acrescenta ainda que, a UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

No contexto da RNCCI, o Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade menciona que, a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada por uma ECCI, a qual integra a UCC de cada Centro de Saúde e, cuja atuação insere-se na intervenção a grupos e comunidade (DECRETO-LEI nº 101/2006). O artigo 27º do DECRETO-LEI nº 101/2006 menciona que, a ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de cuidados domiciliários a pessoas com dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, as quais não necessitam de internamento mas que não se encontram em situação de se deslocar de forma autónoma.

À UCC compete assegurar as suas funções através de uma carteira de serviços, que de acordo com o artigo 13º do DESPACHO nº 10143/2009, as atividades devem incidir prioritariamente em diversas áreas, das quais se salienta, os contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade e os projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam, cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; cuidados de reabilitação física; apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos cuidados de saúde primários e no domínio da RNCCI.

Também o ensino clínico desenvolvido realizou-se numa UCC, que integra o ACES Ribatejo, mais especificamente, na UCC de Santarém, a qual se encontra caracterizada no anexo III.

Seguidamente, será apresentado o modelo conceptual de enfermagem, o qual é passível de ser mobilizado a nível da prestação dos cuidados de enfermagem centrada na comunidade.

3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O modelo conceptual de Neuman é utilizado na prática comunitária e fornece ao profissional de enfermagem importantes linhas de orientação para a apreciação do sistema do cliente, a utilização do processo de enfermagem e a implementação da intervenção preventiva (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). De acordo com esta perspetiva, foi mobilizado neste trabalho o Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman, o qual se baseia na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos e dinâmicos.

O modelo de sistemas de Neuman relaciona os quatro pressupostos essenciais, de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, que no seu conjunto formam o metaparadigma de enfermagem. (idem)

Segundo o autor anteriormente referido, Neuman acredita que a enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa, e encara-a como uma profissão única, com uma visão holística e singular à comunidade, visto que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*, realçando que o campo percetivo do prestador de cuidados deve ser avaliado. O modelo delineia um sistema de cliente e a classificação de *stressores* que podem ser compreendidos e utilizados por todos elementos da equipa de saúde. (TOMEY e ALLIGOOD, 2004)

Neuman desenvolveu instrumentos de forma a facilitar a utilização deste modelo, nomeadamente, o formato do processo de enfermagem de Neuman, que consiste em três passos: diagnóstico de enfermagem, objetivos da enfermagem e resultados de enfermagem (idem). O diagnóstico de enfermagem envolve a aquisição de uma base de dados, a partir da qual se podem estabelecer as variações do bem-estar. Os objetivos são definidos através da negociação com o cliente de modo a serem corrigidas as variações do bem-estar. Os resultados de enfermagem são determinados pela intervenção de enfermagem através da aplicabilidade de um ou mais modos de prevenção (primária, secundária e terciária) como intervenção. De realçar que, enquanto a enfermagem de prevenção primária e terciária atua para preservar a estabilidade do sistema, a secundária atua para atingir a estabilidade do sistema. A avaliação é identificada nos resultados de enfermagem, sendo este o último passo do processo de enfermagem de Neuman, com o intuito de confirmar os objetivos dos resultados desejados ou reformular os objetivos de enfermagem subsequentes. (TOMEY e ALLIGOOD, 2004)

O processo de enfermagem de Neuman pode ser equiparado com o processo de enfermagem de cinco fases, que são a Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento, Execução e Avaliação Final. O primeiro passo do Processo de Enfermagem de Neuman corresponde às

fases de Avaliação Inicial e Diagnóstico, o segundo passo equivale à fase de planeamento, e o terceiro passo equivale às fases de execução e avaliação final. (TOMEY e ALLIGOOD, 2004)

De acordo com TOMEY e ALLIGOOD, (2004), este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. O cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento; e é visto como estando em constante mudança e como um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente (idem). Também STANHOPE (2008) salienta que, neste modelo a família é encarada como cliente, visto que reflete uma visão sistémica da mesma, com interação dos fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Neuman menciona no seu Modelo de Sistemas que, as famílias estão sujeitas a tensões produzidas quando os *stressores,* sob a forma de problemas*,* invadem as linhas de defesa (idem). A reação da família depende da profundidade com que o *stressor* atinge a unidade familiar e de como a família é capaz de se adaptar para manter a sua estabilidade. As linhas de resistência protegem a estrutura básica da família, o que inclui as funções da família e os recursos de energia. O grau de bem-estar é determinado pela quantidade de energia necessária para que o sistema se torne e permaneça estável. Alguns exemplos de características de construção de energia, neste sistema, são o apoio social, os recursos e a prevenção de *stressores*. De realçar ainda, que é o núcleo que contém os padrões de interação da família e as forças da unidade. (STANHOPE, 2008)

A saúde é considerada por Neuman, como um continuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. O bem-estar significa que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas, e um reduzido estado de bem-estar indica a não satisfação das necessidades do sistema. (TOMEY e ALLIGOOD, 2004)

O ambiente reporta-se aos fatores internos e externos que interagem ou envolvem a pessoa e o cliente (idem). Estas forças ambientais incluem os *stressores* intra, inter e extrapessoais, que são estímulos produtores de tensão e podem afetar as linhas de defesa normal da pessoa, afetando deste modo a estabilidade do sistema. Daqui advém o grau de reação, que diz respeito à quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar ao(s) *stressor(es).* Neuman identificou três ambientes, o interno, que é intrapessoal, com toda a interação contida no cliente; o externo, é interpessoal ou extrapessoal, com todas as interações a ocorrer fora do cliente; e o ambiente criado, que é inconscientemente desenvolvido e utilizado pelo cliente para suportar o *coping* protetor. Este ambiente tem uma natureza dinâmica e utiliza todas as variáveis do sistema para gerar um efeito isolador que facilite o cliente a lidar com a ameaça de *stressores* ambientais, alterando a situação ou modificando-se a si próprio (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Encontra-se em anexo II o diagrama do modelo de sistemas de Neuman adaptado em TOMEY e ALLIGOOD (2004), no qual se apresenta a relação entre os principais aspetos do modelo referidos anteriormente.

A intervenção na prática clínica de enfermagem que se segue, foi operacionalizada tendo por base o Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman.

4 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM OS CUIDADORES FAMILIARES

O ensino clínico desenvolvido na UCC de Santarém, iniciou-se com uma reunião entre a enfermeira coordenadora da UCC de Santarém e enfermeira orientadora de estágio para a apresentação da mestranda, dos objetivos do estágio e aquisição de conhecimentos acerca da dinâmica das equipas, sendo deliberado em conjunto, o desenvolvimento de atividades no âmbito do programa da "Equipa de Cuidados Continuados Integrados" e do "Programa de Melhoria Continua", tendo por base o Plano de Ação da UCC de Santarém de 2010. Desta forma, pretendeu-se ir ao encontro dos seguintes objetivos de cada programa, respetivamente: potenciar as capacidades dos cuidadores formais e informais para a prestação de cuidados, e criar instrumento específico para avaliação/determinação das necessidades das famílias com utentes dependentes. Ambicionou-se, assim, analisar as necessidades/dificuldades sentidas pelo cuidador familiar relacionadas com o cuidar de pessoas idosas dependentes, de modo a planear e implementar, com os cuidadores familiares, as intervenções promotoras de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que permitiram a aquisição de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública, tiveram por base o projeto elaborado previamente e validado com a professora orientadora, enfermeira coordenadora e enfermeira cooperante. Este projeto foi sujeito a uma reavaliação contínua, que permitiu definir e alcançar mais claramente os objetivos do mesmo.

Segundo OE (2010) e o REGULAMENTO nº 128/2011, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Tendo em conta este facto, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde dos cuidadores familiares; estabeleceu-se as prioridades em saúde dos mesmos consoante as orientações estratégicas do PNS; formulou-se objetivos e estratégicas, de acordo com os recursos disponíveis, no sentido de melhorar o estado de saúde dos cuidadores familiares, e por conseguinte, da pessoa idosa dependente; estabeleceu-se um plano de cuidados individual com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão BETA 2, com vista à resolução das necessidades identificadas; e por fim avaliou-se os planos de cuidados implementados.

Tal como refere STANHOPE e LANCASTER (2008), a enfermagem comunitária e de saúde pública utiliza as etapas do processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução/intervenção e avaliação) em todos os níveis da sua prática, ao nível da comunidade, dos sistemas e do indivíduo/família. Também Neuman desenvolveu o formato do processo de enfermagem, constituído pelo diagnóstico, objetivos e resultados de enfermagem

com o intuito de facilitar a utilização do seu modelo (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Para BOLANDER (1998), o processo de enfermagem diz respeito a uma série de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução dos problemas das pessoas. Mais especificamente, é a resolução sistemática de problemas, o método científico adaptado às condições da vida humana e aplicado aos seres humanos que têm necessidades não satisfeitas. (idem)

Deste modo, foi definido objetivos específicos e desenvolvidas diversas atividades, tendo em conta o processo de enfermagem, a citar:

Objetivo 1 – Compreender a dinâmica de funcionamento da UCC de Santarém, com evidência nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

No início do estágio foi consultado o Plano de Ação de 2010 da UCC de Santarém, seus programas e projetos específicos, que permitiu a formulação e, posteriormente, a apresentação do projeto de estágio à ECCI. De forma a favorecer a integração da mestranda nesta unidade, foi criado momentos de observação acerca da dinâmica da UCC de Santarém e ECCI. Inclusivamente, foi realizado acompanhamento de observação, durante três dias, nas atividades desenvolvidas pela enfermeira cooperante, privilegiando os programas que integram os cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar, e mais concretamente, as visitas domiciliárias.

