



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por

Maria da Graça Pinto de Magalhães Correia Barbedo

Março de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por Maria da Graça Pinto de Magalhães Correia Barbedo

Sob Orientação da Professora Norminda Magalhães

Março de 2011

“Pode-se alcançar a sabedoria por três caminhos.
O primeiro caminho é o da meditação, que é o mais nobre.
O segundo é o da imitação, que é o mais fácil e o menos satisfatório.
Em terceiro lugar, existe o caminho da experiência, que é o mais difícil.”

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Embora um relatório de estágio seja, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

- A primeira palavra de reconhecimento é dirigida à Professora Norminda Magalhães, Orientadora, Coordenadora do estágio e do relatório do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto.
- À tutora de estágio, Enfermeira Rosa Vasconcelos por todo o apoio e disponibilidade;
- De igual modo, a todos os Enfermeiros da Unidade de Saúde Camélias que colaboraram e facilitaram o meu estágio;
- Aos restantes profissionais pela ajuda prestada;
- Ao colega de estágio pelo apoio, incentivo e amizade;
- À minha família, que acompanhou esta longa e sinuosa caminhada. Uma palavra de agradecimento especial para o meu marido e meu filho por todo o encorajamento, carinho e apoio incondicional.
- A todos os cuidadores familiares, pela disponibilidade e vontade em participar, partilhando connosco parte da sua vida, sempre com uma perspectiva altruísta e de ajuda ao próximo.

A todos, o meu sincero OBRIGADA e um BEM-HAJA!

RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito da disciplina de Relatório, inserida no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto. Este relatório pretende demonstrar de que forma se desenvolveram as capacidades e competências na identificação de problemas, raciocínios efectuados e atitudes tomadas, ou seja, evidencia o crescimento pessoal e profissional em contexto de estágio. Relaciona também as competências desenvolvidas com as actividades efectuadas.

Associado à velhice surge o papel do prestador de cuidados que maioritariamente emerge do seio familiar. O desempenho do cuidado ao familiar dependente pelo cuidador familiar constituiu-se como uma tarefa difícil, conduzindo à sobrecarga, pois não existe uma preparação prévia para essa tarefa assim como a presença de laços familiares levanta questões relativas ao funcionamento familiar, quer relativamente à sua funcionalidade, quer à sua dinâmica.

Cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos nós, bem como dos decisores políticos. Os cuidadores familiares representam novos desafios para a sociedade, sendo o papel dos enfermeiros desenvolver competências no sentido de garantir uma resposta eficaz e adequada.

Neste contexto surge o projecto “Cuidar de Quem Cuida” que pretende ser um espaço onde o cuidador terá acesso a formação e informação, com o envolvimento dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados no domicílio a seus familiares dependentes.

ABSTRACT

This work comes under the Report discipline, included in the curriculum of the Masters Degree in Nursing Specialization in Community Nursing, Institute of Health Sciences at the Catholic University of Porto. This report aims to demonstrate the development of capabilities and skills in problem identification and reasoning made and actions taken, and to highlight the personal and professional growth in the context of probation. It also lists the skills developed through the activities performed.

Associated with old age comes the role of caregiver that mainly arises from the family. The performance of the family care for dependent family caregiver was established as an essential task, leading to overload, because there is no preparedness for this task as well as the presence of family ties raises issues relating to family functioning, either with regard to its functionality, either to its dynamics

Caring for the caregiver is a responsibility and should be a concern for all of us as well as policy makers. The family caregivers represent new challenges for society, being the role of nurses developing skills to ensure an effective and appropriate response.

Here arises the project "Caring for the carers" which claims to be a place where the caregiver will have access to training and information, with the involvement of nurses who will provide home care to their dependents.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	11
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	14
1.1 - Diagnóstico de Saúde.....	15
1.2 - Objectivos do Diagnóstico de Saúde.....	16
1.3 - Conclusões do Diagnóstico de Saúde.....	18
1.4 - Determinação das necessidades de saúde prioritárias.....	23
2. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS.....	27
2.1 – Projecto de Intervenção Comunitária.....	28
3 - EXECUÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	34
4 – AVALIAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	35
5- OUTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES.....	39
6-ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA..	40
7-CONCLUSÃO.....	46
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

ANEXOS

Anexo – I – Projecto de Intervenção Comunitária

Anexo – II – Sessões de formação em serviço

Anexo – III – Apresentação do Diagnóstico de Necessidades em Saúde e do Projecto de Intervenção

Anexo – IV – Desdobrável e cartaz para divulgação do projecto “Cuidar de Quem Cuida”

Anexo – V – Artigo a divulgar o Diagnóstico de Saúde, publicado no Jornal “Noticias de Gaia”

Anexo – VI – Projecto de implementação do MDAIF

Índice de quadros

Quadro 1 – Indicadores de Processo

Quadro 2 – Indicadores de resultado

Diagramas

Diagrama nº 1: Desenho do Estudo

ABREVIATURAS

% - Percentagem

Nº - Número

p. - Página

SIGLAS

USF – Unidade de Saúde Familiar

AVD – Actividades de vida diária

AIVD – Actividades instrumentais de vida diária

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EPS – Educação para a Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

EEC – Especialista em Enfermagem Comunitária

OE – Ordem dos Enfermeiros

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

DGS – Direcção Geral da Saúde

SAPE – Sistema de Apoio á prática de Enfermagem

0 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular Relatório, inserida no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, no Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto.

Após a conclusão da componente curricular teórica iniciou-se a unidade curricular estágio. Esta unidade curricular prevê a realização de três módulos de estágio inseridos na temática de enfermagem Comunitária. O estágio tem uma carga horária total de 750 horas, das quais 540 são de contacto, sendo as restantes de trabalho do aluno. A cada um dos módulos corresponderam 10 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) o que no total dos 3 módulos perfazem 30 ECTS.

O Módulo I decorreu de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010; O Módulo II decorreu desde 06 de Outubro a 29 de Novembro; O Módulo III –foi creditado porque fez prova de tempo de serviço na área dos Cuidados de Saúde Primários superior a três anos.

Relativamente ao módulo I surgiu o desafio de desenvolver um Diagnóstico de Saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes da área de abrangência da Unidade de Saúde Familiar Camélias e Unidade de Saúde Familiar Saúde no Futuro, integradas no Centro de Saúde de Soares dos Reis do Agrupamento de Centros de Saúde Porto VIII e, que dizem respeito, às freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

O Módulo II de estágio incluiu o desenvolvimento, implementação e avaliação do projecto de intervenção comunitária, direccionado para as necessidades detectadas, que pretendeu fomentar e desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, essencialmente no planeamento em saúde.

O local de estágio foi a Unidade de Saúde Familiar Camélias (USF) em Vila Nova de Gaia.

A USF Camélias dispõe de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, com experiência comprovada na área, o que se constitui como uma mais-valia, para além de ser uma condição essencial para a realização do estágio previsto no plano de estudos.

A área científica seleccionada, como já referenciado anteriormente, foi de encontro a uma das necessidades sentidas pela USF Camélias, devido a esta se situar numa área geográfica que associa a uma elevada densidade populacional, um elevado índice de envelhecimento.

Neste relatório final apresenta-se a descrição das actividades realizadas ao longo do estágio, de forma descritiva e reflexiva. Pretende-se que o método descritivo e crítico-reflexivo sejam complementados com a observação, consulta bibliográfica de documentos e protocolos existentes na USF Camélias e entrevistas com a enfermeira orientadora.

Este relatório pretende apresentar em modo sequencial e sem ambiguidades, as actividades desenvolvidas ao longo dos Módulos realizados, enumerando as competências específicas na área da Enfermagem Comunitária, adquiridas ao longo deste percurso, proporcionando ao aluno a oportunidade de se auto avaliar, reflectindo acerca das actividades realizadas e dos resultados atingidos. É também desejado que a redacção deste relatório permita desenvolver competências crítico-reflexivas na produção deste trabalho, e que possa constituir-se como um objecto de avaliação.

A estrutura física deste relatório encontra-se ordenada de forma sequencial e lógica, de modo a possibilitar ao leitor uma análise e consulta mais agradáveis.

Inicia-se com a redacção da introdução, na qual está igualmente inserida uma breve contextualização do relatório.

Surge de seguida o diagnóstico de situação, a determinação de necessidades e o projecto de intervenção comunitária. Uma vez que partimos de um diagnóstico de situação, e seguindo as fases do planeamento em saúde, determinamos as prioridades, fixamos objectivos, delineamos as estratégias/actividades e elaboramos o projecto de intervenção comunitária, que foi avaliado através dos respectivos indicadores. Escolhemos esta apresentação para descrever e agrupar todos estes pontos.

A análise crítica do estágio de intervenção comunitária segue-se após a apresentação de outras actividades consideradas relevantes.

No final, encontram-se as conclusões que antecedem as referências bibliográficas e os anexos.

A elaboração e apresentação deste documento, tem o intuito de salientar os ganhos em saúde conseguidos através da implementação do projecto realizado.

São objectivos deste trabalho: realizar uma análise crítica e reflexiva do seu desenvolvimento na aplicação de uma metodologia com base na evidência científica,

nomeadamente ao nível da prestação de cuidados; realizar uma análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas/adquiridas; fazer uma apreciação global do estágio e das suas expectativas futuras; desenvolver a capacidade de elaborar um relatório crítico; dar resposta a uma exigência curricular do curso de especialização em Enfermagem Comunitária.

A elaboração deste relatório, como disciplina integrada no plano de estudos, foi fundamental para a aquisição de competências inerentes ao grau de mestre e contribuiu para um enriquecimento pessoal e profissional. Permitiu, enquanto estratégia de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades de elaboração de um relatório crítico.

De referir ainda, que os quadros apresentados ao longo deste relatório são da nossa autoria, pelo que se omite a fonte bibliográfica de onde foram extraídos.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

No âmbito da realização do módulo I da unidade curricular de Estágio do Mestrado na área de Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que se desenvolveu na Unidade de Saúde Familiar Camélias e que decorreu de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, surgiu o desafio de desenvolver um Diagnóstico de Saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes da área de abrangência da USF Camélias e USF Saúde no Futuro, integradas no Centro de Saúde de Soares dos Reis do Agrupamento de Centros de Saúde Porto VIII e, que dizem respeito, às freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

A realização deste diagnóstico de saúde, tendo como população alvo de estudo os cuidadores familiares de idosos dependentes pertencentes à área de influência das USF, teve como intuito permitir aos enfermeiros em particular, e às USF, um conhecimento aprofundado e suficientemente actualizado dos prestadores de cuidados familiares domiciliário às pessoas idosas dependentes. Para a participação neste diagnóstico, foram critérios de inclusão o nível de dependência dos idosos e a existência de cuidadores familiares que aceitassem participar no estudo, respondendo a um instrumento de colheita de dados seleccionado.

As Unidades de Saúde Familiar (USF), enquanto pequenas unidades autónomas, multiprofissionais, formadas voluntariamente e auto-organizadas, constituíram-se com o objectivo de serem ao mesmo tempo mais eficazes, acessíveis, com melhor clima laboral objectivando uma maior satisfação dos cidadãos (Pisco, 2009). Com este espírito surge a USF Camélias.

A área de influência da USF Camélias são as freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho do concelho de Vila Nova de Gaia. Paralelamente presta cuidados a utentes inscritos residentes fora da sua área de influência, nas freguesias vizinhas: Oliveira do Douro, Santa Marinha, Vilar do Paraíso e outras.

Está em implementação, nesta unidade, o Enfermeiro de Família por área geográfica. Seguindo as orientações da OE, cada Enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a 300 / 400 famílias, numa área geográfica definida.

1.1– Diagnóstico de Saúde

Ao longo desse trabalho, descrevemos e caracterizamos esta população, identificamos e diagnosticamos as suas necessidades em saúde, seguindo as etapas do Planeamento em Saúde preconizado por Tavares (1990), contribuindo dessa forma para o conhecimento e divulgação dos problemas reais e latentes encontrados, para que seja possibilitada a apresentação de soluções para a problemática referida.

Enquanto futuros enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária reconhecemos a importância e o papel fundamental dos prestadores de cuidados familiares como suporte indispensável do apoio às pessoas idosas, no contexto sócio-familiar. É fundamental, portanto, conhecer a verdadeira dimensão dos cuidados familiares domiciliários aos idosos, que durante muito tempo se manteve no esquecimento.

Assim, atendendo à realidade específica das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, e também por percepcionarmos o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária como central e de grande importância interventiva a este nível, com necessidade de desenvolvimento de estratégias de acção sustentadas num leque de conhecimentos e competências que estarão necessariamente presentes no seu perfil, definimos como área programática de acção, os cuidadores familiares de idosos dependentes nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, do concelho de Vila Nova de Gaia.

Para isso procedeu-se à definição de idoso dependente como o indivíduo com 65 ou mais anos de idade e que se encontrava já sinalizado pelas equipas de Enfermagem das USF Camélias e Saúde no Futuro como sendo dependente. Foram também excluídos todos os cuidadores domiciliários que não apresentavam laços familiares em qualquer grau com o idoso dependente, bem como aqueles que residiam em outras freguesias que não Mafamude e Vilar de Andorinho, por serem estas as freguesias da área de abrangência das unidades referidas.

Importa ainda referir que o Diagnóstico de Saúde se enquadra ainda na linha estratégica nacional de política e planeamento em saúde, mais concretamente nos objectivos e estratégias do Programa para a Saúde das Pessoas Idosas definido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que visa, em parte, a identificação de necessidades de

saúde nesta franja populacional, definindo dessa forma prioridades, objectivos, estratégias e acções, que visem dar resposta às necessidades identificadas.

É ainda de salientar que, o Diagnóstico de Saúde segue as linhas orientadoras da Ordem dos Enfermeiros que no seu Modelo de Desenvolvimento Profissional (2010, p.27) preconiza como competência específica do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde. A OE preconiza ainda no mesmo documento que o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária para o desenvolvimento da competência referida, deve, entre outros aspectos, ser capaz de desenvolver um Diagnóstico de Saúde de uma comunidade.

Os objectivos seleccionados pretendem antes de mais caracterizar a nível sócio-demográfico dos idosos dependentes, bem como o seu grau de dependência, as características sócio-demográficas dos cuidadores, as características do ambiente do cuidado, o impacto que esse cuidado pode ter sobre o cuidador familiar.

Uma vez que são escassos os estudos que abordem esta temática no nosso país, conduzindo a um parco conhecimento acerca desta problemática, o Diagnóstico de Saúde assume-se como um estudo exploratório e descritivo.

Num segundo momento, é também objectivo do Diagnóstico de Saúde, identificar as variáveis associadas ao impacto do cuidado nos cuidadores familiares, em particular no que à sobrecarga, funcionalidade e dinâmica familiar diz respeito. Para concretizar este objectivo, desenvolveu-se uma análise de natureza descritiva e inferencial, sobre os dados colhidos.