STANHOPE e LANCASTER (1999, adaptado em BARKAUSKAS, 1983, WASIK et al., 1990) referem que, a visita domiciliária tem como vantagens a conveniência para o próprio utente, o controlo que este tem sobre o ambiente, o facto de ser uma opção aos utentes relutantes ou incapazes de se deslocar, a capacidade para individualizar os serviços num ambiente natural, a existência de menor tensão para exposições de preocupações e necessidades, sendo os custos as principais desvantagens. Deste modo, a visita domiciliária contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à população idosa, promovendo uma visão mais abrangente de saúde integral do idoso pela equipa de saúde e um melhor conhecimento acerca da pessoa idosa e seu cuidador familiar.

A visita domiciliária é, assim, um instrumento de intervenção fundamental na estratégia de saúde da família, a qual permite observar e compreender parte da dinâmica das relações familiares. Porém, para não serem uma mera atividade social têm que ser bem planeadas, sistematizadas e constantemente reavaliadas, o que requer uma continuidade de cuidados.

Objetivo 2 – Avaliar as necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares relacionadas com o cuidar de pessoas idosas dependentes inscritos na RNCCI, no contexto da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Inicialmente, foi realizado uma pesquisa bibliografia sobre a temática em causa, consultado o Referencial do enfermeiro – RNCCI, os Planos Nacionais e Internacionais de Saúde, tais como, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Programa Internacional para o Envelhecimento, e feito o levantamento de dados estatísticos da população em estudo na UCC. Considerando a relevância e especificidade dos diferentes programas de saúde e os objetivos estratégicos do PNS, a maximização das atividades de âmbito comunitário é essencial para a obtenção de ganhos em saúde. Nesta lógica foi integrado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, na recomendação "orientação dos cuidadores", o que proporcionou respostas adequadas às necessidades dos mesmos, corroborando assim com o PNS. Tais factos estão implícitos na competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS. (OE, 2010; REGULAMENTO nº 128/2011)

Seguidamente, e após os momentos de reflexão e partilha com a ECCI, foi selecionado a população de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pessoa idosa em situação de dependência ter idade superior a 75 anos, inclusive, à data de aplicação do instrumento de colheita de dados; cuidador familiar a coabitar com a pessoa idosa em situação de dependência, em contexto domiciliário, no concelho de Santarém; estar inscrito na RNCCI da UCC de Santarém; e aceitar participar no estudo.

Para FORTIN (1999), a população compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios determinados para o estudo, ou seja, a população é o que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. Neste sentido, a população que se pretendeu abranger neste estudo são cuidadores familiares de pessoas com mais de 75 anos em situação de dependência, a coabitarem em contexto domiciliário, no concelho de Santarém, inscritos na RNCCI da UCC de Santarém, que se disponibilizem a participar neste estudo, de forma voluntária. Deste modo, a população foi constituída por 10 cuidadores familiares, os quais se encontram caracterizados no anexo IV. Esta caracterização permite um conhecimento dos cuidadores familiares como cliente, pois segundo Betty Neuman estes parâmetros funcionam como ponto de partida para a elaboração do diagnóstico de enfermagem (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Da caracterização da população salienta-se que, apenas três cuidadores são adultos com idade entre os 53 e 59 anos, sendo os restantes sete cuidadores idosos com idades entre os 64 e 87 anos. SEQUEIRA (2010) constata igualmente que, os cuidadores são essencialmente adultos com idades superiores a 40 anos e idosos com idades superiores a 60 anos. Também RELVAS (1996) salienta que, cada vez mais a chamada terceira idade tem a seu cargo os mais idosos, isto é, são os idosos autónomos que cuidam dos idosos dependentes, a quarta idade.

De forma a colher dados acerca das necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares, foi desenvolvido dois instrumentos de colheita de dados, tendo por base o CADI. Segundo SEQUEIRA (2010), este é um instrumento de avaliação útil para identificar as necessidades/dificuldades dos cuidadores relacionadas com o cuidar, possibilitando a

adequação das respostas formais a implementar em cada situação. É um índice desenvolvido para ser usado, essencialmente, em termos clínicos, porém pode ser muito útil na investigação, pois permite, de forma quantitativa e qualitativa, mensurar e descrever as principais dificuldades do cuidador.

A primeira etapa do processo de enfermagem, isto é, avaliação inicial consiste na recolhe e análise dos dados ou informação (BOLANDER, 1998). Neste sentido, elaborou-se um guião de entrevista a informantes-chave (ANEXO V), mais concretamente a uma enfermeira pertencente à ECCI, por ser, segundo a própria ECCI, o elemento com maior conhecimento acerca da população em estudo; e um guião de entrevista aos cuidadores de pessoas idosas dependentes (ANEXO VI), o qual foi aplicado durante a realização das visitas domiciliárias. A colheita de dados do inquérito realizado através da entrevista foi constituída por questões abertas, uma vez que, segundo FORTIN (2009), as questões abertas têm a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante É ainda considerada, na perspetiva de FORTIN (2009), como uma entrevista estruturada, na medida em que é o investigador que exerce o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenrolar da entrevista, a análise e a interpretação. As questões a colocar, a sua formulação e sequência foram determinadas previamente.

A análise dos dados recolhidos nos inquéritos foi efetuada com recurso à análise de conteúdo de acordo com o modelo de Betty Neuman (ANEXO VII), visto que, por um lado, segundo TOMEY e ALLIGOOD (2004) este modelo constitui uma perspetiva dos sistemas que permite aos enfermeiros apreciar e cuidar da unidade familiar enquanto cliente. Nesta apreciação existem parâmetros fundamentais, tais como, o núcleo da comunidade e seus sub-sistemas, as linhas de defesa, as linhas de resistência, os *stressores* e o grau de reação. Estes parâmetros funcionaram como ponto de partida para a apreciação das entrevistas efetuadas, os quais permitem uma orientação para a elaboração do diagnóstico de enfermagem.

De salientar que, foi realizada a validação dos dados colhidos com a ECCI através de reuniões, e com os cuidadores familiares através das visitas domiciliárias. Tal como refere STANHOPE e LANCASTER (1999), a informação da investigação efetuada deve ser difundida na comunidade, tendo como objetivo major a legitimação dos dados colhidos e dos resultados alcançado. Na perspetiva de FIGUEIREDO (2007), a eficácia da intervenção exige que se tenha em consideração e se valorize os pontos de vista dos cuidadores no processo de avaliação das suas necessidades. Tal como no estudo efetuado por SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010), da validação efetuada apurou-se que dois dos cuidadores familiares não apresentam necessidades, e dos restantes cuidadores, as maiores necessidades sentidas prendeu-se com necessidades de informação e de formação e necessidades de apoio psicossocial (*stress* do prestador de cuidados e solidão). Betty Neuman considera o ambiente, um conjunto de fatores internos e externos que rodeiam e interagem com a pessoa (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). A ameaça dos *stressores* impulsiona as pessoas a modificar-se a si próprio ou à situação, mobilizando as variáveis existentes no ambiente. Assim, a presença de

stressores intra, inter e extra-pessoais conduzem a um desequilíbrio que afeta o desenvolvimento dos cuidadores familiares. (idem)

Os resultados obtidos são igualmente corroborados por FIGUEIREDO (2007), quando refere que a literatura evidencia alguns tipos de necessidades mais frequentes, tais como, ajudas práticas e técnicas, apoio financeiro, apoio psicossocial, tempo livre, informação e de formação. Também IMAGINÁRIO (2008), no seu estudo faz referência às necessidades de ajuda de outrem, que inclui o apoio, a nível das tarefas e emocional, neste último devido às situações de solidão e isolamento; e ajuda dos serviços de saúde, visto que os cuidadores precisam de informação sobre os cuidados a prestar e ajuda para desenvolver essa função.

De reforçar ainda que, no decorrer do estágio foi tido em consideração os princípios éticos para com as pessoas envolvidas no mesmo, nomeadamente, o Princípio do respeito à pessoa, o Princípio da beneficência e o Princípio da justiça (FORTIN, 2009). Nesta lógica, foi desenvolvido um formulário de consentimento esclarecido e livre para a população em estudo, de modo a permitir o uso de gravador durante as entrevistas, a informar os participantes acerca do mesmo, a garantir o anonimato no instrumento de colheita de dados, a informar que a participação no estudo é estritamente voluntária e que a recusa ou desistência não acarreta nenhuma penalidade ou perda de benefício, tal como defende FORTIN (2009). (ANEXO VIII)

Objetivo 3 – Implementar estratégias de intervenção de enfermagem comunitária e de saúde pública de acordo com as necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares relacionadas com o cuidar de pessoas idosas dependentes.

Segundo BOLANDER (1998), a avaliação inicial conduz à etapa seguinte, a formulação do diagnóstico de enfermagem. Este tem por base as respostas do individuo, família ou comunidade, face a problemas reais ou potenciais e face aos processos de vida, e proporcionam a base para a seleção das intervenções de enfermagem. Pode-se então afirmar que, o enfermeiro estabelece o plano de cuidados durante a fase de planeamento e os cuidados de enfermagem são prestados durante a fase de execução. (idem)

Deste modo, e após a avaliação inicial efetuada, procedeu-se à fase de planeamento, tendo sido elaborado um plano de cuidados para cada cuidador familiar, no qual consta os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem baseados na CIPE versão BETA 2, com colaboração da ECCI, tal como descrito no anexo IX. Segundo o CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009), a inclusão da CIPE para a descrição dos cuidados é especialmente relevante no que respeita aos diagnósticos, às intervenções e aos resultados de enfermagem, por ser uma terminologia de referência e um sistema unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem.

As intervenções foram colocadas em prática durante as visitas domiciliárias, tendo sido planeadas previamente com a ECCI e cuidadores. No decorrer das visitas domiciliárias, foram implementadas estratégias de promoção de saúde, utilizando como instrumento para alcançar os objetivos da mesma, a educação para a saúde, de acordo com as necessidades

identificadas promovendo a capacitação dos cuidadores. Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades é, identicamente, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (OE, 2010; REGULAMENTO nº 128/2011). Neste campo de ação, salienta-se a participação em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, tal como a Santa Casa da Misericórdia de Santarém, em projetos de intervenção comunitária dirigidas aos cuidadores familiares; a mobilização de parcerias/grupos, como elementos da ECCI, familiares, amigos e vizinhos para identificar e resolver os problemas de saúde; a intervenção com os cuidadores familiares assegurando o acesso a cuidados de saúde, em que a mestranda funcionou como elo de ligação entre os cuidadores e a ECCI; a mobilização e integração de conhecimentos na área das ciências de comunicação e educação, tendo sido realizado sessões de educação para a saúde e panfletos informativos. De referir ainda que, foi concebido, planeado, participado e avaliado os programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde. Para STANHOPE e LANCASTER (2008), a essência da perspetiva da enfermagem orientada para a comunidade, é a capacidade de a observar na sua globalidade, ao mesmo tempo que se aborda cada um dos seus componentes, de modo a perceber as necessidades totais de promoção da saúde, proteção da saúde, prevenção da doença, cuidados na doença e sua gestão.

Neste sentido, de modo a satisfazer as necessidades de formação/informação diagnosticadas, foi realizado sessões de educação para a saúde aos cuidadores familiares em contexto domiciliar, e foram elaborados panfletos informativos como forma de facultar um documento de consulta para os mesmos acerca dos posicionamentos, levante e exercício passivo; alimentação por sonda nasogástrica e unidades de internamento para descanso do cuidador familiar de pessoas idosas em situação de dependência (ANEXO X). Também para SEQUEIRA (2010), cada serviço de apoio ao cuidador deve elaborar e facultar um guia de informação sucinto, completo e acessível, em que a transmissão da mensagem (formação/informação) seja, o mais precocemente possível, planeada e articulada de forma multidisciplinar, isto é, entre os diferentes profissionais da saúde. FIGUEIREDO (2007) acrescenta que, as necessidades de formação visam não só a aquisição de conhecimentos práticos, como levantar uma pessoa, e conhecimentos acerca da própria doença e dependência.

Quanto às unidades de longa duração e manutenção, estas são um recurso essencial à família da pessoa idosa dependente, visto que esta unidade permite minimizar a sobrecarga sentida, não só pelo cuidador familiar, mas também pela família como unidade, uma vez que para além de incluir pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio ou na instituição onde residem, possibilita ainda, ter internamentos com menos de 90 dias consecutivos e num máximo 90 dias por ano, quando há necessidade de descanso do principal cuidador e família (INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, 2010). Segundo AUGUSTO et al. (2005), a existência destas redes de apoio e, mais concretamente a

institucionalização da pessoa idosa dependente, resulta no alívio da sobrecarga excessiva e no descanso do cuidador familiar e família, constatando-se uma melhor relação familiar e laços familiares mais fortes.

Neste âmbito, a enfermagem desempenha também, um papel ativo e imprescindível, na medida em que tem como objeto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como, às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo vital. Nesta lógica, os enfermeiros contribuem no sentido de maximizar os recursos internos das pessoas nas situações de dependência, do membro da família prestador de cuidados, para lidarem com os desafios e com as transições. Assim, o enfermeiro interage sustentado na relação terapêutica, com o propósito de aumentar a saúde e o bem-estar e contribuir para adaptação. (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009)

Uma das necessidades mais sentidas pelos cuidadores, segundo FIGUEIREDO (2007), é a de apoio psicossocial, isto é, ter alguém com quem falar acerca das experiências, dificuldades, preocupações e satisfações inerentes à prestação de cuidados. Neste sentido, durante a implementação das intervenções de enfermagem, foi prestado apoio ao cuidador familiar, nomeadamente, incentivo à verbalização de sentimentos, disponibilização de um espaço para escuta ativa e desenvolvimento de apoio emocional e reforço positivo.

Outra das intervenções de enfermagem desenvolvidas neste estágio diz respeito à promoção da participação da família, amigos, vizinhos, envolvendo-os no cuidar da pessoa idosa em situação de dependência, de forma a minimizar a sobrecarga e a solidão sentida pelos cuidadores. Esta intervenção foi realizada diretamente com a família, amigos ou vizinhos após negociação com os mesmos e com o cuidador e, por via telefónica quando os elementos pertencentes a esta rede informal não podiam comparecer por razões de ordem pessoal. Neste sentido, interveio-se na consciencialização para a importância da participação da família, amigos ou vizinhos como forma de aliviar o cuidador familiar; na comunicação aos elementos da família, amigos ou vizinhos sobre necessidades de suporte e apoio ao cuidador familiar; na transmissão da informação aos elementos da família, amigos ou vizinhos sobre necessidades de apoio; no envolvimento da família, amigos ou vizinhos na prestação de cuidados e na disponibilização de ajuda aos mesmos. Tal como refere AUGUSTO et al. (2005), as redes de apoio informais surgem, igualmente, como uma estrutura a valorizar, nas quais integram a família da pessoa idosa, amigos e vizinhos, visto que exercem um papel preponderante de ajuda e apoio, face às necessidades da pessoa idosa e ao desgaste físico e psicológico dos cuidadores familiares. A sobrecarga resulta, frequentemente, numa carência de apoio físico e emocional, por parte de quem cuida. Esta ausência de bem-estar do cuidador familiar, pode repercutir-se, eventualmente, numa situação em que a qualidade dos cuidados ao idoso seja posta em causa, pelo que é indispensável o recurso à rede, quer formais quer informais. Segundo LAGE (2005), o impacto das exigências do cuidado pode ser solucionado se o cuidador tiver acesso a vários tipos de recursos pessoais e sociais. Adita ainda que, os cuidadores que têm ajuda de um cuidador secundário e que têm suporte formal manifestam menor sobrecarga subjetiva. Este autor concluiu que, os cuidadores que têm recursos pessoais

experimentam menor sobrecarga como resultado direto do suporte envolvido nesses recursos, quer financeiro, instrumental ou emocional.

Nesta lógica, foi igualmente realizado atividades com recursos a redes formais para alguns dos cuidadores familiares, os quais foram incentivados à utilização dos serviços de apoio, como seja, a Santa Casa da Misericórdia de Santarém, com o intuito de dar resposta à solidão sentida pelos cuidadores. Assim, procedeu-se, com a colaboração da enfermeira cooperante, ao processo de articulação com instituições da comunidade, como a Santa Casa Misericórdia de Santarém, de modo a solicitar apoio do grupo de voluntários no domicílio para os cuidadores que se mostraram interessados. SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010) evidenciam igualmente as necessidades de redes de apoio por parte da misericórdia e lares; e por último necessidades de apoio socioeconómico, tais como, apoio social, assistência e orientação. Da mesma forma, FIGUEIREDO (2007) menciona que, os grupos de apoio desempenham um papel fundamental na quebra do isolamento e solidão que, geralmente acompanham o cuidador, visto que favorecem a interação social. De salientar que, os cuidadores familiares deste estudo, como meio de enriquecer a interação social, foram semelhantemente, incentivados a participar ou mesmo a retomar as atividades sociais, visto que alguns dos cuidadores deixaram de as exercer por estarem exclusivamente dedicados a cuidar do seu ente familiar. Os cuidadores familiares relataram que exerciam diversas atividades sociais, tais como, natação; ginásio; passear com família ou amigos; ir de férias; ir ao café; estar e conversar com amigos e tratar da horta; mostrando-se os cuidadores, recetivos para prosseguir com algumas destas atividades.

Tal como na investigação efetuada por SARMENTO, PINTO e MONTEIRO (2010), que identificaram a necessidade de apoio domiciliário por parte do Centro de Saúde, cuidados técnicos, acompanhamento e orientação, também, alguns dos elementos da população deste estudo solicitaram apoio de outros profissionais de saúde, nomeadamente, apoio por parte da terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social. Assim sendo, colaborou-se no processo de articulação com a ECCI para requerer intervenção por parte dos mesmos, os quais ficaram despertos para a necessidade da sua atuação.

De realçar que, foram monitorizadas as respostas dos cuidadores familiares ao longo da implementação das intervenções de enfermagem durante as visitas domiciliárias, sendo realizadas as adaptações necessárias no plano de cuidados, havendo, por vezes, a necessidade de criar novos diagnósticos de enfermagem e, por conseguinte, novas intervenções. Ao mesmo tempo, foram efetuadas reuniões informais com a ECCI, e mais frequentemente com a enfermeira coordenada e cooperante, para partilha e reflexão das intervenções de enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolvidas.

Elaborou-se ainda, um instrumento quantitativo, tendo por base o CADI, para se proceder à avaliação final das necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência. Este facto, é igualmente evidenciado no estudo realizado por SEQUEIRA (2010), o qual aplicou o instrumento de avaliação no início e no fim da implementação de programas de intervenção, como forma de avaliar a sua eficácia.

Objetivo 4 – Avaliar as intervenções de enfermagem comunitária e de saúde pública realizadas aos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes.

A avaliação é a última etapa do processo de enfermagem, na qual o enfermeiro aprecia a eficácia do plano de cuidados (BOLANDER, 1998). Como tal, nesta etapa foram elaborados indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e de saúde pública. Tal como refere RICE (2004), os indicadores dos resultados medem o que acontece ou não após se ter efetuado ou não um determinado cuidado. Assim, foram estabelecidos e aplicados os seguintes indicadores: conhecimentos adquiridos por cada cuidador familiar consequentes das intervenções, alterações a nível do cuidar de pessoas idosas dependentes identificadas por cada cuidador familiar decorrentes das intervenções e número de necessidades/dificuldades de cada cuidador familiar no início e no fim da implementação das intervenções. Deste modo, procedeu-se à identificação individual das modificações resultantes das intervenções de enfermagem e avaliação das alterações dos cuidados prestados pelos cuidadores familiares decorrentes do processo de intervenção de enfermagem, através da aplicação da escala quantitativa do CADI (ANEXO XI), no fim da implementação das intervenções, de forma a avaliar a sua eficácia.