1.2– Objectivos do Diagnóstico de Saúde

Assim, o Diagnóstico de Saúde visa como objectivo geral o diagnóstico das necessidades em saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes inscritos nas unidades de saúde familiar Camélias e Saúde no Futuro, residentes nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

Delineamos também um conjunto de objectivos específicos que consideramos pertinentes, como caracterizar os cuidadores familiares de idosos dependentes, pertencentes à freguesia de Mafamude, caracterizar os cuidadores familiares de idosos dependentes, pertencentes à freguesia e Vilar de Andorinho; identificar os problemas de saúde prioritários (reais e latentes) dos cuidadores familiares de idosos dependentes,

pertencentes à freguesia de Mafamude, identificar os problemas de saúde prioritários (reais e latentes) dos cuidadores familiares de idosos dependentes, pertencentes à freguesia de Vilar de Andorinho, identificar relações significativas entre as diversas variáveis em estudo, e de que forma estas influenciam a prestação do cuidado e o bem-estar do cuidador familiar, avaliar os recursos existentes para os cuidadores familiares de idosos dependentes na freguesia de Mafamude, que visam satisfazer as necessidades de saúde identificadas, avaliar os recursos existentes para os cuidadores familiares de idosos dependentes na freguesia Vilar de Andorinho, que visam satisfazer as necessidades de saúde identificadas.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da necessidade de apoio aos idosos, surge como um dos problemas fulcrais nas políticas sociais dos países desenvolvidos. Sendo a família reconhecida como a célula básica da sociedade, seria necessário e fundamental protegê-la e reforçá-la, de acordo com o sistema de valores culturais próprios de cada sociedade, para ajudar a responder às necessidades dos membros idosos.

Em 2001, a população idosa, em Portugal, representava 16,35% da população geral e ultrapassou em termos relativos e absolutos o número de jovens (16%). O concelho de Vila Nova de Gaia acompanha as tendências demográficas dominantes a nível nacional, mas reserva particularidades próprias. A população idosa representa 14,5%, o que coloca o concelho numa posição intermédia, abaixo da média nacional de 16,35%. (INE 2008).

O acentuado aumento percentual da população idosa é relevante, embora em Vila Nova de Gaia se encontre uma pirâmide que não envelhece, por via dos fluxos migratórios, que representam um crescimento anual de 0,58%.

Por entendermos que a temática do cuidador familiar num futuro próximo ganhará contornos que não o fará passar despercebido, e apesar de ainda não estar suficientemente estudada, reconhecemos a necessidade de a abordar. Compreender o papel do cuidador familiar pela identificação dos factores que aumentam o impacto negativo sobre o acto de cuidar, foi o objectivo deste trabalho.

O papel do cuidador informal representa um contributo incomensurável, quer para a manutenção dos idosos dependentes no domicílio, quer para a preservação de um envelhecimento o mais activo possível, pois é o cuidador familiar que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do idoso, dando assim continuidade ao seu ciclo vital.

Ao longo do trabalho realiza-se o enquadramento do estudo e, posteriormente, tendo-o sustentado teórica e conceptualmente, expondo os objectivos, explicando os métodos e as técnicas utilizadas, dando ênfase às considerações éticas que envolveram todo o processo, garantindo assim a livre participação no estudo das pessoas envolvidas, a confidencialidade dos dados e o acesso aos resultados obtidos, passa-se na sua segunda parte ao encontro dos objectivos debruçando-nos sobre o estudo empírico, apresentando a metodologia utilizada, assim como, população e a amostra, os instrumentos, a edição e análise de colheita de dados e a apresentação dos resultados obtidos, constituem a mais valia pretendida para o Diagnóstico de Saúde.

1.3– Conclusões do Diagnóstico de Saúde

Consideramos que os resultados deste estudo são um importante contributo para o conhecimento dos cuidadores familiares, e uma análise dos resultados possibilita o surgimento de conclusões.

Relativamente aos resultados do Diagnóstico de Saúde, parece-nos importante evidenciar as principais conclusões a que chegamos. As mesmas emergem da análise e interpretação dos dados, dos objectivos propostos e do enquadramento teórico estruturador. Salientamos que apesar dos resultados que obtivemos coincidirem com os que se conhecem acerca desta problemática, não poderão ser extrapolados à população em geral, mas podem ser utilizados no contexto onde foi desenvolvido o Diagnóstico de Saúde. Importa também frisar que, apesar de não serem encontradas relações estatisticamente significativas entre determinadas variáveis, e assim não ter sido possível determinar o seu impacto negativo sobre o cuidado dos cuidadores familiares a idosos dependentes, isso não significa a ausência total de causalidade, mas apenas que, para o quadro metodológico e amostra definida no Diagnóstico de Saúde, esses resultados e conclusões não foram passíveis de serem obtidos.

No que se refere à metodologia escolhida, consideramos que se ajustou ao tipo de estudo.

Do nosso estudo emergiu a conclusão de que a população idosa em Portugal está a envelhecer a tal ritmo, que será rapidamente necessário adequar respostas políticas, sociais, económicas e acima de tudo em saúde, que permitam melhorar a oferta de serviços às reais necessidades, conseguindo desse modo proporcionar uma cabal e eficaz resposta aos problemas que daí advirão.

A realidade relativamente ao envelhecimento no concelho de V.N. Gaia não é diferente, e o mesmo se pode afirmar das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, pois foi possível demonstrar a sua importância e peso para o concelho, bem como o envelhecimento que progressivamente e de modo claro se tem instalado.

A esse nível, associado ao envelhecimento, surge a perda da capacidade funcional e a necessidade emergente do cuidador domiciliário. Em freguesias cujos habitantes apresentam, poucos recursos económicos, estas não são capazes de proporcionar uma resposta em número adequado, sendo os próprios elementos da família, muitas vezes o cônjuge ou os filhos, a assumirem o papel de cuidador,

Assim, os cuidadores familiares dos idosos dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, são diariamente influenciados por factores que condicionam um impacto negativo sobre o acto de cuidar de idosos dependentes, expondo-se ainda a outros que aumentam esse risco, particularmente ao nível da sobrecarga, em qualquer uma das suas dimensões, da funcionalidade familiar e da dinâmica interna da família.

Foi assim possível demonstrar ao longo do Diagnóstico de Saúde que os cuidadores familiares de idosos dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, prestam cuidados a idosos com elevado grau de dependência na realização das AVD e AIVD, maioritariamente do sexo feminino (63%), sendo que o cuidado prestado a idosos do sexo masculino acarreta um agravamento no impacto do cuidado a nível da sobrecarga e funcionalidade familiar. São maioritariamente familiares directos, como cônjuges (40%) ou filhos (43%).

Os idosos dependentes caracterizam-se por possuírem um baixo nível de escolaridade e viverem com o cônjuge, que na maioria dos casos assume o papel de principal prestador de cuidados.

Urge assim trabalhar com os cuidadores familiares de forma a prevenir as complicações decorrentes do envelhecimento e da perda de capacidade funcional, que tende a ser progressiva, de modo a garantir por mais longos períodos de tempo qualidade de vida aos idosos dependentes e aos próprios cuidadores. A promoção da actividade física, do contacto intergeracional, das actividades lúdicas, da transmissão de informação com recurso à educação para a saúde e a disponibilização de informações sobre outros recursos comunitários, deverão ser intervenções que julgamos ser como prioritárias, nas relações de parceria que se devem estabelecer entre enfermeiros e cuidadores familiares.

O contexto habitacional no qual o cuidado é prestado, é típico de uma região urbana, envelhecida e com um parque habitacional a requerer atenção urgente. Assim o cuidado é prestado maioritariamente em andares ou apartamentos dos próprios cuidadores, com 5 divisões ou menos. O aquecimento das habitações é proporcionado por aquecedores eléctricos ou a gás, e a instalação eléctrica é acessível e segura. As habitações não apresentam humidades e são bem ventiladas. As casas de banho encontram-se no interior da casa, são maioritariamente completas, com banheira, e adequadas ao ambiente de cuidado para cerca de metade dos cuidadores familiares. Os quartos estão situados no mesmo piso da casa de banho e as camas são adequadas ao cuidado e às características da dependência do idoso. As habitações não apresentam riscos ou dificuldades estruturais, possuindo fácil acesso.

Importa sobre o contexto habitacional onde o cuidado é prestado, concluir que a insegurança da instalação eléctrica, apesar de residual nas habitações dos cuidadores familiares, quando presente, acarreta um impacto negativo sobre o cuidar, em particular no que à sobrecarga diz respeito.

Também a inadequação da casa de banho às necessidades do cuidado ao idoso dependente, demonstrou ser causadora de impacto negativo ao nível das três dimensões analisadas. Ainda sobre a casa de banho, foi possível concluir que as suas características, elas também se relacionam com o impacto negativo ao nível das três dimensões analisadas.

Importa frisar que se torna urgente alertar as entidades responsáveis pelo poder local, das dificuldades sentidas pelos cuidadores no contexto habitacional em que o cuidado é prestado, bem como se torna igualmente urgente, capacitar as equipas multidisciplinares de saúde de forma a adequarem medidas para, trabalhando em parceria com os cuidadores familiares, se desenvolvam estratégias adaptativas e de coping, para suplantarem as questões estruturais da habitação, sempre que possível.

Quanto aos próprios cuidadores familiares, foi possível concluir que são maioritariamente do sexo feminino, têm cerca de 60 anos e possuem uma instrução superior há dos idosos que cuidam. Não se encontram profissionalmente activos e a sua principal fonte de rendimento advém da pensão social de reforma, abaixo dos 500€, gastando em saúde com o familiar idoso dependente até 200€ mensais.

Auto-percebem a sua situação económica como razoável, e referem não possuir dúvidas relativamente ao cuidado do idoso dependente. Sobre este aspecto importa referir que o facto dos cuidadores familiares assumirem o cuidado como uma

tarefa inerente à família ou porque já assumem o papel de prestador de cuidados há já longos períodos, tendem a não referir dúvidas no cuidado. As equipas multidisciplinares de saúde devem tomar medidas preventivas de modo a que esta atitude por parte do cuidador familiar não seja impeditiva da avaliação da necessidade de educação para a saúde, pois esta aparente ausência de dúvidas, encerra, por norma, dificuldades latentes às quais importa dar resposta.

Os cuidadores familiares são influenciados negativamente, ao nível da funcionalidade familiar, ao cuidarem dos seus familiares idosos dependentes, pelo facto de habitarem longe de locais necessários à vida diária, como igreja, supermercado ou centro de saúde entre outros, referindo uma maior sobrecarga em função do aumento dos gastos em saúde que realizam com o seu familiar, denotando uma relação próxima entre a sobrecarga financeira associada ao cuidado do idoso dependente e o sentimento de sobrecarga do cuidado.

Também o grupo etário a que pertence tem impacto negativo sobre o acto de cuidar do idoso dependente, em particular no que à dinâmica familiar diz respeito. Foi ainda possível concluir que as dimensões de impacto sobre o cuidador familiar se correlacionam entre si, demonstrando que à medida que aumenta a sobrecarga do cuidador, se dificulta a funcionalidade familiar e a dinâmica interna da família, bem como à medida que estas se revelam mais funcionais e dinâmicas a sobrecarga dos cuidadores tende a diminuir.

Podemos também concluir que a funcionalidade familiar se correlaciona com o grau de dependência dos idosos, ou seja à medida que aumenta a dependência, diminui a funcionalidade familiar, bem como se agrava a sobrecarga sobre os cuidadores.

Por fim, a idade dos cuidadores familiares parece também correlacionar-se com a dinâmica interna da família, pois à medida que o cuidador familiar vai ganhando experiência, também a dinâmica familiar se sente deste facto, melhorando.

A investigação em enfermagem contribui para melhores cuidados de enfermagem, já que, do inevitável questionar a que ela conduz, emergem novos conhecimentos. Desta forma, esses mesmos cuidados devem ser baseados em conhecimentos científicos, técnicos e relacionais consistentes, conferindo um desempenho profissional mais coerente com as necessidades dos seus clientes.

Assim, os resultados da investigação, relativizam a essência dos cuidados de enfermagem, não no sentido de estes pretenderem descobrir o que já existe, mas no de

revelarem a prática do cuidar, permitindo a quem cuida, vontade de criar cuidados únicos, singulares, pertinentes e de ajuda.

Como fruto deste trabalho, fica o reconhecimento de que há ainda um longo caminho a percorrer no que concerne aos cuidadores familiares e, um processo de reflexão e crescimento pessoal que, certamente, encetará uma diferente forma de ser e de estar na profissão. Acalentamos também a esperança que este trabalho seja um ponto de partida para estudos futuros e sirva de base a estratégias de intervenção adequadas às necessidades identificadas.

Para além disso, possibilitou-nos aprender um pouco mais acerca do processo que envolve o cuidar, levando-nos à reflexão da realidade, muitas vezes ignorada pela própria sociedade e afastada do centro das discussões familiares e do quotidiano das actividades dos profissionais de saúde.

O contacto directo com os cuidadores familiares nos domicílios, isto é, nos contextos concretos da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, permitiu-nos uma experiência rica que facilitou um conhecimento mais completo das suas necessidades, bem como da forma como diariamente sentem o impacto do cuidado que prestam ao familiar idoso dependente. Daqui resultou uma melhor compreensão das necessidades e dificuldades para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

Foi interessante verificar que todos os cuidadores invocaram ter aprendido por eles mesmos, mediante o desenvolvimento de capacidades pessoais, através da experiência quotidiana na prestação de cuidados.

Assim sendo, os cuidadores familiares revelam que assumem responsabilidades além dos seus limites físicos e emocionais, motivo pelo qual necessitam de ser apoiados, valorizados e reconhecidos pelo trabalho que executam.

Em conclusão, o cuidado ao idoso dependente influencia o quotidiano dos cuidadores familiares transformando o seu próprio contexto de vida. Portanto consideramos fundamental a adopção de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos prestadores de cuidados e dos próprios idosos dependentes. Devem ser promovidas políticas sociais destinadas a encorajar a manutenção da solidariedade familiar entre as gerações, com a participação de todos os elementos da família. Seria também necessário realçar o papel que as organizações não governamentais podem desempenhar e a contribuição que elas podem dar, a todos os níveis, no reforço da família enquanto célula. Fomentar a participação da comunidade de forma à criação de planos estratégicos de intervenção,

apoiados num incentivo do voluntariado, como resposta possível para combater o isolamento social de alguns idosos e/ou auxiliar os cuidadores familiares.

Melhorar ou criar serviços que permitissem manter as pessoas com perdas de funcionalidade ou em risco de as perder, no domicílio e de modo a retardar a institucionalização de pessoas idosas. Como proposta consideramos que deveria existir uma melhoria dos cuidados prestados ao nível do apoio domiciliário e de centros de convívio e de dia, por exemplo a criação de serviços nocturnos através de centros de noite, e respostas temporárias em lar ou meio hospitalar.

Aumentar a participação do SNS principalmente através dos Cuidados de Saúde Primários, para que assumam um papel preponderante na educação para a saúde, no sentido de incentivar a promoção de comportamentos saudáveis de vida, adiando o aparecimento de situações de dependência.

Por último capacitar os cuidadores familiares de idosos dependentes e outros familiares da rede informal, em relação às necessidades e problemas de saúde dos idosos com o intuito de melhorar o cuidado prestado e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos assistidos (por exemplo, pela implementação de programas de apoio aos cuidadores, para que possam enfrentar com mais facilidade as dificuldades surgidas no processo de cuidar, compreender as distintas alterações presentes na velhice e desenvolver procedimentos que facilitem a relação com o idoso no dia-a-dia).

Os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados apresentados nos estudos observados a nível nacional e internacional. No entanto, pensamos ser pertinente salientar que no plano da funcionalidade e dinâmica familiar, os cuidadores apresentam níveis elevados. Tal facto espelha um elevado grau de estima e satisfação pessoal por cuidarem de um familiar.