Da análise dos dados resultantes da avaliação final, constatou-se que dois cuidadores familiares continuavam sem apresentar necessidades, as necessidades de informação e de formação dos dois cuidadores foram satisfeitas, quanto às necessidades de apoio psicossocial, dos seis que apresentavam *stress* do prestador de cuidados, apenas cinco mantiveram essa necessidade, e relativamente à solidão dos cinco identificados inicialmente, apenas dois referiram manter essa necessidade, havendo um que iniciou um processo de luto ineficaz, tendo assim terminado o diagnóstico de solidão. Nesta lógica, e de acordo com TOMEY e ALLIGOOD (2004), no modelo teórico de Neuman, sendo a saúde um contínuo do bem-estar ao mal-estar, de natureza dinâmica e constantemente sujeita à mudança, os dados revelam que as necessidades foram satisfeitas em alguns dos cuidados familiares.

Posteriormente, foram realizadas reuniões com a ECCI para reflexão e análise dos resultados das intervenções de enfermagem, destacando-se como uma mais-valia os momentos de discussão e validação das atividades desenvolvidas com a enfermeira coordenadora da UCC, enfermeira cooperante e professora orientadora.

Na última semana de estágio, e com colaboração da enfermeira coordenadora e da enfermeira cooperante, elaborou-se os registos de enfermagem das atividades realizadas, no Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) – da UCC de Santarém, utilizando a CIPE. De realçar, o facto de ter havido necessidade de conceber neste sistema novos fenómenos de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito aos diagnósticos de solidão e *stress* do prestador de cuidados, o que foi vantajoso quer para a própria UCC, quer para os cuidadores familiares, pois na prática de cuidados de enfermagem, os enfermeiros necessitam de assegurar a sua continuidade através

da transmissão da informação mais relevante sobre o sujeito desses cuidados. De acordo com a OE (2003), o enfermeiro comunica com consistência, informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica e utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada. Ainda segundo a OE (2007), existe uma crescente importância e emergência na informatização dos serviços de saúde por isso definiu um conjunto de normas visando a aplicação relativamente ao SIE, devendo contemplar obrigatoriamente a utilização da CIPE que dará visibilidade às práticas dos enfermeiros, sendo uma mais-valia pois melhora o planeamento dos cuidados, o acesso à informação produzida é mais rápido e existe uma maior visibilidade da evolução dos problemas do doente.

No dia 28 de março de 2011, foi apresentado formalmente o estudo realizado à professora orientadora e a toda a ECCI, no qual se demonstrou todo o percurso efetuado, incluindo os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (ANEXO XII). Este momento permitiu ainda a validação com a equipa sobre os contributos do estudo para a UCC e a consciencialização da necessidade da continuidade dos cuidados pela ECCI.

Embora os resultados não permitam a generalização para outros cuidadores de pessoas idosas em situação de dependência, não se deve invalidar a importância destes, podendo serem utilizados no mesmo contexto. Neste sentido, foi elaborado e, posteriormente, sugerido à ECCI, aquando a apresentação final do trabalho, um instrumento quantitativo de avaliação/determinação das necessidades das famílias com pessoas dependentes (ANEXO XIII), o qual obteve uma resposta positiva por parte da equipa.

Este instrumento de colheita de dados poderá permitir uma vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, a qual se constitui como fundamental para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença. Desta forma, e de acordo com a OE (2010) e com o REGULAMENTO nº 128/2011, vai ao encontro da competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Posteriormente, face ao que foi realizado, de entre todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas com os cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, recorreu-se à revisão sistemática da literatura (RSL), no sentido de analisar as mesmas à luz da evidência científica.

5 - A PRÁTICA DESENVOLVIDA COM OS CUIDADORES FAMILIARES À LUZ DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Foi desenvolvida uma RSL, como meio de identificar o conhecimento mais atualizado sobre a temática eleita, utilizando um processo rigoroso na procura, análise, avaliação e síntese, de modo a responder à questão de partida organizada em formato PI[C]O, tal como descrita no anexo XIV, tendo em conta os seguintes autores: GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN (2004); EVANS e PEARSON (2001), ATALLAH e CASTRO (1998), e LOPES e FRACOLLI (2008). Da análise dos artigos selecionados através da RSL, denota-se que a visita domiciliária de enfermagem é descrita como uma estratégia de intervenção fundamental nos cuidados à comunidade. Assim, devemos ter consciência que os cuidados continuados e, mais especificamente, as visitas domiciliárias, devem ser adequados às necessidades individuais de cada pessoa idosa dependente, às dos cuidadores familiares e às da família enquanto sistema, com o objetivo major de melhorar os cuidados prestados. Os enfermeiros têm vivenciado ao longo dos anos, uma reorganização do sistema de saúde, havendo maior responsabilidade das famílias de pessoas idosas dependentes, sendo os cuidadores familiares os que mais assumem os cuidados.

Como tal, foi selecionado para a população do estudo efetuado durante o ensino clínico, os cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência. No que concerne às suas características, constatou-se que estes se encontravam na faixa etária dos 53 aos 87 anos, com uma, média de idade de 70 anos, o que corrobora os dados de várias pesquisas nacionais e internacionais, inclusivamente, segundo ZEM-MASCARENHAS e BARROS (2009), a maioria dos cuidadores têm uma idade compreendida entre os 61 e os 70 anos. No estágio realizado, os cuidadores familiares foram, maioritariamente, mulheres (80%), casadas (80%), havendo apenas uma solteira e uma divorciada, características que, principalmente no que diz respeito ao género, vão ao encontro das encontradas nos estudos que constaram da RSL efetuada. Verificou-se ainda que, a relação conjugal é a predominante (80%), seguida da filial (20%), resultados que são, igualmente, defendidos por YEDIDIA e TIEDEMANN (2008), quando nos resultados que apresentam, são os cônjuges a principal fonte de assistência ao idoso dependente, sendo os descendentes que constituem a segunda fonte de prestação de cuidados.

Os cuidadores familiares constituem, cada vez mais, a base dos cuidados comunitários, pelo que é emergente que os profissionais de saúde, e mais concretamente, a equipa de cuidados de saúde primários, apoiem estes cuidadores de forma mais eficaz, tendo em conta a complexidade do papel que desempenham. De acordo com JARVIS, VALE e PORTER (2006), para que os profissionais de saúde estejam mais capacitados para apoiar os

cuidadores familiares, é necessário que compreendam as interações das dificuldades, as recompensas pessoais e estratégias de *coping* associados ao papel de cuidar, pois estes são aspetos essenciais na avaliação das necessidades, no planeamento e implementação de intervenções adequadas a cada cuidador familiar. Da mesma forma, e segundo ZEM-MASCARENHAS e BARROS (2009) a avaliação dos cuidados prestados são fundamentais, pois permitem a reflexão e adequação dos mesmos face às necessidades da pessoa idosa dependente e seu cuidador.

Segundo FERNANDES e GARCIA (2009), é necessário que haja um redirecionamento do olhar daqueles que delineiam e executam ações, especialmente dos enfermeiros, no sentido de planear e implementar intervenções que venham minimizar o impacto da condição de dependência do idoso sobre o cuidador. JARVIS, VALE e PORTER (2006), acrescentam ainda que, os enfermeiros encontram-se numa posição ideal para monitorizar e avaliar os problemas dos beneficiários de cuidados e dos seus cuidadores.

A avaliação e a monitorização das dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar da pessoa idosa em situação de dependência possibilitam a formulação do diagnóstico de enfermagem e o planeamento de intervenções adaptadas às reais necessidades, sendo fundamental a utilização de instrumentos de medida para a elaboração de um diagnóstico rigoroso. O estudo realizado por JARVIS, VALE e PORTER (2006), demonstrou que os instrumentos de colheita de dados utilizados, o CADI, o Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI), Índice de Satisfação do Cuidador (CASI), são ferramentas úteis para examinar a natureza multidimensional da experiência do cuidado, visto que permitem explorar não só as dificuldades do cuidar, mas também as satisfações e encontrar forma de as gerir. Foi com base nestes instrumentos que, neste estudo, concluiu-se que as satisfações estavam relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados; as dificuldades refletiam o potencial das tensões geradas na família mais do que a prestação de cuidados que desempenham; e as estratégias de *coping* incluíram o reenquadramento das dificuldades, usando humor e resolução de problemas práticos.

No estágio realizado, foi utilizado como instrumento de avaliação dos cuidadores familiares o CADI, o qual foi aplicado individualmente através de entrevistas estruturadas não só aos cuidadores, mas também a um elemento da ECCI, que funcionou como informante-chave, com o intuito de obter um maior leque de conhecimentos acerca dos dez cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência, que constituíram a população do estudo. Este instrumento de colheita de dados demonstrou ser útil e fundamental para a identificação das necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares relacionadas com cuidar, e por conseguinte, para a implementação de respostas adaptadas a cada situação em concreto, tendo em conta o plano de cuidados baseado na CIPE versão BETA 2, elaborado para cada cuidador familiar, promovendo, desta forma, cuidados de enfermagem personalizados e humanizados. Embora se tenha utilizado como instrumento de avaliação do cuidador familiar o CADI, existem outros que poderiam complementar a colheita de dados efetuada e servir de apoio à prática clínica em termos de estratégias de *coping* a utilizar, de

satisfação e de sobrecarga, tais como, o CAMI, o CASI e a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), validadas para a população portuguesa por Sequeira em 2007. Estas ferramentas poderiam enaltecer ainda mais o estudo realizado, visto que com o CAMI seria possível avaliar a forma como cada cuidador familiar resolve ou atenua as dificuldades percecionadas no âmbito do cuidar da pessoa idosa dependente, e a perceção do grau de eficácia em cada situação; com o CASI seria possível relacionar os aspetos positivos associados à prestação de cuidados identificados pelo cuidador familiar como fonte de satisfação; com a ESC seria possível avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva, já que a sobrecarga/*stress* se encontra presente em seis dos cuidadores. Apesar de, neste trabalho, e na maioria dos estudos, abordar o *stress* e a sobrecarga de forma indissociada, de facto, são conceitos conceptualmente diferentes, que avaliam necessidades/dificuldades e consequências relacionadas mas distintas, tal como refere SEQUEIRA (2010). Assim sendo, seria igualmente importante, a utilização de um instrumento de avaliação do *stress* em termos de grau e frequência, pois, deste modo seria possível demonstrar prováveis fontes de *stress*, as quais poderiam necessitar de intervenção. Nesta lógica, SEQUEIRA (2010) faz referência ao instrumento de avaliação da intensidade do *stress* do cuidador do idoso dependente, validado para a população portuguesa por Rocha em 2009.

O trabalho realizado por YEDIDIA e TIEDEMANN (2008), evidenciou treze necessidades sentidas pelos cuidadores familiares, os quais esperam obter ajuda profissional por parte dos enfermeiros e das assistentes sociais. Essas necessidades foram enumeradas por ordem de prioridades, sendo elas: informação sobre os serviços disponíveis, gestão do *stress* e estratégias de *coping*, ajuda com questões financeiras e cobertura de seguro, ajuda na comunicação com os profissionais, informação sobre a doença, ajuda para solicitar apoio competente, ajuda com a aprendizagem de tarefas de cuidado, ajuda na comunicação com a pessoa com demência, conselhos legais, informação sobre medicamentos, ajuda com as questões de fim-de-vida, conselhos acerca da institucionalização da pessoa cuidada e ajuda para lidar com a família.

Da mesma forma, os cuidadores familiares que fizeram parte do estudo desenvolvido durante o ensino clínico mencionaram a necessidade de ajuda com a aprendizagem de tarefas de cuidado, mais propriamente, um cuidador referiu a necessidade de informação e formação acerca dos posicionamentos, levante e exercícios passivos, e outro acerca da alimentação por sonda nasogástrica. De referir que, apesar de ambos os cuidadores já exercerem estas tarefas anteriormente, salientaram estas necessidades, por um lado, no sentido de conhecerem práticas que lhes permitam ajudar, de forma mais adequada possível, as pessoas de quem cuidam, por outro, de modo a sentirem-se mais seguros a cuidar do seu familiar dependente. Verificou-se igualmente, a necessidade de gestão de *stress*, uma vez que seis cuidadores identificaram o *stress* como uma dificuldade no cuidar da pessoa idosa dependente, destacando-se assim a necessidade de apoio psicossocial. Também FERNANDES e GARCIA (2009) evidenciam que, o cuidador familiar de idosos dependentes apresenta, maioritariamente, alterações do seu estado emocional e físico, tal como o défice de lazer e a

fadiga. A tensão do cuidador familiar de pessoas idosas dependentes é considerada como um estado dinâmico de alteração do bem-estar do cuidador familiar, que varia de pessoa para pessoa, multideterminado e cumulativo, resultante do processo de cuidar do idoso dependente. Esta, resulta tanto de fatores biopsicossociais, quanto económicos e histórico-culturais, os quais influenciam a situação de cuidado na sua totalidade, assim como o relacionamento do cuidador consigo mesmo e com outras pessoas significativas, especialmente o sujeito de cuidados, pelo que é necessária uma intervenção direcionada à resolução ou minimização dos problemas.

A necessidade de apoio psicossocial foi, igualmente, identificada pelos cuidadores familiares durante a avaliação inicial realizada no estágio, o que vai de encontro com o estudo realizado por YEDIDIA e TIEDEMANN (2008), uma vez que esta necessidade não foi enunciada por estes autores. No ensino clínico, este tipo de necessidades englobou não só o *stress* sentido pelos cuidadores familiares, mas também a solidão, a qual foi relatada por dois cuidadores, que carecem de convívio e companhia, para além da pessoa idosa dependente, sendo fundamental conversar com alguém sobre a sua situação, experiências, medos, dificuldades, preocupações e satisfações inerentes à prestação de cuidados.

Tal como mencionam FERNANDES e GARCIA (2009), a adaptação à situação de cuidados, por parte do cuidador familiar, depende em grande parte, dos recursos formais e informais que os serviços e a comunidade disponibilizam para responder às necessidades da pessoa idosa e do cuidador familiar, possibilitando períodos de descanso, lazer e cuidados de saúde individualizados. Reforçam ainda, a efetividade de um sistema de apoio e desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais, a pessoa idosa dependente, o cuidador familiar e restantes membros da família, para lidar com um envelhecimento com dependência. A capacidade do cuidador satisfazer as necessidades do idoso tende a diminuir perante a inexistência de orientação, acolhimento e vínculo com instituições de saúde.

A existência de redes de apoio formais e informais promove, também, a regulação e utilização de estratégias de *coping*, por parte dos cuidadores familiares, de forma a minimizar o *stress* sentido e os efeitos do mesmo. Tal como afirma FERNANDES e GARCIA (2009), a experiencia de assumir a responsabilidade por idosos dependentes, é considerada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e *stressante.* Na realidade, as redes de apoio quer informais, quer formais, representam uma ajuda e apoio essencial, face às necessidades físicas e psicológicas dos cuidadores familiares e da própria pessoa idosa dependente. Foi neste sentido que, na prática clínica, foi valorizado a estrutura familiar da pessoa idosa dependente, incluindo amigos e vizinhos, de modo a serem elementos ativos no cuidar. Constatou-se assim, uma maior proximidade da relação familiar, um incremento do apoio físico e emocional por parte de quem cuida e uma diminuição do *stress*, sobrecarga e solidão dos cuidadores. Da mesma forma, foi contemplado no plano de cuidados de cada cuidador familiar, e posteriormente, solicitado a participação de outros profissionais de saúde, tais como, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga, de acordo com o interesse

demonstrado pelos cuidadores familiares. Contudo, não foi possível verificar os resultados que advieram nos cuidadores familiares, face aos cuidados prestados por outros elementos pertencentes à ECCI, devido ao fator tempo. Tendo em conta que, a prestação de cuidados por uma equipa multidisciplinar perfila o conhecimento global dos cuidadores familiares, enquanto cidadãos e utentes, a perceção e o respeito pela singularidade do ser bio-psico-socio-cultural e espiritual de cada um, e a estruturação de um dialeto comum, promotor da comunicação, considera-se expectável que com a continuidade dos cuidados, haja um *feedback* positivo no que diz respeito às necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares e pessoa idosa dependente.

Deste modo, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de intervir junto dos cuidadores familiares de acordo com as necessidades identificadas pelos mesmos. No estudo efetuado por CASSIE e SANDERS (2008), foram mobilizadas intervenções psicossociais no sentido de assistir os cuidadores na gestão dos efeitos que seus cuidados têm na sua saúde física e mental. Constatou-se, por um lado, que das intervenções individuais psicoeducativas, realizadas durante as visitas domiciliárias de enfermagem, resultou numa diminuição da fadiga do cuidador, depressão e tensão, bem como na melhoria da gestão de problemas de comportamento entre as pessoas cuidadas. Por outro lado, as intervenções em grupo foram eficazes na diminuição da ansiedade e depressão do cuidador, e permitiu um maior conhecimento acerca dos recursos da comunidade, bem como um maior apoio social (idem). De realçar ainda que, as intervenções multi-modais, isto é, as que envolvem uma combinação entre as intervenções individuais e em grupo, foram bem sucedidas no estudo, pois permitiu diminuir o *stress* e a sobrecarga, aumentar o conhecimento, melhorar as atitudes do cuidador, e diminuir a probabilidade de institucionalização do recetor de cuidados (idem). O descanso do cuidador e outras intervenções baseadas na tecnologia, usando o computador e telefone como suporte, mostraram igualmente, serem eficazes na redução de sobrecarga, depressão e ansiedade do cuidador familiar (idem). De uma forma geral, a gestão das responsabilidades de cuidar melhorou como resultado da construção de habilidades do cuidador, das intervenções em grupo, da psicoeducação, da psicoterapia, do descanso e das intervenções multi-modais. (CASSIE e SANDERS, 2008)

Também no ensino clínico desenvolvido, após a formulação dos diagnósticos de enfermagem, foram implementadas no domicílio, intervenções individuais dirigidas a cada cuidador familiar, tais como, aconselhamento, negociação sobre solução de problemas, construção de habilidades, solicitação de cuidados de outros profissionais de saúde e intervenções psicoeducacionais, como seja, sessões de educação para a saúde, apoio emocional aos cuidadores familiares através da motivação para verbalização de sentimentos e expectativas, disponibilização de um espaço para escuta ativa e transmissão de reforço positivo. As sessões de educação para a saúde foram realizadas no âmbito das tarefas de cuidado e das unidades de internamento para descanso do cuidador familiar. Ao analisar as necessidades/dificuldades, verificou-se que o *stress*/sobrecarga estão presentes em seis dos cuidadores, sendo que estas poderiam ser minimizadas com a utilização das unidades de

longa duração e manutenção, visto que iriam permitir aos cuidadores ficarem temporariamente isentos das suas funções e responsabilidades, usufruindo assim de tempo livre para si próprios. Desta possibilidade, apenas três dos dez cuidadores mostraram-se interessados, embora não tenha sido requisitado esse apoio, por mencionarem quere-lo fazer mais tarde. Já os restantes cuidadores referiram que essa atitude lhes traria um sentimento de culpa e abandono, visto que nunca estiveram afastados do seu familiar e que nunca iriam ser capazes de o fazer.

As intervenções em grupo foram igualmente implementadas para alguns dos cuidadores familiares, aquando da colaboração no processo de articulação com instituições da comunidade, de forma a solicitar apoio do grupo de voluntários no domicílio, e aquando da promoção da participação da família, amigos ou vizinhos no cuidar da pessoa idosa dependente. Tanto a família, amigos ou vizinhos, como os grupos de apoio constituem recursos que podem ajudar os cuidadores a fazer face às suas necessidades, uma vez que estes programas psicossociais são geralmente baseados na partilha de informação, no ensino de habilidades e no apoio emocional. Deste modo, e de acordo com LEZAUN e SALANOVA (2001), adquirem um duplo objetivo, isto é, diminui as repercussões do cuidador associado à prestação de cuidados, e melhora a qualidade dos cuidados que são prestados à pessoa idosa dependente. Nesta lógica, o cuidador familiar e a pessoa idosa dependente auferem com os apoios informais, dos familiares, mas também amigos, vizinhos e voluntários.