1.4– Determinação das necessidades de saúde prioritárias

Após o Diagnóstico de Saúde, onde foram identificados os factores que contribuem para o impacto negativo sobre o cuidador familiar de idosos dependentes, ao nível da sobrecarga, dinâmica interna familiar e funcionalidade familiar, importa sistematizar esses factores sob a forma de problemas de saúde para os quais o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve ter competências para a sua resolução ou encaminhamento. Para isso torna-se essencial levar a cabo a definição de prioridades de intervenção em saúde.

Seguindo o referencial teórico de Tavares (1990, p. 37), adoptado ao longo do Diagnóstico de Saúde referido anteriormente, a segunda etapa do processo de planeamento na área da saúde é a determinação de prioridades.

Como pesquisa de consenso, procuramos um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas da população em estudo. Realizamos a técnica conhecida por técnica de grupo nominal com o recurso aos enfermeiros da USF Saúde no Futuro, pelo facto de serem bons conhecedores da realidade dos cuidadores familiares de idosos dependentes das freguesias atrás referidas.

Os problemas identificados são reais, latentes ou potenciais, conforme se apresentem como uma constatação óbvia e imediata, se manifestem de forma sub-reptícia, ou estejam na calha para se assumirem como reais problemas de saúde, para os quais é ainda possível desenvolver intervenções e estratégias preventivas.

Assim, foi possível identificar os seguintes problemas de saúde que se apresentam hierarquizados:

ÁREAS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIAS DETECTADAS E SUA ORDEM

Prioridade 1

Problema de saúde – Impacto negativo detectado ao nível da sobrecarga do cuidador, da funcionalidade familiar e da dinâmica interna familiar (42.3%)

Áreas de intervenção detectadas – Presença de impacto negativo nos cuidadores familiares, pelo desempenho do papel de prestador de cuidados, ao nível da dinâmica de relação entre as variáveis sobrecarga, funcionalidade familiar e dinâmica interna familiar;

Diminuição da funcionalidade familiar associado à prestação de cuidados afastada de locais necessários à vida diária;

Sobrecarga do cuidador familiar associada aos elevados gastos em saúde com o cuidado ao idoso dependente;

Impacto negativo, associado ao contexto domiciliário em que os cuidadores familiares desempenham a sua intervenção junto dos idosos dependentes, em particular nos casos de inadequação das casas de banho, insegurança da instalação eléctrica e ausência de aquecimento na habitação;

Sobrecarga e diminuição da funcionalidade familiar, quando o idoso dependente é do sexo masculino;

Prioridade 2

Problema de saúde – Cuidadores familiares (21%)

Áreas de intervenção detectadas – Problema latente nos cuidadores familiares, pelo desempenho de papéis de género associados ao cuidado domiciliário, presente nos cônjuges e filhos do sexo masculino, em menor grau nos últimos, devido à diferença geracional;

Problema latente associado à ausência de dúvidas dos cuidadores;

Problema potencial associado aos elevados gastos em saúde a nível sócio económico e á auto percepção da situação económica;

Problema potencial associado ao encargo do cuidado ao idoso dependente no caso de falecimento dos cônjuges, também eles envelhecidos, e em termos futuros, nas repercussões laborais sociais e económicas, quando a prestação de cuidado permanece no agregado familiar;

Emergência do cuidador familiar enquanto figura feminina e seu impacto ao nível do desenvolvimento humano, social e profissional, associado à necessidade do desenvolvimento do papel de cuidadoras;

Idade elevada dos cuidadores familiares de idosos dependentes;

Baixo nível de instrução dos idosos e seus cuidadores, cuja associação ao nível sócio económico é uma realidade de inegável sustentação;

Problema potencial de compatibilização por parte dos cuidadores familiares enquanto no activo, entre as responsabilidades laborais e as necessidade de prestação efectiva de cuidado ao familiar idoso dependente;

Prioridade 3

Problema de saúde – Rede formal de cuidados (20.3%)

Áreas de intervenção detectadas – Insuficiente intervenção activa dos enfermeiros na definição local de políticas do idoso;

Prioridade 4

Problema de saúde – Idosos dependentes (11.7%)

Áreas de intervenção detectadas – Níveis elevados de dependência nos idosos, que remetem para a necessidade de cuidadores e para o impacto negativo que a elevada dependência dos idosos provoca, em particular ao nível da sobrecarga dos cuidadores;

Perda de funcionalidade e dinâmica familiar quando o idoso dependente apresenta elevados níveis de dependência na realização das AIVD;

Envelhecimento populacional generalizado, conduzindo a um número elevado de dependentes no domicílio, em particular do sexo feminino;

Prioridade 5

Problema de saúde – Rede informal de cuidados (4.7%)

Áreas de intervenção detectadas – Insuficiente rede informal de apoio aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares, associada à carência de recursos sociais ou privados disponíveis para apoio domiciliário, falta de divulgação dos serviços prestados e onerosidade que lhes está associada;

Fonte: Resultados da aplicação da técnica de Grupo Nominal aos enfermeiros da USF Saúde no Futuro

2. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS

Para Tavares (1990) o planeamento é fundamentalmente uma aplicação da lógica da tomada de decisão. Permite racionalizar a aplicação dos recursos em saúde, quase sempre escassos. Subjacente ao acto de planear, o coordenador deverá ter em mente os princípios da equidade e o da beneficência. Como poderão constatar no decorrer da leitura deste documento, tivemos em consideração o delineamento de um grupo populacional de maior risco e com potencial de obter grandes ganhos em saúde.

A decisão de investir na construção de um projecto que tenha como alvo as famílias com familiares dependentes, não se prende só com os resultados obtidos na priorização anteriormente realizada. De facto, se atendermos às principais conclusões do nosso Diagnóstico de Saúde esta decisão já se subentendia.

Vários factores têm sido identificados como constituindo fontes de sobrecarga para as pessoas que cuidam de familiares idosos e dependentes.

O lidar de uma forma prolongada e intensiva com as debilidades físicas e mentais do idoso dependente, conduz a alterações na saúde física e mental do familiar que lhes presta cuidados, para além dos problemas sociais e financeiros que muitas vezes ocorrem e se agravam.

Os factores ambientais a que o familiar prestador de cuidados está exposto, incluem não apenas os aspectos directamente relacionados com a dependência do idoso, mas também a sua vida social, as implicações financeiras da prestação de cuidados e o próprio idoso dependente.

Por outro lado, o apoio de informação é tido como sendo uma das dimensões importantes do apoio social, a par da ajuda tangível e de apoio emocional; e também uma das dificuldades mais frequentemente referidas pelos prestadores de cuidados a familiares de idosos dependentes era exactamente a falta de informação sobre a doença e os cuidados, bem como sobre os diversos tipos de recursos existentes.

A sensibilização dos profissionais de saúde para o contexto estudado é fundamental, de modo a que estes possam disponibilizar capacidades e competências que promovam intervenções seguras e adequadas, de modo a permitir melhorar a qualidade de vida do cuidador e influenciar positivamente a prestação de cuidados ao idoso.

A promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, apoiando-a e protegendo-a através de equipas multidisciplinares que façam o diagnóstico, levantamento de problemas e uma intervenção assertiva, tornar-se-á uma mais-valia para os cuidadores em particular e para a sociedade em geral.

Acreditamos que a criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador familiar, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, possa vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a existência cada vez menor de níveis de sobrecarga, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce.

Conhecendo a realidade dos cuidadores familiares, as equipas de enfermagem que intervêm no processo de cuidar dos idosos dependentes, deverão voltar a sua atenção também para os cuidadores. Só assim poderemos garantir que quem cuida não fique por cuidar.

É fundamental a consciencialização dos enfermeiros especialistas acerca das repercussões do processo de cuidar sobre o cuidador informal, assim como do papel destes cuidadores enquanto agentes de saúde, sendo por isso urgente intervir.

Os enfermeiros especialistas deverão ter um papel activo no planeamento de programas de apoio e acompanhamento dos cuidadores, que assentem numa análise de necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, devendo constituir-se como o elo de ligação entre o cuidador e os restantes elementos da equipa multidisciplinar, assumindo uma postura de disponibilidade e escuta activa, que lhes permita compreender os sentimentos, as dificuldades e os constrangimentos dos cuidadores.

Um modelo de intervenção multidisciplinar deve ser proposto onde claramente o doente/utente e os familiares que o cuidam devem ser o centro, incluindo na sua perspectiva todos os níveis de cuidados, dando igual importância a factores psicológicos, sociais e físicos.

2.1– Projecto de Intervenção Comunitária

O projecto de intervenção insere-se no plano de actividades científicas do **Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária** da Universidade Católica Portuguesa Porto do corrente ano. Faz parte integrante do **Módulo II**. Pretende

fomentar e desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no planeamento em saúde.

Após a priorização das necessidades, e respeitando a linha orientadora do planeamento em saúde, foram fixados objectivos e seleccionadas estratégias que serviram de base à composição do projecto de intervenção intitulado “Cuidar de Quem Cuida”. (Anexo I)

Tendo em consideração os recursos existentes na USF Camélias, foi elaborado um projecto de intervenção que pretende dar uma resposta possível aos problemas encontrados.

A população seleccionada para a implementação inclui os prestadores de cuidados familiares aos idosos dependentes inscritos na USF Camélias já acompanhados no domicílio e associados ao programa dependentes. Pretendeu-se trabalhar um grupo restrito (15) de prestadores de cuidados a familiares para que fosse possível uma melhor monitorização e acompanhamento das actividades levadas a cabo durante a fase de execução.

Os prestadores de cuidados a familiares foram inicialmente abordados no âmbito da visita domiciliária ou via telefone, e após o conhecimento e aceitação dos indivíduos, foram contactados no seu ambiente domiciliário através de visitas previamente acordadas.

A conjuntura sócia demográfica na qual este projecto surge é preocupante dado o elevado índice de envelhecimento da freguesia de Mafamude e Vilar de Andorinho e do panorama nacional, em geral. De forma a conseguir responder aos problemas de saúde que surgem nesta realidade, a Direcção Geral de Saúde (DGS) definiu o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), este último preparado para orientar a elaboração de projectos que sejam sensíveis à problemática do envelhecimento, a nível local, regional ou nacional.

Com as orientações da DGS como referência, o projecto “Cuidar de Quem Cuida” quis dar resposta a uma das estratégias de intervenção propostas no PNSPI, que visa justamente a *“informação das pessoas idosas e família sobre a prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência”* assim como a *“orientação técnica dos prestadores de cuidados sobre a prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio.”* (DGS, 2006 p.18,19)

Com este projecto, foi pensada a abordagem da prevenção de complicações associadas à existência de um familiar dependente e à necessidade de manter activo

física e emocionalmente o cuidador(a), fazendo com que a nível local, este pudesse constituir-se como uma resposta direccionada para os problemas encontrados.

Neste contexto surge o projecto “Cuidar de Quem Cuida”

A importância deste projecto justifica-se pelas características da população estudada e pela importância de cada problema e sua priorização.

Assim, e dado que um dos objectivos do projecto “Cuidar de quem cuida” é facilitar aos prestadores de cuidados o acesso a informações sobre a doença e os cuidados e serviços que os possam ajudar a manter a sua autonomia e qualidade de vida, coube desenvolver este projecto para dar resposta a necessidades como informação, educação e apoio a familiares prestadores de cuidados a idosos dependentes.

Em muitas circunstâncias, todo este contexto produz uma carga objectiva e subjectiva no cuidador familiar, podendo ser percebida como sobrecarga. Novos desafios e responsabilidades podem levar ao isolamento social, o cuidador informal poderá sentir-se “oprimido” por tantas exigências externas e internas.

“Em Portugal não existem dados epidemiológicos sobre os cuidadores informais, limitando a promoção e implementação das medidas mais adequadas às suas necessidades”, informam Sousa e tal. (2004,p.88).

O envelhecimento da população tem como consequência um aumento de casos de hipertensão, osteoporose, cancro, entre outras, e demências como Doença de Alzheimer. Os portadores de Doença de Alzheimer vivem, na sua grande maioria, na comunidade. Habitualmente necessitam de auxílio para a realização de várias actividades de vida diária e como consequência de um cuidador.

O acidente vascular cerebral é outra patologia responsável por um alto grau de incapacidade e dependência funcional e, como em outras doenças neurológicas crónicas, associa-se à deterioração das capacidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais do indivíduo.

A responsabilidade principal sobre o cuidar do paciente, recai sobre um único familiar que é chamado de Cuidador Informal.

Entenda-se por cuidadores informais, familiares ou outras pessoas próximas, que numa base informal, não remunerada, nem sujeita a qualquer vínculo estatutário, dão assistência a idosos necessitados de ajuda nas actividades da vida diária.

Entre as características mais homogéneas, destaca-se um perfil maioritariamente feminino, ao qual se acrescenta uma ligação de grande proximidade com os idosos, mais

frequentemente através de laços familiares. Homens e mulheres em diferentes fases da idade cuidam, predominantemente, dos seus progenitores ou dos seus cônjuges.

Além de longa, a prestação de cuidados informais é também intensa.

A maioria dos cuidadores aceitou o seu papel devido à inevitabilidade da situação, mas não deixa de associar os cuidados a valores de solidariedade e prestabilidade. A possibilidade do papel de cuidador despertar sentimentos de satisfação em quem o assume, tem de resto sido assinalada por vários autores. Estes sentimentos coexistem frequentemente com algum desalento e cansaço, que se agrava à medida que a idade dos próprios cuidadores aumenta.

A falta de tempo para descansar e conviver é o aspecto mais afectado pela responsabilidade de cuidar, na vida pessoal.

Dimensões como a saúde física e psicológica, expressam a penosidade do trabalho do cuidado, sobretudo para os mais idosos.

No plano psicológico e emocional evidenciam-se os efeitos que a literatura designa por sobrecarga do cuidador, efeitos estes susceptíveis de afectar quer o bem-estar do cuidador quer o seu desempenho enquanto prestador de apoio a outras pessoas debilitadas.

Os cuidadores manifestam uma relativa incerteza em relação aos cenários futuros para continuar a prestar cuidados. Ou porque receiam que a sua própria saúde não permita perpetuar no tempo o que fazem agora, ou porque, por qualquer outra razão (eventual desejo de autonomia), não estão disponíveis para o fazer, a menos que obtenham complementos que aliviem a sua tarefa.

Com efeito, o desejo de mais e melhor informação para cuidar e para o auto-cuidado, pode ser uma das estratégias preventivas que importará implementar, tanto para os idosos quanto para o cuidador, visto que muitos destes se encontram em situações relativamente vulneráveis no que se refere à sua saúde física e mental.

As relações de empatia entre técnicos e cuidadores são fulcrais na motivação para a aprendizagem de boas práticas (para cuidar e para se auto-cuidar).

Os contactos entre ambos devem ajudar a determinar o apoio a prestar ao idoso, ajudar a esclarecer não só o que o cuidador precisa, mas igualmente o que procura.

A família tem sido considerada como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência.

O cuidar de pessoas nas suas residências implica procedimentos complexos e específicos. Para isso é necessário que todos os cuidadores tenham treino voltado para a

realidade de cada caso, ou que pelo menos recebam orientação mais específica fornecida pela equipe multidisciplinar.

Reconhecer os sinais de agravamento do quadro clínico, o manuseio de acessórios e/ou dispositivos em uso, são procedimentos que facilitam e tranquilizam o cuidador na execução dos serviços que presta ao doente.

O desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que possam facilitar a sua tarefa e promover um cuidado mais livre de desgaste, é a aposta que tem de ser ganha, uma vez que, dominando as acções necessárias na promoção do cuidado, o cuidador terá mais facilidade no planeamento do seu quotidiano, tendo mais tempo para dedicar ao seu auto cuidado.

O projecto “Cuidar de Quem Cuida ” pretende ser um serviço comunitário de alívio para o cuidador, onde este terá acesso a formação e informação, com envolvimento dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados no domicílio a seus familiares dependentes, bem como uma psicóloga e uma assistente social, que em conjunto contribuirão para o seu bem estar biopsicossocial.

“Cuidar de Quem Cuida ” centra-se no utente dependente com Alzheimer ou pós AVC e no familiar que assume o papel de cuidador informal.

O apoio psicoeducativo aos familiares (cuidadores informais) que prestam cuidados a utentes dependentes, irá reduzir os efeitos negativos e a sobrecarga associada à tarefa de Cuidar, prevenindo a tensão e stress do cuidador.

Disponibilizar apoio educativo e suporte psicológico ao cuidador, é contributo indispensável que pode e deve ser dado a quem cuida.

A estratégia de educação para a saúde e desenvolvimento de competências para a prevenção de complicações em famílias com um ou mais elementos dependente, será desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Camélias.

Os objectivos específicos da educação para a saúde perspectivam avaliar o grau de conhecimentos inicial dos prestadores de cuidados a familiares dos idosos dependentes, sobre o diagnóstico; avaliar a formação que os prestadores de cuidados a familiares dependentes têm sobre a doença; realizar educação para a saúde informando sobre a doença e avaliar o grau de conhecimentos final sobre o tema; aumentar a segurança e qualidade dos cuidados prestados, transmitindo conhecimento aos familiares prestadores de cuidados; avaliar a adequação do conteúdo.

O projecto “Cuidar de Quem Cuida”, tem como objectivo geral:
Desenvolver competências nas famílias, para redução das alterações nas dinâmicas familiares, criadas pela existência de elemento/os dependente/es.

Os objectivos desta intervenção comunitária visam: aumentar a acessibilidade das famílias com utentes dependentes á USF Camélias; reduzir o Stress familiar, intervindo no domicilio em parceria com a família, de forma a envolver também os recursos da comunidade; ajudar as famílias com utentes dependentes na aquisição de mecanismos de coping para a prevenção de sobrecarga do cuidador.

A selecção das melhores estratégias vai permitir adequar uma resposta assertiva e direccionada aos problemas de saúde dos idosos, sendo este um dos objectivos que procuramos alcançar.

Com o objectivo de sensibilizar a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar Camélias para o desenvolvimento de competências relativamente ás alterações das dinâmicas familiares pelo facto de existir um utente dependente, realizaram-se duas sessões de formação em serviço. (ANEXO II)

A educação para a saúde nesta fase levou ao *empowerment* dos prestadores familiares. As estratégias definidas implicam, para além da capacitação, a participação, cooperação e envolvimento dos familiares prestadores de cuidados. Ao informar e documentar, pretendemos que estas estratégias salvaguardem o treino e a instrução dos familiares prestadores de cuidados, para que possa haver desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados ao idoso, assim como promoção do auto-cuidado do cuidador.

A educação para a saúde dirigida aos familiares prestadores de cuidados, envolvendo também toda a equipa da USF Camélias que contacta com os mesmos, é seleccionada como a estratégia de eleição para este projecto, visando envolver a família e a rede informal nos cuidados (desenvolvendo formação, que induza mudança nos comportamentos que venham a beneficiar os idosos, contribuindo para a melhoria ou manutenção possível do seu estado de saúde), e após o seu envolvimento, continuar a sensibilização dos familiares prestadores de cuidados (dando explicações acerca dos recursos da comunidade existentes e disponíveis).

3. EXECUÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

A proposta de execução do projecto de intervenção decorreu ao longo do segundo módulo de estágio, durante o qual foram desenvolvidas estratégias e actividades, como: apresentar do Diagnóstico de Necessidades em Saúde e o Projecto, em reunião multidisciplinar, aos profissionais da USF Camélias (ANEXO III); Identificar os prestadores de cuidados a familiares dependentes e sua articulação com o Enfermeiro por área geográfica; informar os prestadores de cuidados a familiares dependentes, dos recursos existentes na comunidade; realizar sessão de formação em serviço para profissionais, com o objectivo de os sensibilizar para a temática; realizar visita domiciliária ao idoso dependente; avaliar o conhecimento do prestador de cuidados a familiares dependentes, no início e no final da intervenção, de forma a perceber a sua evolução e, ainda, elaborar folhetos e cartazes para divulgação do projecto.

Para apresentação do grupo psico-educativo, realizou-se uma Sessão multidisciplinar de educação para a saúde com o tema “Doença de Alzheimer orientada para o prestador de cuidados”.

Para a execução deste projecto contou-se com as parcerias da Universidade Católica Portuguesa do Porto, da Câmara Municipal de Vila Nova De Gaia, da Junta de Freguesia de Vilar de Andorinho, da Junta de Freguesia de Mafamude e ainda da Liga dos Amigos do Centro de Saúde Soares dos Reis.

4. AVALIAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

No decorrer da implementação do projecto, foi realizada uma monitorização e acompanhamento da população alvo, de forma a poder efectuar uma comparação dos estados inicial e final da população alvo. As actividades efectuadas ao longo da implementação foram ajustadas aos recursos disponíveis e a cada um dos objectivos que se pretendiam atingir.

O sucesso do projecto assenta na vontade de todos os profissionais da instituição e no apoio das parcerias locais.

Iniciou-se a avaliação junto de quinze cuidadores (15), dos quais três não cumpriam os critérios de inclusão (a pessoa alvo de cuidados de dois cuidadores apresentavam um agravamento do seu estado geral, não permitindo aos cuidadores participar no projecto) e um que o cuidador familiar trabalhava e quem cuidava era uma empregada.

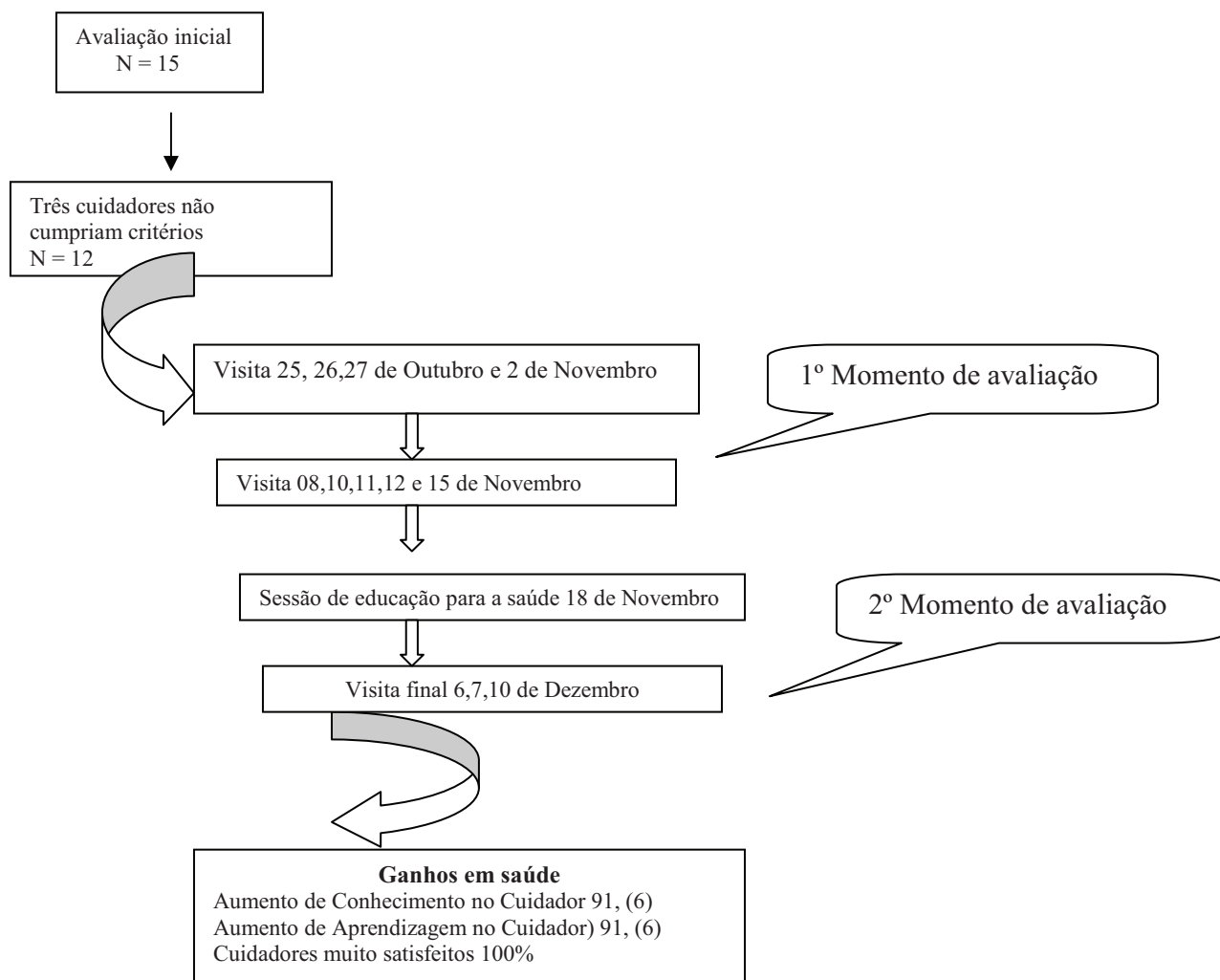
Como estratégia, realizaram-se visitas domiciliárias, durante as quais foi possível observar os idosos portadores de Alzheimer e as pessoas de quem recebiam cuidados necessários às actividades de vida diárias (cuidadores informais familiares).

A visitação domiciliária é uma estratégia das mais eficientes para proporcionar uma acção preventiva à família. Realiza-se com o objectivo de conhecer o indivíduo no seu ambiente familiar com o objectivo de os envolver no tratamento, bem como supervisionar os cuidados e a educação para saúde, inerente ao momento. É, portanto, uma estratégia importante para conhecer não só as condições dos pacientes como também dos seus cuidadores familiares, e a partir daí, promover o auto-cuidado dos cuidadores de acordo com a realidade em que vivem. Pode ainda através destas visitas observar a importância dos cuidadores informais familiares nos cuidados aos portadores de doenças crónico-degenerativas, pois por não serem tratadas em ambiente hospitalar, o cuidado e o cuidador domiciliário assumem inegável importância.

A crescente incidência da doença de Alzheimer levou-nos a pensar em criar respostas de apoio especializado às necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com a doença, contribuindo deste modo para a melhoria do seu bem-estar biopsicossocial.

Tendo como premissa estas observações, planeou-se a actividade de Educação para a Saúde intitulada “Doença de Alzheimer orientada para o prestador de cuidados”.

Diagrama nº 1: Desenho do Estudo



Em contexto de sala, foi possível com os cuidadores, não só a educação para a saúde, bem como a partilha de experiências e emoções entre os cuidadores e entre estes e os formadores. Chegamos ao momento mais onde os cuidadores manifestaram o seu receio pelo desconhecido, sentimentos de culpa, dúvidas em relação ao cuidar. Foi dado tempo e respeitou-se o momento. Respondeu-se a todas as questões e deu-se apoio psicológico.

A observação directa foi uma das ferramentas importantes de avaliação utilizada ao longo deste projecto, entre outros aspectos, permitiu justamente avaliar o conhecimento e interesse demonstrado pelos prestadores de cuidados de utentes dependentes no decorrer das intervenções de que foram alvo. No seu conjunto, a

avaliação deste projecto de intervenção foi feita recorrendo aos seus respectivos indicadores de resultado ou impacto, que medem a alteração verificada num problema de saúde (ou a dimensão actual desse problema), e os indicadores de processo ou execução que medem, por sua vez, as actividades desenvolvidas de forma a atingir um ou mais indicadores de resultado.

O segredo do êxito desta intervenção reside numa clara exposição do que se pretende “medir”. Para o presente projecto a matriz de indicadores que foi criada e que visa não só avaliar os resultados finais da sua aplicação mas também todas as etapas da sua implementação, fornecendo assim indicadores de resultado e de processo, irá permitir uma avaliação global do projecto “Cuidar de quem cuida”.

Nesse sentido optou-se por considerar que uma dada meta proposta será atingida se se verificar a sua consecução a mais de 80%, considerar-se-á como quase atingida se a sua consecução se localizar entre 60% e 80% e, como não atingida se a sua consecução não atingir os 60%.

As metas inicialmente propostas, os indicadores referidos e a avaliação obtida em cada um deles, apresentam-se nos quadros a seguir.

Organizados desta forma, esperamos que seja mais fácil ao leitor compreender os resultados obtidos para cada uma das metas.

Quadro 1: Indicadores de Processo

FÓRMULAS	Meta	Indicador	Concretização
(Nº famílias com utentes dependentes com pelo menos duas visitas domiciliárias/ Nº de famílias com utentes dependente) x 100	20	100	100
(Nº de visitas domiciliárias realizadas/ Nº de visitas domiciliárias planeadas) x 100	85	100	100
(Nº prestadores de cuidados com utentes dependentes que aderiram ao programa desenvolvimento de competências de relativamente a prevenção de complicações / Nº de famílias com utentes dependentes) x 100	50	80	100
Nº de sessões multidisciplinares de formação em serviço sobre o desenvolvimento de competências relativamente alterações das dinâmicas familiares pelo facto de existir um utente dependente	2	3	100
(Nº de enfermeiros presentes nas sessões/ Nº de enfermeiros da equipa da USF) x 100	100	95	95
(Nº de famílias com utentes dependentes com conhecimento da linha telefónica de / Nº de famílias com utentes dependentes) x100	90	100	100
(Nº de famílias com utentes dependentes com conhecimento dos recursos da comunidade de / Nº de famílias com utentes dependentes) x100	50	100	100
Nº de sessões de educação para a saúde realizadas para cuidadores	1	1	100

Quadro 2 – Indicadores de resultado

FÓRMULAS	Meta	Indicador	Concretização
(Nº de cuidadores que demonstrem aprendizagem/ Nº total de cuidadores) x100	50	91.(6)	100
(nº de cuidadores que demonstrem conhecimentos relativos ao tema abordado, conduzindo a um aumento de segurança e qualidade nos cuidados/ Nº total de cuidadores)	50	91.(6)	100

5 – OUTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES

Trabalha na USF Camélias, como enfermeira de família, tem na sua lista 686 famílias que no total representam 1694 utentes, num determinada área geografia.

Desempenha o cargo de enfermeira responsável, tendo-lhe sido delegadas pelo Senhor Coordenador a representação externa da equipa de enfermagem, controlar da assiduidade dos elementos da equipa de enfermagem, coordenar a intersubstituição dos elementos do grupo, nomeadamente nas situações de doença súbita, férias e formação, e determinar os recursos materiais necessários ao bom funcionamento do serviço de enfermagem.

Tem colaborado com as escolas de enfermagem, nomeadamente com a Universidade Católica do Porto na orientação de alunos em estágio.

Concretização de material de divulgação e de apoio (folhetos e cartaz); (ANEXO IV)

Concretização de artigo para divulgação do Diagnóstico de Necessidades em Saúde. Foi publicado em 21 de Novembro, no jornal “Noticias de Gaia” com o título “Prestadores de cuidados aos idosos em Gaia sobrecarregados”; (ANEXO V)

Projecto de Implementação da componente operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção no SAPE ao nível dos CSP (ANEXO VI)

6. ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O meu percurso profissional desenvolveu-se sempre na área de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Penso que poder-se-á dizer que nesta área os enfermeiros são os profissionais de saúde que assumem um maior destaque, como parte integrante do processo de promoção da saúde e prevenção da doença. A definição de cuidados de saúde primários sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), diz-nos o seguinte:

"Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (OMS, 1978: pt. VII)."

É muitas vezes através dos Enfermeiros de CSP que os utentes têm o primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde. Os Enfermeiros, dentro do alcance da sua actuação, conseguem evidenciar-se de uma forma especial nas actividades relacionadas com a educação para a saúde, para além das actividades que prestam ao nível da manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Tendo por base estas actividades, os profissionais dos CSP, incorporam na sua prática diária a filosofia da declaração de Alma-Ata, citada no parágrafo anterior.

Os profissionais dos CSP dedicam grande parte do seu trabalho à área da promoção da saúde e prevenção da doença, mas será através da adopção de comportamentos saudáveis por parte dos indivíduos e da comunidade, que se chegará a ganhos

consideráveis em saúde. Para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), comunidade é *"um grupo com as características específicas: Um grupo de seres humanos vistos como um unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, de condições, ou interesses comuns. A unidade social constituída pela comunidade como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica, partilha de condições, ou interesses comuns, que constituem as partes do grupo"* (CIPE, 2008:171). A comunidade englobará grupos e indivíduos com diferentes graus de dependência, diferentes vulnerabilidades diferentes necessidades de saúde, e com condutas díspares no que diz respeito à procura de comportamentos e estilos de vida saudáveis, sendo a Enfermagem Comunitária aquela que se encontra de melhor forma posicionada e preparada para responder às solicitações da comunidade.

Trabalhando directamente com as famílias, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária vai ajudá-las a desempenharem adequadamente as suas funções enquanto família.

Mas os enfermeiros não irão responder sozinhos às várias solicitações da comunidade. O enfermeiro irá trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde, para que, como equipa de saúde comunitária, sejam capazes de dar uma resposta diferenciada e ajustada às necessidades de cada um dos elementos de uma determinada comunidade. A Enfermagem Comunitária está pensada como sendo uma prática continuada e globalizante, tendo como alvo dos seus cuidados todos os indivíduos ao longo do seu ciclo vital, famílias e grupos, e desenvolve-se em qualquer local da comunidade, seja nas unidades de saúde, escolas, bairros, domicílios, etc.

De referir ainda que a Enfermagem Comunitária, como autónoma, promove a articulação com os restantes profissionais de saúde e pares na comunidade, de forma a poder mobilizar e potenciar os recursos comunitários, tentando estabelecer parcerias de prestação de apoio às famílias e indivíduos, aos quais são identificadas necessidades, sejam elas de recursos, de materiais ou de habitabilidade entre outras, tentando fazer com que, em parceria e complementaridade com os restantes, possa haver uma continuidade dos cuidados enquanto aquele indivíduo/família/comunidade necessitar, e os elementos da família não se sentirem capazes de lhe prestar os cuidados que ele necessita.

Algumas das estratégias mais óbvias da Enfermagem Comunitária são a promoção e a manutenção dos estilos de vida e comportamentos saudáveis, visando a promoção da

saúde e prevenção da doença na população. Para isto a Enfermagem Comunitária realiza actividades que promovam a saúde e previnam a doença, na população. Para isto a Enfermagem Comunitária faz um grande investimento na área da informação e Educação para a Saúde (EPS). Esta área tem vindo a assumir uma maior importância, na medida em que é internacionalmente reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde. A EPS é um processo que serve de ponte entre a informação de saúde e as práticas de saúde, estando o indivíduo no centro da educação para a saúde, atendendo às suas características individuais nos mais diversos domínios.

Portanto, a EPS é vista como um recurso de especial utilidade na prática da Enfermagem Comunitária, pois neste contexto não é apenas suficiente informar, mas é particularmente necessário transmitir conhecimentos (educar, instruir) a outros, para que estes possam participar na procura de comportamentos de saúde.

Constituindo-se como uma profissão que é um dos sustentáculos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos mais variados ambientes, também junto da comunidade os enfermeiros fazem da relação que estabelecem com a pessoa que pretendem ajudar, a sua principal arma terapêutica (Vieira, 2009).

Para a mesma autora, são exigidos ao enfermeiro *“uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e capacidade para tomar decisões de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas”* (Vieira 2009 p.8). Contando os utentes com enfermeiros com estas características, é fácil afirmar que a enfermagem actual exerce um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, ao longo de todo o seu ciclo vital, neste caso específico com uma atenção especial voltada para os indivíduos com 65 e mais anos, dependentes, e seus prestadores de cuidados.

A Enfermagem Comunitária está colocada numa situação privilegiada de forma a responder a estas problemáticas, uma vez que é um aspecto muito relevante o facto de grande parte do contacto do enfermeiro dos CSP e da Enfermagem Comunitária em particular, ser no ambiente próprio e familiar do indivíduo. Ora, este contacto privilegiado dá ao enfermeiro variadas oportunidades para prevenir e intervir de forma directa em aspectos que são responsáveis pelas alterações de estilos de vida, comportamentos, hábitos e crenças. Caberá ao enfermeiro, assumindo o papel de EEC, aproveitar essas oportunidades, constituindo-se como uma preocupação preparar o

Enfermeiro para responder de forma satisfatória às necessidades específicas que surgem, na prestação de cuidados.

Esta preocupação torna notória a importância do tema, que foi já base para a elaboração das directrizes do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas de 2006, de acordo com o qual, para além dos seus pilares fundamentais (promoção de um envelhecimento activo ao longo de toda a vida, maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção do desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas), recomenda igualmente uma atenção especial às pessoas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação (DGS, 2006).

As modificações ocorridas na sociedade e conseqüentemente a crescente complexidade de actuação profissional na área da saúde, apelam a uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, como forma de obtenção de um nível mais elevado de qualificação, que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

A sensibilização dos profissionais de saúde para o contexto estudado é fundamental, de modo a que estes possam disponibilizar capacidades e competências que promovam intervenções seguras e adequadas, de modo a permitir melhorar a qualidade de vida do cuidador e influenciar positivamente a prestação de cuidados ao idoso.

A promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, apoiando-a e protegendo-a através de equipas multidisciplinares, que façam o diagnóstico, levantamento de problemas e uma intervenção assertiva, tornar-se-á uma mais-valia para os cuidadores em particular e para a sociedade em geral.

Acreditamos que a criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador familiar, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, possa vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a existência cada vez menor de níveis de sobrecarga, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce.

Conhecendo a realidade dos cuidadores familiares, as equipas de enfermagem que intervêm no processo de cuidar dos idosos dependentes, deverão voltar a sua

atenção também para os cuidadores. Só assim poderemos garantir que quem cuida não fique por cuidar.

É fundamental a consciencialização dos enfermeiros acerca das repercussões do processo de cuidar sobre o cuidador informal, assim como, do papel destes cuidadores enquanto agentes de saúde, sendo por isso urgente intervir.

Os enfermeiros deverão ter um papel activo no planeamento de programas de apoio e acompanhamento dos cuidadores, que assentem numa análise de necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, devendo constituir-se como o elo de ligação entre o cuidador e os restantes elementos da equipe multidisciplinar, assumindo uma postura de disponibilidade e escuta activa que lhes permita compreender os sentimentos, as dificuldades e os constrangimentos dos cuidadores.

Um modelo de intervenção multidisciplinar deve ser proposto onde claramente o doente e os familiares que o cuidam estejam no centro, devendo a sua perspectiva ser incluída em todos os níveis de cuidados, dando igual importância a factores psicológicos, sociais e físicos.

Uma vez chegado ao fim deste percurso, foram adquiridas competências profissionais específicas como especialista em enfermagem comunitária, das quais se destacam as capacidades para trabalhar em parceria com a comunidade, reconhecendo as suas necessidades em termos de saúde; planear cuidados adequados aos seus problemas mais prementes, enfatizando práticas conducentes a estilos de vida saudáveis, e assumindo a promoção da saúde como pedra basilar da intervenção; favorecer processos de proximidade e participação activa da comunidade nas tomadas de decisão, com o objectivo de desenvolver intervenções orientadas para a obtenção de ganhos em saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no seu Modelo de Desenvolvimento Profissional (2010, p.27) preconiza como competência específica do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde de acordo com as diferentes etapas. No mesmo documento, refere que o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, para o desenvolvimento da competência referida, deve entre outros aspectos, ser capaz de desenvolver um Diagnóstico de Saúde de uma comunidade. Definir as prioridades em saúde de uma comunidade, formular objectivos e estratégias face à priorização das necessidades estabelecidas, promover programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e avalia-los.

É também competência específica contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projectos de saúde colectivos e enuncia como unidades de competência a liderança de processos comunitários com vista à capacitação de grupo e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania integrando nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: Enfermagem, educação, comunicação, ciências humanas e sociais; procedendo à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

Outra das competências preconizadas pela OE é que o enfermeiro especialista em saúde comunitária deve integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e a consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

A OE defende, ainda, que o enfermeiro especialista tem competência para realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, considerando que esta constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

Ao longo do desenvolvimento de todo o percurso académico estas competências foram sendo adquiridas e com o estágio colocadas em prática.

7- CONCLUSÃO

As modificações ocorridas na sociedade e conseqüentemente a crescente complexidade de actuação profissional na área da saúde, apelam a uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, como forma de obtenção de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

A Organização Mundial da Saúde atenta às modificações que se têm sentido nas sociedades e às novas realidades sócio económicas, emanou um conjunto de directrizes que assentam em pilares axiológicos fundamentais como a equidade, a solidariedade e a justiça social. Estes pressupostos implicam uma reorientação da oferta em cuidados de saúde e muito em particular no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, como respostas às crescentes expectativas das populações e inerentes desafios de saúde do mundo de hoje, que atravessam todos os contextos vivenciais dos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

O *International Council of Nurses* (ICN) refere que os enfermeiros ao trabalharem junto da população assumem um papel na acção e participação comunitária, promovendo comunidades saudáveis. O cumprimento deste enunciado exige profissionais competentes e capazes de mobilizarem um conjunto de ferramentas que possibilitem um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente, à realidade de cada comunidade.

A elaboração deste trabalho permitiu que se sinta perfeitamente habilitada a exercer as funções de enfermeiro especialista em saúde comunitária e considera ter atingido todos os objectivos a que se propôs e que a própria Especialidade exige.

Após a finalização deste trabalho, vejo agora o meu percurso académico com outros olhos. Deu-me novo alento para o muito que ainda falta da minha vida profissional. Aprendi muito, conheci novas realidades, serviços, pessoas e fiz novos amigos. A realização deste trabalho foi fulcral para a aquisição de conhecimentos para a execução de trabalhos escritos e a obtenção do grau de mestre.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Carlos M. AZEVEDO, Ana G. – Metodologia Científica: Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos, 8ª Edição. Porto: C. Azevedo, 2006

Conselho Internacional de Enfermeiras. 2003. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Versão β2. Tradução e Revisão. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. 225 pp

Cunha, A; Mota, L - *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Guia Prático*. Lusociência, 2007

Direcção-Geral da Saúde. 2006. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa.24 pp

HANSON, S. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. Camarate: Lusociência 2005

IMPERATORI, Emílio. Avaliação de centros de saúde: aspectos conceptuais. Lisboa: Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, 1985.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Mª do Rosário. Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. Edições da saúde; Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª edição, Lisboa, 1993.

Leite, Mª Manuela. 2006. IMPACTO DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER NO CÔNJUGE PRESTADOR DE CUIDADOS [dissertação para grau de Doutor] Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. 356 pp Documento Policopiado;

Martins, Teresa. 2006. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, Qualidade DE VIDA E BEM-ESTAR DOS DOENTES E FAMILIARES CUIDADORES. Formasau. Coimbra.264 pp;

Meireles, Helena. 2008. O TEMPO SEM AMANHÃ, CRÓNICAS DA TERCEIRA IDADE. Papiroeditora. Porto. 101 pp;

Melo, Graça. 2005. APOIO AO DONTE NO DOMICÍLIO *in* A DOENÇA DE ALZHEIMER E OUTRAS DEMÊNCIAS EM PORTUGAL 183-198. Castro, Caldas & Mendonça, Alexandre. Lidel. Porto. 250 pp;

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010: MAIS SAÚDE PARA TODOS. Lisboa. 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p.

Nogueira, Assunção. COMPETENCIAS DO CUIDADOR PRINCIPAL: PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS COMUNITARIOS [dissertação para grau de Doutor] Universidade Portucalense. 290 pp Documento Policopiado 2008

Pais-Ribeiro, José. AVALIACAO EM PSICOLOGIA DA SAUDE, INSTRUMENTOS PUBLICADOS EM PORTUGUES. Quarteto. Coimbra. 2007

Paúl, Constança; Fonseca, António M. (coord.) (2005), “Envelhecer em Portugal – Psicologia, saúde e prestação de cuidados”, Lisboa, Climepsi Editores

Wright, L. Leahey, M. Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. 3ªed. São Paulo: Roca. 2002;

OLIVEIRA, A.G. (2009) – Bioestatística, Epidemiologia e Investigação – Teoria e Aplicações (Uma Nova Abordagem sem equações matemáticas). Lidel. Lisboa: p.255: ISBN 978-972-757-558-9;

SOUSA, L; e tal. (2004). Envelhecer em Família, os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar;Vieira, M. (2009) *Ser Enfermeiro... Da Compaixão à Proficiência*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa;

Ordem dos Enfermeiros. 2009. “Caderno temático_ Modelo de desenvolvimento profissional”. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt> (data da visita: 2011/01/10)

PORTAL DA SAÚDE: <http://www.portaldasaude.pt/portal> (data da visita 14/12/2010)

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

A Enfermeira Sandra Freitas, Licenciada em enfermagem com Pós Graduação em Enfermagem de Família pela CESP, a exercer funções na USF Camélias partilhou com os profissionais da instituição a perspectiva da enfermagem de família, numa sessão de formação em serviço: “Os Idosos na Família”

Planificação e avaliação da formação em serviço: “ Os Idosos Na Família”

ACTIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO E O QUÊ	AVALIAÇÃO
Formação em serviço: “Os Idosos na Família”	Enf. Sandra Freitas	Dia 5 de Novembro	USF Camélias, sala de reuniões	Tempo: 25 minutos	Actividade = realizada, Satisfação plateia mostrou-se visivelmente satisfeita Taxa de adesão Enfermagem = 100% Taxa de adesão dos outros profissionais = 33%
				Método Expositivo e participativo	
				A perspectiva dos profissionais versus a perspectiva da família foi enfatizada durante toda a formação.	

A Enfermeira Cristina Monis, doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Mestre em Enfermagem pelo Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, a exercer funções Unidade de Saúde Pública do ACES Grande Porto V Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, apresentou as principais conclusões de um estudo de cariz académico acerca da sobrecarga do cuidador informal.