Outras das intervenções em grupo que poderia ter sido planeada e, posteriormente, implementada durante o ensino clínico, diz respeito às que ocorrem em simultâneo com um conjunto de cuidadores familiares, na medida em que, segundo CASSIE e SANDERS (2008), favorecem a diminuição da taxa de institucionalização das pessoas idosas dependentes, diminui a ansiedade e depressão do cuidador, aumenta o conhecimento sobre os recursos da comunidade e sobre os cuidados, melhora o estado psicológico do cuidador, melhora o bem-estar do cuidador e aumenta o apoio informal. Todavia, os cuidadores familiares selecionados no estágio apresentavam uma escassa disponibilidade de tempo e uma sobrecarga de tarefas, não se podendo ausentar por não terem assistência para cuidar do seu familiar dependente, pelo que não se pôde optar por este tipo de intervenção. De ressaltar que, as intervenções devem ser adequadas à especificidade de cada cuidador familiar, sendo fundamental estabelecer programas de intervenção cuja participação não acarrete mais *stress* aos mesmos.

Também FERNANDES e GARCIA (2009), enfatizam programas de apoio aos cuidadores familiares de idosos dependentes, os quais podem ser dirigidos tanto ao cuidador familiar ou a vários elementos da família, sendo operacionalizados mediante atendimentos individuais e/ou grupais, de acordo com as necessidades específicas de cada cuidador ou família. Na perspetiva destes autores, as intervenções devem ser implementadas, principalmente, no âmbito domiciliar, devendo contemplar atividades de natureza instrumental, orientação prática quanto aos procedimentos de cuidado, informações sobre a doença e/ou dependência da pessoa idosa, possíveis adaptações físicas no domicílio, permissão da

expressão e acolhimento de sentimentos, incentivo ao relato de dificuldades e experiências acerca do modo como lidar com essas dificuldades.

Nos cuidadores que fizeram parte do estudo efetuado na prática clínica, verificou-se a existência de apoio social domiciliário em 80%, sendo as áreas do apoio mais utilizadas para a higiene pessoal (8 cuidadores) e para o fornecimento de alimentação (2 cuidadores). Relativamente ao apoio domiciliário na área da saúde, o mesmo está presente em todos os cuidadores, sendo os enfermeiros os profissionais de saúde mais referenciados. Constatou-se que o apoio domiciliário funciona como um elo de amizade, quebra o isolamento, mantém a pessoa no seu próprio espaço, permite a prevenção e a promoção da saúde e fomenta a integração social dos cuidadores familiares, pessoa idosa dependente e família.

De facto, pode-se considerar que o cuidar no domicílio é uma das funções primordiais do enfermeiro. Contudo, na atualidade, verifica-se profundas modificações, devido ao aumento de pessoas a serem cuidadas em casa, à complexidade dos cuidados e necessidade da existência de equipas multidisciplinares, as quais constituem as ECCI. Assim, os enfermeiros em cuidados domiciliários devem ter em conta os valores culturais e práticas de vida da pessoa cuidada e família, e desenvolver uma relação de confiança, na qual as intervenções de enfermagem são instituídas em função das necessidades individuais, dentro do contexto domiciliar.

Os cuidados domiciliares são identicamente defendidos por ZEM-MASCARENHAS e BARROS (2009), pois estes cuidados visam a individualização das intervenções prestadas pelas instituições de saúde, bem como a autonomia da pessoa idosa dependente e seus familiares, no que diz respeito ao planeamento e execução dos cuidados necessários. A acrescer que, os cuidados no domicilio permitem retomar a rotina diária da pessoa dependente e seus familiares, num ambiente que não sustenta a perceção de doença e permite ainda conciliar os cuidados com as diversas atividades domésticas, familiares e/ou profissionais. De realçar que, a privacidade do domicílio, assim como o apoio, a atenção e o carinho dos familiares são vantagens proporcionadas pelos cuidados prestados no domicilio, promovendo o bem-estar tanto da pessoa idosa dependente como do cuidador familiar.

Neste sentido, as intervenções planeadas no estágio foram colocadas em prática com recurso às visitas domiciliárias por impossibilidade do cuidador familiar se deslocar ao centro de saúde ou outro estabelecimento de saúde, tendo-se constatado que os cuidados prestados no domicílio permitiu uma maior aproximação do profissional de saúde com a realidade de vida e saúde da pessoa idosa dependente, cuidador familiar e família. De facto, as visitas domiciliárias acarretaram inúmeras vantagens, que incluíram a conveniência do cuidador familiar, o controlo deste sobre o ambiente, a disponibilidade de uma opção para os cuidadores por não poderem ausentar-se do domicílio, a capacidade de individualizar os cuidados e a existência de um ambiente natural. Contudo, o tempo despendido para a preparação da visita domiciliária, para a deslocação e para a intervenção com um único cuidador foram considerados desvantagens, dadas as limitações de tempo existentes. Ainda assim, esta estratégia de intervenção de enfermagem permitiu o exercício da profissão através da

utilização do processo de enfermagem, o que possibilitou a avaliação das necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência, a formulação dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a execução das ações no domicílio e a avaliação final. Desta avaliação verificou-se que, as necessidades de informação e de formação dos dois cuidadores familiares foram satisfeitas, e relativamente à necessidade de apoio psicossocial, apenas um dos seis cuidadores deixou de sentir *stress*, e três dos cinco cuidadores deixaram de mencionar a solidão como uma necessidade/dificuldade. Salienta-se ainda que o início da implementação das intervenções planeadas até à avaliação final distou de apenas dezanove dias. Esta limitação de tempo poderá ser compreendida como um fator de enviesamento dos resultados. De qualquer forma, pode-se afirmar que o programa de intervenção implementado demonstrou ser eficaz para alguns dos cuidadores familiares, havendo outros que ainda não superaram as necessidades/dificuldades, pelo que se torna fulcral a continuidade de cuidados prestados pela ECCI, a qual foi evidenciada aquando a apresentação do estudo à equipa.

O estágio efetuado suportou-se na via indutiva com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação, para a qual foi mobilizada a conceção teórica já mencionada anteriormente, por referência ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Nesta perspetiva, considerando a diversidade e singularidade dos cuidados de enfermagem desenvolvidos no ensino clínico, valorizou-se o contexto, as pessoas, os processos e o tempo que decorreu a ação, promovendo desta forma a reflexão sistemática. No contexto da prática clínica de enfermagem, não se pretendeu produzir investigação mas sim desenvolver competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Todavia, a aplicação prévia da revisão sistemática da literatura poderia determinar que abordagens têm sido usadas noutros locais, com problemas similares, com que sucesso, e coloca-las em prática ainda durante o estágio. Por conseguinte, iria facilitar a melhoria da qualidade, a eficácia e a aplicabilidade das intervenções planeadas, sintetizando a evidência e traduzindo-a para a prática, ou seja, dando ênfase à prática baseada na evidência. No âmbito da prática baseada na evidência, a identificação antecipada do conhecimento mais atualizado iria permitir uma tomada de decisão com bases científicas sobre o cuidar individual do cuidador familiar de pessoas idosas em situação de dependência, com recurso à visita domiciliária. Tal como é corroborado por CASSIE E SANDERS, (2008), os profissionais de saúde, e mais especificamente, os enfermeiros, ao combinarem as necessidades do cuidador familiar com as intervenções baseadas em evidências, serão mais capazes de cuidarem de quem cuida e responder às necessidades específicas de cada cuidador e pessoa idosa dependente, de forma a colmatar ou minimizar essas mesmas necessidades. De facto, denota-se que, os enfermeiros desempenham um papel preponderante na promoção da saúde da família e seus sub-sistemas, em contexto domiciliar, utilizando como estratégia de intervenção comunitária, a visita domiciliária. De ressaltar que, no processo de cuidados de enfermagem aplicado aos cuidadores familiares, é fundamental tê-los como centro de interesse, mas também as pessoas idosas dependentes e a própria unidade familiar, para alcançar a excelência do cuidar.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido reflete que, o núcleo central do estudo diz respeito aos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência enquanto sujeito de cuidados, sendo que as conclusões terão como objetivo primordial o estimulo para a elaboração de novas questões de futuros estudos em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

As conclusões deste estudo emergem dos objetivos delineados, do enquadramento teórico, do estágio desenvolvido, da questão PI[C]O formulada e da reflexão e análise da revisão sistemática da literatura, a qual constituiu um contributo fundamental para o consumar das considerações finais, as quais irão ser estruturadas de acordo com o que foi emergindo ao longo do trabalho. De salientar que, embora não se possa generalizar estas conclusões para outros contextos populacionais, não se deve invalidar a importância dos mesmos, podendo os dados serem mobilizados no contexto onde foi desenvolvido o estudo, funcionando assim, como uma mais valia para os profissionais de saúde e cuidadores familiares. Neste sentido, foi sugerido à ECCI um instrumento quantitativo de avaliação/determinação das necessidades das famílias com pessoas dependentes. No meu entender, a metodologia selecionada ajustou-se ao tipo de estudo e aos objetivos propostos na unidade curricular estágio e relatório, pois permitiu desenvolver competências na área da especialização da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e no âmbito da prática baseada na evidência, a qual possibilitou a identificação do conhecimento mais atualizado sobre a temática eleita.

Seguidamente, apresentarei as principais conclusões do estudo e sugestões decorrentes destas, a saber:

- ✓ De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, todos os estudos apontam para o envelhecimento da população, o qual está associado a um processo de crescente dependência, a que Portugal não está isento.
- ✓ A família, e mais especificamente, o cuidador familiar, representa o pilar do cuidar no domicílio, pois é ele que assegura a grande parte da assistência às pessoas idosas em situação de dependência. Esta arte do cuidar exige um esforço permanente quer a nível cognitivo, emocional quer físico. Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade e, deverá ser uma preocupação de todos, enquanto elementos ativos desta sociedade.
- ✓ Tanto na prática clínica efetuada, como na contextualização teórica e RSL verifica-se que, na maioria, os cuidadores familiares são constituídos por elementos do sexo feminino, casadas, com uma média de idade de 70 anos, sendo a relação conjugal a predominante seguida da filial.

- ✓ Apesar de muitos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes considerarem a prestação de cuidados como gratificante, o seu desempenho apresenta repercussões físicas, psicológicas e sociais. Daqui advêm as necessidades/dificuldades sentidas pelos cuidadores, tais como, a necessidade de informação e formação, as necessidades de apoio psicossocial, que incluem a solidão e o *stress*/sobrecarga do cuidador. Estas necessidades/dificuldades foram identificadas no estágio realizado e corroboradas igualmente na RSL.
- ✓ A avaliação e a monitorização das necessidades/dificuldades dos cuidadores familiares facultam a elaboração do diagnóstico, planeamento e intervenções de enfermagem adaptadas às necessidades reais e potenciais. Neste sentido o instrumento de colheita de dados utilizado no ensino clínico, o CADI, demonstrou ser eficaz tanto na avaliação inicial como final, uma vez que permitiu a identificação das necessidades/dificuldades sentidas pelos cuidadores familiar no cuidar de pessoas idosas dependentes. Porém, sugere-se para próximos estudos a utilização dos seguintes instrumentos de avaliação: o CAMI, o CASI, a ESC e a Escala de *Stress* do Cuidador.
- ✓ Segundo a RSL as redes de apoio formais e informais representam uma ajuda fundamental quanto às necessidades físicas e psicológicas dos cuidadores familiares, e inclusivamente da pessoa idosa dependente. Denotou-se que, na prática clínica, os cuidadores familiares recebem ajuda formal de instituições da área social, sobretudo para os cuidados de higiene, mas também para alimentação, e apoio domiciliário na área da saúde, sendo os enfermeiros os profissionais de saúde mais referenciados. De referir ainda que, a parceria da equipa multidisciplinar e as intervenções individuais e/ou em grupo de enfermagem, em contexto domiciliar, são terapêuticas pois permitem a diminuição das repercussões dos cuidados prestados e promovem a satisfação das necessidades/dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares no cuidar da pessoa idosa dependente. Da mesma forma, no ensino clínico constatou-se aquando a avaliação final, que dois cuidadores familiares mantinham-se sem necessidades/dificuldades, as necessidades de informação e de formação foram satisfeitas pelos dois cuidadores, e relativamente às necessidades de apoio psicossocial, apenas cinco dos seis cuidadores mantiveram o *stress*, e dois dos cinco cuidadores detiveram a solidão. Estes resultados demonstram que as intervenções foram eficazes, embora seja imprescindível uma continuidade de cuidados pela ECCI de forma a serem colmatadas as necessidades ainda existentes. Ainda assim, sugere-se a realização de intervenções em grupo com um conjunto de cuidadores familiares em simultâneo, visto que de acordo com a RSL efetuada, estas diminuem as repercussões físicas e psicológicas do cuidador, aumenta os

conhecimentos sobre os recursos da comunidade e sobre os cuidados, e aumenta o apoio informal.

- ✓ Sugere-se igualmente que, futuramente seja realizada uma avaliação das intervenções por parte dos cuidadores familiares que participam no estudo, no sentido de compreender se estas corresponderam às suas expectativas e se satisfizeram totalmente as suas necessidades.
- ✓ A visita domiciliária enquanto estratégia de intervenção de enfermagem, de acordo com o processo de teorização da prática efetuada, permite dar respostas às necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência. No entanto, considero que existe ainda, um percurso a desenvolver, de forma a otimizar esta intervenção, deixando de ser, muitas vezes, centrada nas necessidades da pessoa idosa dependente, mas incluir identicamente, como centro de cuidados, o cuidador familiar e os restantes membros da família.

Perante esta integração e mobilização dos conhecimentos constatou-se que, cuidar de pessoas idosas dependentes é um processo complexo. Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da necessidade de apoio aos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência emerge como uma questão prioritária nas políticas de saúde, sociais e económicas dos países desenvolvidos, como Portugal. De facto, estas conclusões permitem compreender que os cuidados a pessoas idosas dependentes é uma questão fundamental no contexto do rápido envelhecimento populacional, sendo cada vez mais evidente a importância do cuidador familiar, o qual deve ser capaz de cuidar eficazmente das suas necessidades. Todavia, o ónus relacionado com este processo, e todo o *stress*/sobrecarga inerente ao mesmo, faz com que o cuidador familiar deve ser considerado, também, como recetor de cuidados. Nesta lógica, a enfermagem deve adotar uma abordagem sistémica da família, na qual a saúde é encarada na perspetiva do bem-estar familiar, na medida em que a família constitui a célula básica da sociedade.

Desta forma, emerge a implicação de uma intervenção assegurada pela RNCCI, que irá possibilitar a procura constante da melhoria dos cuidados e a promoção da satisfação das necessidades da comunidade, onde a família, o cuidador familiar e a pessoa idosa dependente se encontram inseridos. Cabe a todos os profissionais de saúde, e a nós enfermeiros em particular, a responsabilidade na prevenção e promoção da saúde, da autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas dependentes e sua família, caminhando no sentido de uma melhor prestação de cuidados. Tal como refere RICE (2004), o objetivo de um plano de intervenção bem sucedido é manter um potencial máximo destes utentes integrados na comunidade. Neste sentido, considero ser fundamental, toda esta conceção, visto que pode enaltecer ainda mais o presente estudo, tendo em conta a sua especificidade e o contexto em que ocorre.

Da mobilização de todos estes aspetos e dos resultados obtidos com este trabalho, surge uma implicação para futuros estudos, no âmbito de compreender se a visita domiciliária

contribui para a qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores familiares às pessoas idosas em situação de dependência, e se a visita domiciliária contribui para a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência. Estas questões sugerem uma melhor compreensão da temática em causa, e um incremento dos conhecimentos nesta área concreta, o que possibilita que, enquanto enfermeiros, seremos promotores da qualidade dos cuidados prestados e da qualidade de vida dos cuidadores familiares.

Tendo por base todo o trajeto efetuado, é de realçar os constrangimentos e potencialidades inerentes ao estudo. Deste modo, como constrangimentos salienta-se: a inexperiência da mestranda, pois as questões teóricas são organizadas e ponderadas com o desenvolvimento da prática, e reciprocamente; a impossibilidade de intervir por um período mais longo com a população durante o estágio, devido ao limite de tempo; a utilização de um único instrumento de avaliação do cuidador familiar, o CADI, podendo ter sido complementado com o CAMI, o CASI, a ESC e a Escala de *Stress* do cuidador; o incumprimento da avaliação das necessidades dos cuidadores familiares após a prestação de cuidados por parte de outros profissionais de saúde, tendo sido feito apenas a solicitação da sua participação, pois como se trata de um estudo realizado no âmbito académico, a sua realização decorreu num curto espaço de tempo; a realização de intervenções de enfermagem apenas com um cuidador familiar de cada vez, pela impossibilidade de intervir com um grupo de cuidadores conjuntamente; o diminuto período de seguimento dos cuidadores familiares durante o ensino clínico poderá ser compreendido como uma condição de enviesamento dos resultados; a RSL ter sido realizada após o desenvolvimento do estágio; a inexistência de artigos científicos relacionados com a temática em estudo com data superior a 2009; a não facilitação de tempo despendido pela instituição onde exerço funções enquanto profissional de enfermagem para a frequência do estágio realizado e elaboração do relatório do mesmo. Todavia, encaro estas limitações como uma etapa superada, visto que as mesmas me permitiram efetivar todo este processo com rigor científico e ético. Como potencialidades do estudo considero: o acesso a material informativo da UCC onde se realizou o ensino clínico; a interajuda por parte da enfermeira coordenadora, enfermeira cooperante, ECCI, professora orientadora do estágio, e professora orientadora e coorientadora do relatório do estágio e relatório; a recetividade dos cuidadores familiares, amigos e vizinhos; a disponibilidade da ECCI para acompanhamento aquando das visitas domiciliárias realizadas; o conhecimento aprofundado acerca da população por parte da enfermeira cooperante; a área geográfica relativamente próxima entre os cuidadores familiares; a adesão da população ao estudo e validação dos resultados do mesmo com os cuidadores familiares e ECCI; a satisfação por parte dos cuidadores familiares aquando a avaliação final; e por último o tempo facultado para a elaboração do relatório.

O estágio realizado permitiu o desenvolvimento da minha identidade como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, detentora de competências, aliando de forma sistemática a teoria à prática. Estou convicta de ter criado, no campo de estágio, novas condições para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cuidadores

familiares de pessoas idosas dependentes, sendo esta prática como a elaboração deste relatório, um contributo positivo para a minha realização quer pessoal, quer profissional, superando assim as minhas expectativas. De realçar ainda que, todas as considerações aqui citadas fomentam conhecimentos face à temática desenvolvida, o que promove o desenvolvimento de competências relacionadas com a intervenção na área de enfermagem enquanto disciplina e profissão, e no âmbito da prática baseada na evidência.

É com esta perspetiva que, acredito que as contribuições deste estudo alcançam o desenvolvimento da profissão de enfermagem, na medida em que a aquisição do conhecimento sobre a temática analisada poderá proporcionar novas reflexões teóricas e práticas, contribuindo, assim, para a operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem baseada na evidência. Com a realização deste trabalho considero ter adquirido conhecimentos e competências na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, atingindo desta forma os objetivos propostos, o que fomentou um sentimento de compensação e um elevado grau de satisfação.