Planificação e avaliação da formação em serviço: “Sobrecarga do prestador de cuidados informal da pessoa idosa dependente”

ACTIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO E O QUÊ	AVALIAÇÃO
Formação em serviço: “Sobrecarga do prestador de cuidados informal da pessoa idosa dependente”	Mestre Cristina Monis	Dia 9 de Novembro	USF Camélias, sala de reuniões	Tempo: 25 minutos	Actividade = realizada, Satisfação plateia mostrou-se visivelmente satisfeita Taxa de adesão Enfermagem = 87.5% Taxa de adesão dos outros profissionais médicos e administrativos = 55%
				Método Expositivo e participativo	
				Conteúdo: Principais conclusões de um estudo de cariz académico. Discussão da perspectiva dos profissionais de saúde versus perspectiva da família.	

ANEXO III

Foi possível apresentar o diagnóstico de necessidades em saúde e o projecto de intervenção, “Cuidar de Quem Cuida” em reunião multidisciplinar na USF Camélias. Realizou-se a divulgação do evento, cumpriu-se o timing da apresentação. Transmitira-se as principais linhas mestras do que se pretendia realizar.

Planificação e avaliação da formação em serviço: “Diagnóstico de Necessidades em Saúde” e apresentação do projecto de intervenção “Cuidar de Quem Cuida”

ACTIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO E O QUÊ	AVALIAÇÃO
Apresentação do diagnóstico de necessidades em saúde	António Dias/Graça Barbedo	Dia 21 de Outubro	USF Camélias, sala de reuniões	Tempo: 25 minutos	Actividade = realizada, Satisfação: plateia mostrou-se visivelmente satisfeita Taxa de adesão Enfermagem = 87.5%
Apresentação do projecto de intervenção “Cuidar de Quem Cuida”	Graça Barbedo				Taxa de adesão dos outros profissionais médicos e administrativos = 100%
				Método Expositivo e participativo	
				Conteúdo: Diagnóstico de necessidades em saúde; Áreas de intervenção prioritárias detectadas e sua ordem; principais etapas e actividades do projecto.	

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

MODULO II – Estágio na USF Camélias

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

CUIDAR DE QUEM CUIDA

Aluno Nº 361609108

M^ª Graça P. M. C. Barbedo

Porto, 11 de Outubro de 2010



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

MODULO II – Estágio na USF Camélias

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Cuidar de quem cuida

Mestranda:

Maria da graça Pinto de Magalhães Correia Barbedo

Coordenação e Orientação:

Norminda Vale Gomes Magalhães

Tutória Clínica:

Rosa Vasconcelos

Porto, 11 de Outubro de 2010

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	5
2.DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES PARA A USF.....	7
3.FUNDAMENTAÇÃO ATRAVES DE UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOS RESULTADOS PRÁTICOS	32
4.DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS E ACTIVIDADES PROPOSTAS	36
5.INDICADORES DE AVALIAÇÃO	43
6.PREVISÃO DE RECURSOS	43
7.PLANO DE AVALIAÇÃO DO PROJECTO/PREVISÃO DE RESULTADOS.....	51
8.CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DO PROJECTO.....	46
9.NOTA FINAL.....	48
10.BIBLIOGRAFIA.....	49

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1-Áreas de intervenção prioritárias detectadas e sua ordem</i> _____	29
<i>Tabela 2 – Matriz de Indicados</i> _____	45

1.INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados no seio familiar é muito comum, tanto a nível histórico como internacional. Contudo, a tipologia familiar e as suas necessidades têm vindo a mudar em várias sociedades do mundo. Alguns acontecimentos importantes, como a 1ª e a 2ª Revolução Industrial e, conseqüentemente, o período moderno e pós-moderno têm deixado a suas “heranças”. O desenvolvimento no campo da medicina e a melhoria nas condições sócio-sanitárias levaram a uma melhoria da saúde e das condições de vida das populações em geral.

Os enfermeiros enquanto agentes promotores de saúde, devem acompanhar às mudanças sociais e contribuir para o bem-estar físico, psicológico, social e económico da população alvo da sua atenção.

O **Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária** deve ter “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializada na área clínica da sua especialidade” (ponto 2, do Artigo 7) do Decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril).

Este projecto de intervenção insere-se no plano de actividades científicas do **Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária** da Universidade Católica Portuguesa Porto do corrente ano. Faz parte integrante do II Módulo. Pretende fomentar e desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no planeamento em saúde.

Para Tavares (1990) o planeamento é fundamentalmente uma aplicação da lógica da **tomada de decisão**. Permite racionalizar a aplicação dos recursos em saúde, quase sempre escassos. Subjacente ao acto de planear, o coordenador deverá ter em mente o princípio da equidade e o da beneficência. Como poderão constatar no decorrer da leitura deste documento, tivemos em consideração o delineamento de um grupo populacional de maior risco e com potencial de obter grandes ganhos em saúde.

O planeamento realizado é de cariz operacional, voltado para a optimização e maximização de resultados. Centrado nos meios e de carácter imediatista. A sua

formulação e posterior implementação deverão ocorrer nas horas previstas para este estágio (180 Horas), constituindo por si só um desafio.

A nossa abordagem envolveu a consulta de peritos para uma determinação de prioridades com métodos objectivos e quantitativos, ou seja uma **abordagem racional**. Centramo-nos no **ideal** a ser realizado para a promoção da saúde, prevenção e reabilitação da doença de uma determinada população de risco.

O desafio de desenvolver um projecto de intervenção comunitária sobre o desenvolvimento de competências nos cuidadores familiares de idosos dependentes, para a redução das consequências nas alterações nas dinâmicas das mesmas, pelo facto de existir um elemento dependente. Desta forma ao longo do presente trabalho iremos expor um projecto que possibilite a apresentação de soluções para a problemática referida. Descreveremos a contextualização na qual este se insere e quais os objectivos gerais, específicos e operacionais definidos, as estratégias e actividades preconizadas e, por fim, os indicadores propostos e a definição da avaliação.

Este documento, como projecto que é, contém um conjunto de actividades que se prevê decorrerem num período de tempo bem delimitado e, visa obter um resultado específico

2.DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES PARA A USF

Após o Diagnóstico de Saúde, onde foram identificados os factores que contribuem para o impacto negativo sobre o cuidador familiar de idosos dependentes, ao nível da sobrecarga, dinâmica interna familiar e funcionalidade familiar, importa sistematizar esses respectivos factores sob a forma de problemas de saúde aos quais o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve ser competente na sua resolução ou encaminhamento. Para isso torna-se essencial levar a cabo a definição de prioridades de intervenção em saúde.

Seguindo o referencial teórico de Tavares (1990, p. 37), adoptado ao longo do Diagnóstico de Saúde referido anteriormente, a segunda etapa do processo de planeamento na área da saúde é a Determinação de Prioridades.

Para este autor, trata-se:

“na sua essência, de um processo de tomada de decisão, visando o planeamento, a pertinência, a utilização eficiente dos recursos e, a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto, onde se torna necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar.”

Importa na consecução válida desta etapa, recorrer a um conjunto de critérios cuja valorização se reflectirá como um passo crítico nesta etapa, pois daí resultará a lista final de prioridades.

De forma a reduzir a subjectividade que possa estar presente na definição de prioridades pela escolha de critérios de avaliação, que potencialmente poderão enviesar o estudo, o enfermeiro especialista deverá socorrer-se de um conjunto vasto de contributos de especialistas na área temática em questão e, da Enfermagem Comunitária em geral, daí ser importante o recurso à orientadora de estágio, Professora Norminda Magalhães e à tutora de estágio, Enfermeira Rosa Vasconcelos. Este painel de peritos que pretendo que seja ainda mais alargado, contribuirá de forma segura, estou certo, para a escolha de critérios de análise dos problemas identificados.

Para além destes aspectos e como nos refere Tavares (1990, p.86), a definição de prioridades em saúde deve ser realizada a partir da selecção de critérios que secundem a tomada de decisão. No capítulo seguinte será explanado esse aspecto.

TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL

A definição de critérios e sua ponderação é uma fase crucial em todo o processo de definição de prioridades, uma vez que estes servirão de base à ponderação relativa que permitirá a listagem ordenada dos problemas identificados.

Todos os processos de decisão, tal como afirma Tavares (1990, p. 86), “englobam sempre, de forma mais ou menos explícita, a adopção de critérios ponderados, com base nos quais se tomam decisões (...) a selecção destes critérios é subjectiva, dependendo do próprio planificador.”

Dessa forma, o recurso a técnicas de consenso de grupo como o painel Deplhi ou a técnica de Grupo Nominal, contribuem para minimizar essa subjectividade, uma vez que o consenso obtido em grupo possibilita uma boa base objectiva para a consecução desta etapa de planeamento em saúde.

Assim, para a determinação de prioridades, é necessário, para além da definição de critérios de decisão, cujo contributo na sua formulação foi já atrás apresentado, é igualmente necessário, segundo Tavares (1990, p. 85), nessa mesma etapa, “estimar e comparar os problemas, para dessa forma, determinar verdadeiramente as prioridades de intervenção.” Ainda segundo o mesmo autor existem diversas técnicas e instrumentos passíveis de servirem o investigador nesta demanda, de onde se salienta, com particular interesse, para este estudo, a técnica do Grupo Nominal.

Esta técnica, para Tavares (1990, p.85), permite “a identificação de uma lista de prioridades sem que os critérios de decisão estejam explicitamente formulados.” Por esse motivo e pelo facto de, tal como nos refere Cassiani e Rodrigues (1996, p. 82), a

técnica de GN, para além de ser simples, exige pouca necessidade de tempo na sua conclusão, por não requerer um grande número de participantes.

Esta técnica tem, segundo Cassiani e Rodrigues (1996, p. 80) “larga aplicação na Enfermagem (...) sendo utilizada também em Enfermagem Comunitária.”

A técnica de Grupo Nominal, foi desenvolvida por Delbecq em 1971, remetendo o seu nome para o facto de referir-se a processos que reúnem indivíduos mas não permitem a comunicação verbal livre entre eles. Tem sido amplamente utilizada, inclusivamente na área da Saúde Comunitária e Pública, no planeamento da produtividade criativa de um grupo, na facilitação da decisão grupal, na estimulação da criação de ideias e, tem servido como instrumento no agrupamento de ideias. Esta técnica consta de cinco etapas: elaboração das respostas individuais, registo das respostas, discussão para esclarecimento, escolha preliminar e, hierarquização das respostas. Resumidamente procede-se, em trabalho de grupo, da seguinte forma:

- Redacção das ideias referenciadas a um tema colocado em estudo;
- Apresentação dessas ideias com uma cadência singular e ordenada de acordo com uma ordem estabelecida entre os participantes no grupo;
- Registo escrito das palavras exactas de cada participante;
- Tempo de apreciação do conjunto das ideias;
- Categorização através de uma análise de conteúdo das ideias expostas;
- Apresentação de questões e comentários sobre cada uma;
- Selecção e ordenamento das 5 principais ideias;
- Recolha, soma e ordenamento;
- Discussão dos resultados e relatório do grupo.

De um modo geral, na análise estratégica, os métodos baseados na procura de consensos partem da ideia de que o acordo obtido por um grupo de pessoas que conhecem bem a comunidade e os problemas em estudo, é suficiente para a obtenção de informação útil

sobre determinado problema relacionado com a saúde. Reúnem-se assim peritos próximos da comunidade e do problema em estudo, que auxiliados por várias técnicas procuram a obtenção de consensos.

Assim, o painel de participantes seleccionado para a aplicação da técnica de GN, na determinação de prioridades em saúde, constituiu-se pelos enfermeiros da USF Saúde no Futuro, onde decorreu parte da colheita de dados, pelo facto de serem bons conhecedores da realidade dos cuidadores familiares de idosos dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho.

Foi aplicada em reunião de equipa de Enfermagem, tendo seguido as etapas descritas por Cassiani e Rodrigues (1996, p. 81), onde partindo da questão inicial: “*A que níveis deve o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária intervir, junto dos cuidadores familiares de idosos dependentes, de modo a reduzir o impacto negativo sobre o cuidador e família?*”, procurou-se um consenso de grupo, partindo das respostas iniciais e da análise e apreciação do conjunto de ideias, por intermédio de análise de conteúdo, categorizar as respostas dadas e, por fim, seleccionar e ordenar as cinco principais ideias de decisão grupal em relação à questão inicial.

Do consenso que se pretendeu conseguir quanto à definição de prioridades, com recurso a especialistas, bibliografia específica sobre a temática e, recurso à técnica de grupo nominal, pretende-se uma visão debruçada sobre o conjunto de problemas identificados na etapa anterior, ordenando-os prioritariamente.

Prioridades em saúde identificadas

Da leitura e análise das principais conclusões obtidas a partir do Diagnóstico de Saúde realizado no primeiro módulo de Estágio, podem-se extrair um conjunto diversificado e válido de conclusões que importa serem minuciosamente dissecadas. Dessa forma, importa referir que o Diagnóstico de Necessidades em Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes, foi realizado numa amostra de 128 cuidadores familiares, tendo sido previamente acertados os critérios de inclusão e exclusão para constituição da amostra, tal como apresentado no Diagnóstico de Saúde referido.

Foi possível traçar um perfil do idoso, com mais de 65 anos de idade e dependente, cujo cuidador principal se tratava de alguém do agregado familiar próximo. Assim, verificamos que os idosos dependentes são maioritariamente do sexo feminino e com idade entre os 71 e os 90 anos de idade, sendo a idade média de 81 anos. São pouco instruídos em termos de escolaridade e maioritariamente casados, o que deixa antever o papel de principal cuidador familiar ser experienciado em conjunto com a conjugalidade, em particular, numa fase de vida em que a idade avançada dificulta a prestação efectiva de um cuidado com qualidade ao idoso dependente. Para além deste dado, teremos a componente social, cultural e antropológica do cuidar que é ainda perspectivado como uma atitude no feminino, com a qual os cuidadores familiares do sexo masculino têm de lidar.

Os idosos dependentes apresentam um grau de dependência nas actividades de vida diária, segundo o resultado final do Índice de Barthel que reflecte uma dependência acentuada, bem como apresentam um grau de dependência também acentuado na realização das actividades instrumentais de vida diária, segundo o Índice de Lawton.

Um outro dado que importará analisar mais adiante prende-se com o facto de existir um desvio padrão relativamente acentuado em relação aos resultados finais do índice de Barthel, o que fica a dever-se à insuficiente classificação de Dependente, por parte dos enfermeiros de família, relativamente aos seus idosos dependentes, confundindo-se por vezes idade com dependência, ou assumindo níveis de dependência elevados sem a devida aplicação de escalas de avaliação. Este será um ponto que merecerá atenção mais adiante.

Uma vez traçado o perfil do idoso dependente, importa revelar o contexto em que o cuidado é prestado pelos cuidadores familiares, bem como de que forma este poderá influenciar o cuidado efectivamente prestado.

Assim sendo, podemos concluir que o perfil habitacional dos idosos dependentes se caracteriza pelo cuidado ser maioritariamente prestado nos apartamentos dos próprios idosos, com menos de cinco divisões. As condições de habitabilidade dos idosos dependentes são consideradas adequadas, podendo assim ser possível afirmar que as características do contexto habitacional não potenciam sobrecarga sobre os cuidadores,

uma vez que foi possível concluir que a habitação tipo do idoso dependente tem aquecimento proporcionado por aquecedores eléctricos ou a gás, não apresentam humidades e são bem ventiladas. Possuem uma instalação eléctrica segura e acessível e, a casa de banho existe no interior da casa, apresentando-se completa com banheira. As casas de banho dos idosos dependentes são classificadas na sua maioria pelos cuidadores familiares como sendo adequadas às necessidades de cuidado.

Quanto ao quarto, na habitação tipo do idoso dependente, apresenta-se no mesmo piso da casa de banho, com cama adequada às necessidades de cuidado dos cuidadores familiares. O chão não apresenta dificuldades ou riscos potenciais à mobilidade, quando presente, dos idosos dependentes. Por fim, a habitação tipo dos idosos dependentes, onde o cuidado é prestado pelos cuidadores familiares localiza-se em pisos elevados mas com a presença de elevadores.

Dessa forma, é possível concluir que a habitação tipo dos idosos dependentes que serve de contexto ao cuidado prestado pelos cuidadores familiares não acrescenta, na sua maioria riscos que agravam a sobrecarga dos mesmos, no entanto, importa conhecer e analisar qualitativa e quantitativamente as realidades menos frequentes e que ainda assim são representativas de relações estatisticamente significativas entre as variáveis, em particular no que à sobrecarga do cuidador, dinâmica interna familiar e funcionalidade familiar diz respeito.

Quanto ao perfil tipo do cuidador familiar, podemos concluir da análise do Diagnóstico de Necessidades em Saúde realizado no módulo anterior de estágio que este é na sua maioria do sexo feminino, com idade compreendida entre os 48 e 78 anos, sendo a idade média de 63 anos de idade. São maioritariamente familiares directos do idoso dependente de quem cuidam, sendo na maioria dos casos os filhos ou o próprio cônjuge. Os cuidadores familiares são reformados e têm a sua principal fonte de rendimento na pensão de reforma que em média, ultrapassa os 501€. Auto percebem a sua situação económica como razoável e afirmam gastar em saúde mais de 201€.

Referem ainda, ausência de dúvidas relacionadas com o cuidado prestado ao familiar idoso dependente e a larga maioria apresenta sobrecarga em relação ao cuidado prestado que se estende ao longo de três níveis distintos, ligeira, moderada e severa, sendo a

sobrecarga moderada a mais representativa. Importa ainda frisar que 36% dos cuidadores não referem sobrecarga de cuidado.

Quanto à funcionalidade e dinâmica familiar, os cuidadores familiares referem valores elevados nos resultados finais de aplicação das escalas seleccionadas, demonstrando elevados graus de funcionalidade e dinâmica interna familiar.

De uma forma resumida podemos identificar como problemas de saúde, após a identificação de necessidades em saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes, 4 tipos distintos de problemáticas, de onde se destacam aquelas que se reportam aos próprios idosos dependentes, ao contexto do cuidado em que os cuidadores familiares actuam, aos próprios cuidadores familiares e restante rede informal de cuidado e, à rede formal de apoio e prestação efectiva de cuidado aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares, onde se incluem os enfermeiros.

Todos estes diferentes prismas de análise permitem identificar e classificar o grau de impacto, que cada um deles apresenta relativamente aos três aspectos analisados, junto dos cuidadores familiares de idosos dependentes e que reportam à sobrecarga dos cuidadores, à funcionalidade familiar e à dinâmica interna familiar.

Nos capítulos seguintes analisaremos os problemas identificados de acordo com a sua origem.

Problemas de saúde identificados nos idosos dependentes

Foi possível encontrar nas populações dos centros de saúde que serviram o presente estudo um elevado número de idosos comparativamente à restante população, o que aliás se reflecte também numa perspectiva mais abrangente, inclusive a nível nacional, tal como muitos estudos têm vindo a demonstrar.

Em Portugal, a população encontra-se bastante envelhecida devido à baixa taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida. Segundo o INE (2009) cerca de

16,35% da população portuguesa tem mais de sessenta e cinco anos, sendo que desses, 38,5% tem mais de setenta e quatro anos. Esta percentagem aumentará, em 2030, para 60%. Este facto deve-se ao aumento da expectativa máxima de vida conduzindo assim ao aumento da longevidade.

Ora o envelhecimento populacional e, em particular na realidade das USF Camélias e Saúde no Futuro, impõe um investimento no paradigma dos cuidados de enfermagem centrados no individuo ao longo do seu ciclo vital, particularmente na velhice e no desenvolvimento de competências, junto dos próprios idosos ou no caso de não ser possível, junto dos seus cuidadores, para lidar com o seu projecto individual de vida e de melhor o adequar ao projecto de saúde no qual os enfermeiros deverão desempenhar um papel de gestão colaborativa e participante.

Nesta realidade emergem os cuidadores familiares, uma vez que o cuidado continua a ser assumido como uma tarefa familiar àqueles que no agregado já não consigam completar de forma satisfatória as suas actividades de vida diária.

A utilização de cuidadores informais externos ao agregado familiar, constitui-se ainda como um recurso pouco utilizado na medida em que representam ainda um acréscimo oneroso ao orçamento familiar sem o devido acompanhamento de uma política social que promova o seu desempenho e desenvolvimento de actividades com garantias de qualidade, segurança e promoção da vivência da velhice dependente com qualidade de vida.

Foi possível determinar também, como problema de saúde com o presente Diagnóstico de Saúde, a questão que se prende com o envelhecimento no feminino, uma vez que a maioria dos idosos dependentes eram do sexo feminino. Esta problemática abre a porta a uma outra, já abordada em capítulos anteriores e que se prende com a emergência do cônjuge como cuidador familiar principal que sendo do sexo masculino acrescenta como dificuldade à sua própria qualidade de vida, para além da necessidade de prestação de cuidado ao seu familiar, a herança social, cultural e antropológica do cuidado ser uma actividade tipicamente feminina. No entanto, importa salientar a necessidade de trabalhar de perto com os cuidadores familiares do sexo masculino,

cônjuges e também eles idosos, no sentido de reduzir o impacto negativo associado ao cuidado prestado ao idoso dependente.

Também o dado demograficamente comprovado das mulheres apresentarem esperanças médias de vida mais elevadas, daí o maior grau de dependência encontrado no sexo feminino, permite incidir o foco sobre outra questão mais abrangente e que se prende com a prestação de cuidado após o falecimento do cônjuge, uma vez que, tal como demonstrado neste Diagnóstico de Saúde (DS), o cuidado é prestado em significativas franjas pelos cônjuges do sexo masculino a idosas dependentes. Este problema em saúde identificado e que merece uma análise alargada e uma intervenção preventiva remete para a necessidade de uma discussão abrangente a nível sociopolítico sobre os cuidados em saúde e de manutenção de qualidade de vida para com a velhice.

A população dependente identificada caracterizava-se também pelo baixo nível de instrução, induzindo um baixo nível de qualificações e condições sócio económicas, dificultando ou impossibilitando mesmo o recurso ao cuidado especializado na velhice e na realização das AVD, dependendo estes idosos do cuidado familiar.

A importância dada ao cônjuge do idoso dependente, ao longo deste DS, prende-se com o facto de ter sido possível identificar junto dos idosos dependentes a figura de cuidadores familiares principais, maioritariamente na figura dos filhos e cônjuges, sendo que estes últimos, pela insuficiente instrução, pela existência de papéis de género, tal como atrás referido e, particularmente, em relação à sua elevada idade, evidenciam para primeiríssimo plano as repercussões negativas do impacto causado pelo cuidado prestado ao familiar idoso dependente.

Foi também possível identificar elevados graus de dependência dos idosos, o que naturalmente acresce em carga de cuidado para os cuidadores familiares. O aumento da esperança média de vida e a quebra das taxas de mortalidade, conduzindo ao envelhecimento prolongado da população, existindo hoje uma longa etapa do ciclo vital designada de velhice ou terceira idade, proporciona o aumento do grau de dependência na realização das AVD ou AIVD, acrescentando a necessidade da substituição parcial ou completa dessas actividades junto do idoso, por parte de um cuidador informal e na larga maioria dos casos familiar do idoso dependente.

O número de idosos dependentes encontrados foi, como já referido mais significativo no sexo feminino, o que associado a uma maior esperança média de vida, acrescenta a necessidade de cuidado e cuidador familiar durante períodos mais longos.

Este é dos mais sérios e emergentes problemas da população idosa, em geral e, que fica também enfatizado nos resultados obtidos no DS realizado, onde foi possível demonstrar que cerca de metade dos idosos apresenta um grau de dependência grave segundo o IB na realização das AVD, necessitando de ajuda total na sua realização. Relembro que o IB avalia a capacidade de realização de actividades de vida de natureza essencial e básica à qualidade de vida do idoso e, que neste caso particular, têm de ser completados por cuidadores familiares.

Este é de facto um problema real de saúde que, mesmo sem outras análises ou considerações deixam prever um impacto negativo sobre o cuidador familiar, em particular no que à sobrecarga diz respeito. Atendendo ao perfil de cuidador familiar identificado neste DS é possível detectar o desfasamento que existe entre o perfil encontrado nos cuidadores familiares e o perfil de competência necessário para que a efectiva prestação de cuidados não acarretasse um impacto negativo sobre o cuidador.

Quanto ao índice de Lawton é possível retirar as mesmas conclusões quanto à realidade do problema de saúde identificado, isto é, a emergência da intervenção junto das famílias com idosos dependentes uma vez que a avaliação do grau de dependência na realização das AIVD caracteriza a população idosa com dependência acentuada ao nível das actividades de vida que requerem maior destreza, precisão, habilidade e detalhe.

Importa ainda referir que outros problemas de saúde foram identificados, relacionados com os idosos dependentes e que se prendem com o impacto negativo presente ao nível das dimensões da sobrecarga e funcionalidade familiar, relativamente ao sexo do idoso dependente, bem como o impacto negativo reflectido pela diminuição da funcionalidade e dinâmica interna familiar em relação à dependência na realização das AIVD.

Estes dados permitem identificar problemas de saúde potenciados pelos impacto negativo associado ao sexo do idoso dependente, ou seja cuidadores familiares de idosos dependentes do sexo masculino, tendem a desenvolver mais sobrecarga e as

famílias são menos funcionais. Também no que à dependência para as AIVD diz respeito é possível verificar que há medida que aumenta o grau de dependência diminuem a funcionalidade e a dinâmica interna familiar.

A identificação deste problema, na qual as redes formais de cuidado e, em particular as equipas de enfermagem dos cuidados de saúde primários e, nelas, os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, deverão ter um papel fundamental a desempenhar e, não só pela antecipação deste problema conduzindo a medidas preventivas de proximidade com as famílias com idosos dependentes a seu cargo, mas também com intervenções dirigidas à minimização de danos e prevenção de complicações actuando, em particular, em contexto comunitário. O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária não deve ser também negligenciado a nível da definição de políticas e estratégias de saúde e de planeamento em saúde a níveis mais amplos, como no panorama local e autárquico, por exemplo na identificação e interligação das instituições da comunidade que visam a intervenção junto dos cidadãos seniores, inclusive na formação de redes informais de cuidado aos idosos ou, inclusivamente na definição de linhas programáticas gerais de políticas do idoso a nível nacional. O recém criado perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária da Ordem dos Enfermeiros (2010, p.28), relembra este ponto quando afirma que ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária cabe estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde e, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Problemas de saúde identificados no contexto do cuidado

Relativamente ao contexto em que o cuidado é prestado, pelos cuidadores familiares, aos idosos dependentes, foi possível verificar que este, da análise das suas

características tipo, não causa impacto negativo junto dos cuidadores uma vez que as habitações, onde o cuidado é prestado não se revestem de particularidades geradoras de impacto negativo.

Importa no entanto analisar não só o perfil tipo, que remete para uma imagem central dos factos encontrados aquando da realização do Diagnóstico de Saúde, mas também das realidades mais periféricas que sendo menos frequentes, quando presentes são efectivamente causadores de forte impacto negativo, e às quais os enfermeiros de cuidados de saúde primários e, em particular o enfermeiro especialista de Enfermagem Comunitária, deve atender na sua prática quotidiana de acompanhamento próximo das famílias e comunidades.

Dessa forma, importa referir que os principais problemas de saúde identificados relacionados com o parque habitacional, ou seja o contexto no qual o cuidado é prestado pelo cuidador familiar, dizem respeito ao impacto negativo presente ao nível das três dimensões avaliadas (sobrecarga, funcionalidade e dinâmica interna) aquando da presença de inadequação das casas de banho às necessidades de cuidado aos idosos dependentes pelos cuidadores familiares, bem como o impacto negativo reflectido pela elevação da sobrecarga do cuidador aquando da insegurança da instalação eléctrica e ausência e aquecimento.

Estes dados deixam antever que existe impacto negativo ao nível das três dimensões analisadas, sobre o cuidador, quando a casa de banho não se adequa às necessidades de cuidado ao idoso dependente, bem como há também um impacto negativo, apenas reflectido na presença de sobrecarga do cuidador, quando a instalação eléctrica reflecte insegurança e quando o tipo de aquecimento disponível é insuficiente.

A dificuldade na gestão de estratégias adaptativas, de forma a contornar esta dificuldade e providenciar um cuidado adequado aos idosos dependentes, no que aos cuidados de higiene e uso do sanitário diz respeito, parece ser uma dificuldade por parte dos cuidadores, a acrescer às dificuldades estruturais das habitações, pois a inadequação da casa de banho, conduz a sobrecarga no cuidador, processos familiares menos funcionais e a uma menor dinâmica interna.

Problemas de saúde identificados nos cuidadores familiares

No que diz respeito aos cuidadores familiares dos idosos dependentes, foi também possível identificar um conjunto de problemas decorrentes das suas características próprias enquanto grupo, quer nas suas vertentes mais significativas, ou seja em maior número, quer na sua vertente menos representativa mas igualmente influenciadora de impacto negativo, passível de ser investigada a partir da análise inferencial dos dados obtidos aquando do Diagnóstico de Saúde.

Assim, e logo de imediato é possível constatar que a larga maioria dos cuidadores familiares são do sexo feminino, o que tal como anteriormente referido remete para o papel histórico e social de cuidar atribuído à mulher (Rodriguez, 2001; Brito, 2002; Simões, 2003). Paralelamente à questão cultural, a desvalorização do trabalho feminino e os salários geralmente mais baixos, fazem com que sejam as mulheres que permanecem em casa ou abandonam a actividade laboral para cuidar de um familiar em situação de doença.

Os cuidadores familiares, caminham eles próprios também, a um ritmo elevado, para serem considerados idosos, uma vez que a sua idade média é de 63 anos, tendo sido encontrados cuidadores, no entanto, com noventa anos de idade. Este é também um problema identificado e sobre o qual importa intervir. Os cuidadores familiares sendo eles próprios idosos em múltiplas circunstâncias estão sujeitos às mesmas complicações decorrentes do envelhecimento que muitas vezes os idosos dependentes estão também sujeitos. Segundo Santos (2006, p. 30) a idade pode ser factor agravante, isto porque, “encontram-se mais expostos a problemas de saúde (...), têm menos resistência e quando são envolvidos em esforços físicos para além das suas forças, ficam expostos a elevados riscos de saúde.”

Segundo Ricarte (2009, p.43) “num potencial de primeira linha na manutenção do cuidado ao idoso”, surge a própria família e ainda a este respeito, Relvas (2000, p. 188) refere que actualmente “o tipo de família dominante é a família multigeracional,

considerada em termos de vivências e relações”. Brito (2002, p.32) acrescenta que “praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidadores de idosos dependentes serem prestados pelas filhas”. Este dado foi confirmado pelo DS em conjunto com a assumpção do cônjuge como também cuidador familiar principal em grande número de situações, relevando para primeiro plano a família próxima como a primeira linha de intervenção sobre os idosos dependentes.

Importa a este propósito frisar que, poderá desencadear um problema latente de saúde o facto de numa percentagem significativa da amostra estudada, o cuidador familiar ser o próprio cônjuge, o que associado à idade avançada e suas complicações, bem como aos papéis de género, como atrás referido, no caso do cuidador se tratar do cônjuge do sexo masculino, se desenvolver um impacto negativo sobre o próprio cuidador acerca do acto de cuidar.

Quanto ao grau de escolaridade foi possível determinar que 42,6% não possuem instrução ou detêm apenas a instrução primária contribuindo este dado para eventuais dificuldades futuras no cuidado prestado ao idoso dependente, inclusivamente de natureza económica. No entanto, é possível determinar uma evolução no grau de instrução entre idosos dependentes e cuidadores familiares, em parte devida à segunda geração que assume o papel de cuidadora.

Quanto à actividade profissional, foi possível concluir que a maioria dos cuidadores familiares se encontra reformado, realçando assim, um aspecto importante a discutir e que se prende com os cuidadores que encontrando-se no activo têm a necessidade de manter o cuidado aos idosos dependentes o que certamente se constituirá como um agravo na carga de cuidado associado.

Os resultados obtidos vão ao encontro do estudo realizado por Mendonça *et al.* (2000, p. 278) em que refere que os salários geralmente baixos e os vínculos de trabalho precários, condicionam o abandono laboral para cuidar dos seus familiares dependentes.

O cuidado implica custos ao nível das oportunidades laborais para os cuidadores familiares, na medida em que estes vêm o seu estatuto laboral modificado, abandonando-o temporária ou definitivamente, reestruturando a sua situação ou

impedindo o ingresso no mercado laboral. Esta situação tem efeitos consideráveis ao nível da auto-estima, do desenvolvimento pessoal, do acesso a redes de apoio social, limita a capacidade económica e conseqüentemente a independência, tal como nos descreve Carretero-Gómez *et al.* (2006 p.122).

Ao analisar as variáveis referentes ao impacto económico do cuidado sobre os cuidadores familiares não foi possível determinar uma relação estatisticamente significativa sobre qualquer uma das dimensões analisadas, o que poderá encapotar um problema latente de saúde, difícil e complexo de analisar, mais susceptível de ser revisto à luz da sociologia, do que das ciências da saúde.

As condições económicas referidas pelos cuidadores familiares poderiam levar a pensar que os rendimentos fossem muito baixos e a percepção da sua situação económica fosse desfavorável, no entanto, esse aspecto não se constituiu como um problema de saúde identificado, uma vez que o rendimento referido situa-se maioritariamente abaixo dos 500€, porém o grupo de cuidadores mais prevalente ao nível dos rendimentos, foi o que referia rendimentos acima dos 501€. Deste dado pudemos concluir e, de acordo com a variável seguinte analisada, que os cuidadores familiares referem a sua situação económica como Razoável, sendo que o grupo que se auto avalia positivamente, com Boa ou Muito Boa é levemente superior ao que se auto avalia negativamente, com Má ou Muito Má.

Este dado parece assim não ser causador de um elevado impacto negativo sobre o cuidador familiar. Por outro lado, a ausência de causalidade parece estar de acordo e contribuir com congruência e validade interna para o presente DS uma vez que não desmente ou contraria a auto percepção da situação económica dos cuidadores familiares, já anteriormente analisada e revista positivamente.

As principais dúvidas no cuidado, dos cuidadores familiares de idosos dependentes foram também registadas e passamos agora a discuti-las. A esse nível parece importante frisar que uma grande parte dos cuidadores refere não possuir dúvidas relativamente ao cuidado do idoso dependente. Este dado parece estar associado ao facto do cuidador familiar, por pertencer ao núcleo familiar, assume como natural o cuidado, não apresentando dúvidas aparentes, mas também o facto dos cuidadores familiares

desempenharem esse papel ao longo de largos períodos de tempo parece contribuir para a ausência de dúvidas.

Este parece ser um problema latente de saúde, à semelhança do anterior, uma vez que apesar da ausência de manifestação de dúvidas pelos cuidadores, a realidade constatada é diferente, encontrando em diversas situações a possibilidade, e em alguns casos elevada, do potencial de melhoria do cuidado prestado sob a forma de intervenções de cuidado produzidas pelos cuidadores ou, pelos conhecimentos sobre os recursos existentes e disponíveis na comunidade que permitem potenciar o cuidado prestado. Este é, no entanto, um problema identificado sobre o qual as redes formais de cuidado podem intervir directamente promovendo a sua resolução ou minimização ao contrário da anterior.

O principal objectivo do DS realizado prendia-se com a avaliação do impacto causado pelo cuidado, sobre os cuidadores familiares de idosos dependentes ao nível de três dimensões: sobrecarga, funcionalidade e dinâmica interna familiar, tendo sido possível identificar a presença de sobrecarga sobre os cuidadores, sendo que 64,8% apresentam um qualquer tipo de sobrecarga e destes, 37,5% apresentam sobrecarga moderada a severa. Este é sem dúvida o principal problema de saúde identificado e que surge na dependência directa dos factos já anteriormente apontados nos capítulos precedentes.

A esse nível, e de acordo com Imaginário (2004) aos cuidadores de idosos dependentes é exigido a prestação de cuidados de carácter físico, emocional e social, o que contribui para o seu rápido desgaste e sobrecarga, condicionando o cuidado prestado e a própria saúde e bem-estar do cuidador.

A prestação de ajuda ou de cuidados a idosos dependentes encontra-se frequentemente associada à sobrecarga, ou seja, tem repercussões pessoais, sociais e económicas, como nos refere Lage (2007, p.301). Estudos realizados por Kerr, citado por Marques (2007, p.164), referem que uma das dificuldades sentidas pelos cuidadores diz respeito à sobrecarga física provocada pela prática de cuidados.

Quanto à funcionalidade familiar e dinâmica interna familiar podemos afirmar que estes não se constituem como problemas aos cuidadores familiares de idosos dependentes,

não se repercutindo assim em factores promotores de impacto negativo em relação ao acto de cuidar.

Cuidar, encerra simultaneamente dois aspectos opostos, tal como nos refere Santos (2004, p. 201), “por um lado as consequências negativas do desempenho de um papel extenuante e da exposição a inúmeras situações complexas, por outro a satisfação e o bem-estar pelo trabalho desenvolvido.” Contudo a maioria dos estudos, segundo Salgueiro (2006, p.86), focaliza a sua atenção nos aspectos negativos do cuidar, na medida em que são estes aspectos que maior relevância apresentam no âmbito da actuação dos profissionais.

Relativamente à funcionalidade familiar foi possível verificar que, apesar do desempenho do cuidado, os cuidadores familiares apresentam processos familiares altamente funcionais. Deste dado parece estar implícito a noção de intervenção familiar na doença, pois o papel de principal prestador de cuidados a nível familiar, segundo Santos (2008, p.50) remete para “a noção do cuidado como tarefa preferencialmente familiar (...) o cuidador familiar encontra satisfação na manutenção do familiar idoso no domicílio e no desempenho do cuidado.”

A avaliação da dinâmica interna da família demonstrou que a relação dinâmica familiar entre cuidador familiar e idoso dependente se apresenta como Muito Boa na larga maioria das situações. Estes dados são consistentes com o estudo realizado por Santos (2009, p. 247) onde afirma que “a relação entre cuidador familiar e idoso dependente se caracteriza como uma relação de proximidade que não sofreu alterações pela presença do episódio de dependência”.

A este respeito Pavarini *et al.* (2000, p.109) afirma que desempenhar o papel de cuidador é “algo que preocupa as pessoas porque frequentemente essa tarefa coincide com a fase de vida em que esses adultos podem usufruir das conquistas das fases anteriores e do término do exercício de papéis familiares e profissionais.”

Da análise global podemos concluir que a presença do idoso dependente em contexto domiciliário, ao cuidado de prestadores familiares, se reveste de mais valias, que se traduzem em elevada funcionalidade familiar e numa muito boa relação dinâmica,

porém associado ao cuidado existem condicionantes que poderão produzir um impacto negativo e em particular, agravar a sobrecarga de cuidado que os cuidadores apresentam.

Estes dados vão ao encontro de um estudo realizado por Brito (2002, p.239) em que “o cuidar encontra-se intimamente associado ao dever cumprido, sentido como sendo uma fonte de satisfação. Por outro lado, a ideia do cuidador deixar de cuidar do idoso dependente e de o colocar numa instituição encontra-se relacionada com deslealdade, perda, responsabilidade e mesmo de abandono.”

Importa dessa forma, conhecer as variáveis que interferem sobre o cuidado e que produzem impacto negativo sobre o cuidador, aumentando a sua sobrecarga e reduzindo a funcionalidade e a dinâmica interna familiar. Assim, interessa identificar os problemas reais, latentes ou potenciais de saúde que foram possíveis de encontrar aquando da análise inferencial dos dados colhidos.

O primeiro problema que emerge relaciona-se com a necessidade de cuidado aos idosos dependentes do sexo masculino, por se demonstrar causador de maior impacto negativo sobre os cuidadores familiares, uma vez que produz um acréscimo de sobrecarga e altera a funcionalidade familiar, conduzindo a processos familiares menos funcionais. Dessa forma concluímos que a presença de um idoso dependente do sexo masculino contribui como potencial factor de risco para o impacto negativo causado pelo cuidar nos cuidadores familiares.

Um outro problema, atrás já referido, e que se prende com a realização das AIVD, conduz à conclusão da presença de impacto negativo sobre os cuidadores familiares, ao nível da funcionalidade e dinâmica familiar, pela presença de dependência para a realização das actividades de natureza mais detalhada.

Uma vez que o IL se propõe a avaliar as actividades de vida mais pormenorizadas e com necessidade de execução mais detalhada, mas porém menos gravosas em termos de carga para outrem, é coerente o impacto negativo não se repercutir a nível da sobrecarga, repercutindo-se sim na funcionalidade familiar que se reveste de características de adaptação e participação familiar, sobre a qual o idoso se encontra

diminuído. A dinâmica interna surge também afectada em função da classificação final do IL e, por esta variável se constituir como forma de avaliação do cuidador familiar em relação aos aspectos de natureza colaborativa e de importância do em relação ao idoso dependente, concluímos que a maior dificuldade na realização das AIVD diminui a dinâmica familiar. Estes são problemas sobre os quais o enfermeiro especialista poderá ter um papel importante de intervenção.

Noutra perspectiva, o agravo causado pela elevada componente económica arrestada ao orçamento familiar com despesas em saúde com os idosos dependentes, acrescem em sobrecarga, que pode ser também experienciada a nível económico, conduzindo ao desenvolvimento de um problema em saúde.

Por fim, foi também possível identificar um problema de saúde causador de impacto negativo junto dos cuidadores familiares, em particular ao nível da funcionalidade familiar, e que se prende com a distância relativa aos locais de apoio à vida diária, como mercearia, farmácia, centro de saúde, igreja, etc., ou seja, o contexto comunitário onde decorre a prestação de cuidados aos idosos dependentes, influencia negativamente os cuidadores ao nível da funcionalidade familiar, se este ocorrer afastado de locais necessários à manutenção de patamares básicos de qualidade de vida.

Problemas de saúde identificados na rede formal e informal de cuidados

Foi possível com a realização do Diagnóstico de Saúde, identificar algumas carências ao nível da rede formal de cuidados de saúde prestados, quer aos idosos dependentes, quer aos cuidadores familiares.

Assim, e de imediato, foi possível observar que a avaliação do grau de dependência funcional na realização das AVD ou AIVD, pelas equipas de enfermagem, carece de aperfeiçoamento, uma vez que foi possível encontrar idosos classificados como dependentes pelas equipas de enfermagem das USF Camélias e USF Saúde no Futuro, que o não eram verdadeiramente. Este dado parece-me estar relacionado com a

associação entre envelhecimento e dependência realizada pelos enfermeiros, bem como, pela ausência de utilização normalizada de escalas e instrumentos de avaliação do grau de capacidade funcional dos idosos.

Os próprios sistemas de informação em Enfermagem hoje, permitem a classificação quase arbitrária dos idosos em dependentes, pelo que também a este nível é necessário desenvolvimento de intervenções em saúde.

A um outro nível, a atenção dispensada aos cuidadores familiares de idosos dependentes pode também ser melhorada, enfatizando de forma mais efectiva o prestador de cuidados e o desempenho do seu papel, quer ao nível do acompanhamento e assistência que lhe é dedicada, quer essencialmente ao nível do desenvolvimento do trabalho de parceria efectiva que deve ser levado a cabo e, que o desenvolvimento da prestação de cuidados pelo método do enfermeiro de família, tanto favorece, no sentido de dotar os cuidadores familiares de competências técnicas e interpessoais de modo a melhor cuidarem do idoso dependente, bem como, reduzir o impacto negativo que lhes está associado e que foi demonstrado pelo Diagnóstico de Saúde, particularmente pelo desenvolvimento de estratégias de coping e de competências específicas para o cuidado informal.

Ainda no que à rede formal de cuidados diz respeito, importa salientar que ela é pobre em termos multidisciplinares, uma vez que não promove a adequada interligação com profissionais frequentemente pouco associados aos cuidados de saúde primários, como é o caso dos fisioterapeutas, enfermeiros especialistas em reabilitação, nutricionistas ou psicólogos. A carência de recursos a este nível é um entrave significativo ao desenvolvimento da rede formal de cuidados.

Também a ausência de políticas do idoso ao nível das estruturas locais de saúde ou autárquicas, não favorece o papel do enfermeiro e, em particular, o do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, como um participante activo no desenvolvimento e consecução dessas políticas.

Ao nível da rede informal de cuidados, deve ser salientado que, quando para o cuidador familiar, a opção passa por manter o idoso dependente em contexto familiar a rede

informal de apoio nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho é escassa, remetendo apenas para duas instituições que asseguram a prestação de cuidados de higiene e conforto uma vez por dia e alimentação às principais refeições.

Apesar de aparentemente cobrirem as actuais necessidades em saúde existentes ao nível dos cuidados de higiene e conforto e, alimentação, a rede informal de apoio é escassa, com uma carteira de serviços redutora e, com potencial de desenvolvimento limitado tendo em perspectiva a grande expansão do número de idosos previsto em realidades a médio prazo.

Quer pelo seu reduzido número, quer pelo leque reduzido de serviços que prestam, apesar do engenho e profissionalismo com que o realizam, as demandas da população idosa e seus cuidadores familiares exigem a disponibilização de outros serviços que permitam ampliar o leque de serviços proporcionados e que passem não só por redes alargadas de voluntariado, parcerias com outras instituições na comunidade essenciais aos cuidadores familiares, como a paróquia, farmácia, mercearia, disponibilização de actividades de desenvolvimento pessoal e social com actividades lúdico-recreativas, acompanhamento psicológico, desenvolvimento de uma maior rede de centros de dia, ou inclusivamente o desenvolvimento de centros