Ao atingir o término desta etapa, considero ser essencial manter o espírito inovador, de pesquisa e reflexão, mobilizando a prática baseada na evidência, de forma a implementar ações que contribuam para a excelência dos cuidados de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Mais se adita que, estou convicta de o trajeto percorrido não constitui o fim de um processo, mas sim o início de uma nova fase, de ser, estar e agir com o cuidador familiar da pessoa idosa em situação de dependência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACES RIBATEJO. Centro De Saúde de Santarém. **Unidade de cuidados na comunidade de Santarém. Plano de ação.** (2010). Acessível na UCC de Santarém. Portugal.

ACES RIBATEJO. **Estrutura do ACES. O ACES em números.** [Em linha]. 2011. [Consult. 2011-12-31]. Disponível em www: <URL: https://sites.google.com/site/acesribatejo/estrutura-aces/aces-em-numeros>.

ACES RIBATEJO. **Unidades de Saúde.** [Em linha]. 2011. [Consult. 2011-12-31]. Disponível em www: <URL: https://sites.google.com/site/acesribatejo/unidades-de-saude>.

ACES RIBATEJO. **Unidades de Saúde. Unidades de Cuidados na Comunidade.** [Em linha]. 2011. [Consult. 2011-12-31]. Disponível em www: <URL: https://sites.google.com/site/acesribatejo/unidades-de-saude/ucc/ucc-santarem>.

ALARÇÃO, M. (2000). **(des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica**. Coimbra: Porto Editora.

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes - **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal**. Porto: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia, 2009. **359** f. Tese de Mestrado.

ATALLAH, A.N. e CASTRO, A.A. (1998).**Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo, Centro Cochranedo Brasil.

AUGUSTO et al. (2005). **Cuidados Continuados. Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar**. 2ª edição. Coimbra: Formasau.

AVELINO, J. L. et al. **Carta educativa do concelho de Santarém. Relatório Final.** [Em linha]. Santarém: CEDRU - Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, Lda, 2009. [Consult. 2011-09-02]. Disponível em www: <URL: http://www.cm-santarem.pt/educacao/Carta%20Educativa/Carta%20Educativa%20de%20Santar%C3%A9m.pdf>.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **DeCS - Descritores em Ciências da Saúde**. [Em linha]. 2011. [Consult. 2011.08.31]. Disponível em www: <URL: http://decs.bvs.br/>.

BOLANDER, V. R. (1998). **Enfermagem fundamental. Abordagem Psicofisiológica**. 1ª edição em Português. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-96610-6-5.

BRANCO, António Gomes; RAMOS, Vítor - Cuidados de saúde primários em Portugal. **REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA**. Volume temático: 2 (2001). p. 05 – 12.

CASSIE, K. e SANDERS, S. Familial caregivers of older adults. **Journal of Gerontological Social Work.** 50(S1), (2008) p. 293-320. [Consult. 2011.09.30]. Disponível em www: <URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009954334&site=ehost-live>.

COLLIÈRE, M. (2003). **Cuidar… a primeira arte da vida**. 2ª edição. Loures: Lusiciência. IBSN: 972-8383-53-3.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009). **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro**. Lisboa. Autor.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2005). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE/ICNP. Versão Beta 2**. 3º edição. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE/ICNP. Versão 1.0**. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros.

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

DECRETO-LEI n.º 28/2008. “DR I Série” 38 (2008 – 02 - 22) 1182 - 1189.

DESPACHO conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n°407/1998. “DR II Serie”. 138 (1998-06-18) 8328-8332.

DESPACHO do Ministério da Saúde n.º 10143/2009. “DR II Serie”. 74 (2009 – 04 - 16) 15438 - 15440.

EVANS, D. e PEARSONS, A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. **J Clin Nurs.** 10(5). Outubro. (2001) p. 593-599.

FERNANDES, M. e GARCIA, T. Estrutura conceptual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Eletrónica de Enfermagem.** 11(3) (2009) p. 469-476. [Consult. 2011.09.30]. Disponível em www: <URL: http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8858a1a2-eb0e-4c56-ab29-cf5264536e60%40sessionmgr12&vid=2&hid=2>.

FIGUEREDO, D. (2007). **Cuidados familiares ao idoso dependente.** Lisboa: CLIMEPSI Editores.

FLORIANI, Ciro Augusto - Cuidador Familiar: Sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro. 50 (4). (2004). p. 341-345.

FORTIN, M. F. (1999). **O Processo de Investigação: Da conceção à realização**. 1ª edição. Lusociência: Loures.

FORTIN, M. F. (2009). **O Processo de Investigação: Da conceção à realização**. 5ª edição. Lusociência: Loures.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino e TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem.** 12(3) maio-junho. (2004) p. 549-556.

GUYATT, G. e RENNIE, D. (2002). **Users guides: essentials of evidence-based clinical practice**. Chicago, IL: American Medical Association.

HANSON, S. M. H. (2005). **Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação**. 2ª edição. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2000). **Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência.

IMAGINÁRIO, C. (2008**). O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal.** 2ª edição Coimbra: Formasau.

INFOPÉDIA. Santarém. [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2011. [Consult. 2011-09-02]. Disponível em www: <URL: http://www.infopedia.pt/$santarem>.

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL. (2010). **Guia prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. Nº 37. Volume 4. Lisboa: Autor.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001). **Censos 2001: resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação/Instituto Nacional de Estatística. Resultados definitivos. Portugal.** Lisboa: Autor. ISSN 0872-6493.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA **Projeções de população residente em Portugal 2008-2060.** Lisboa: INE, 2009. [Consult. 2011-05-05]. Disponível em www: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estimativas Anuais da População Residente.** [Em linha]. Lisboa: INE, 2011. [Consult. 2011-11-24]. Disponível em www: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003182&contexto=bd&selTab=tab2>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estimativas Anuais da População Residente. Índice de dependência.** [Em linha]. Lisboa: INE, 2011. [Consult. 2011-11-24]. Disponível em www: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000604&contexto=bd&selTab=tab2>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estimativas Anuais da População Residente. Índice de envelhecimento.** [Em linha]. Lisboa: INE, 2011. [Consult. 2011-11-24]. Disponível em www: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>.

JARVIS, A., WORTH, A. e PORTER, M. The experience of caring for someone over 75 years of age: results from a Scottish General Practice population. **Journal of Clinical Nursing,** 15(11), (2006) p. 1450-1459. [Consult. 2011.09.30]. Disponível em www: <URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009336718&site=ehost-live>.

LAGE, I. Cuidados familiares a idosos. In PAÚL, C., FONSECA, A. M. **Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2005. p. 203-229.

LEZAUN, J. J. Y., J. e SALANOVA, M. P. **Apoyo informal y demencias: Es posible descubrir nuevos caminos?** 2001. [Consult. 2011.12.11]. Disponível em www: <URL: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/matia-apoyo_informal.pdf>.

LOPES, Ana Lúcia Mendes e FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem.** Florianópolis. 17(4) Out-Dez (2008) p. 771-778.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.** Lisboa: Direção Geral de Saúde.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Medical Subject Headings. **MeSH Browser**. [Em linha]. 2011. [Consult. 2011.08.31]. Disponível em www: <URL: http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Competências do Enfermeiro de cuidados gerais.** Lisboa: Autor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) **Sistemas de informação em enfermagem (SIE). Princípios Básicos da Arquitetura e Principais requisitos técnico-funcionais**. Lisboa: Autor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública Caderno temático. Modelo de desenvolvimento profissional.** Lisboa: Autor.

PAVARANI, S.C.I e NERI, A.L. Compreendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar. Conceitos, atitudes e comportamentos. In DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 49-70.

PIMENTEL, L. (2008). **Entre os deveres e os afetos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar**. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas, Lisboa.

REGULAMENTO nº 128/2011. “DR II Série”. 35 (2011 – 02 - 18) 8667-8669.

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

RICE, R. (2004). **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários. Conceitos e Aplicação**. 3ª edição. Loures: Lusociência.

SARMENTO, E., PINTO, P. e MONTEIRO, S. (2010). **Cuidar do idoso. Dificuldades dos familiares**. 1ª edição. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

SEQUEIRA, C. (2007). **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora.

SEQUEIRA, C. (2010). **Cuidar de idosos com dependência física e mental.** Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

STANHOPE M. e LANCASTER, J. (1999). **Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª edição. Lisboa: Lusociência.

STANHOPE M. e LANCASTER, J. (2008). **Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população.** 7º edição. Lisboa: Lusociência.

TOMEY, A. M. e ALLIGOOD, M. R. (2004). **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª edição. Loures: Lusociência.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

YEDIDIA M.J., TIEDEMANN, A. How do family caregivers describe their needs for professional help?...**Journal of Nursing. Journal of Social Work Education.** 44(3), (2008) p. 43-7. [Consult. 2011.09.30]. Disponível em www: <URL: **http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010221474&site=ehost-live**>.

ZEM-MASCARENHAS, S. e BARROS, A. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 11(1), (2009) p. 45-54. [Consult. 2011.09.30]. Disponível em www: <URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010255406&site=ehost-live>.

ANEXOS

ANEXO I

PROJETO DE ESTÁGIO

ANEXO II

DIAGRAMA DO MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN ADAPTADO

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO DA UCC

ANEXO IV

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES

ANEXO V

GUIÃO DE ENTREVISTA A INFORMANTES-CHAVE

ANEXO VI

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES

ANEXO VII

ANÁLISE DE CONTEÚDO DE ACORDO COM O MODELO DE NEUMAN

ANEXO VIII

CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO IX

PLANO DE CUIDADOS DOS CUIDADORES FAMILIARES

ANEXO X

PANFLETOS INFORMATIVOS

ANEXO XI

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FINAL AOS CUIDADORES FAMILIARES

ANEXO XII

APRESENTAÇÃO DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UCC

ANEXO XIII

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO/DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS COM PESSOAS DEPENDENTES

ANEXO XIV

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA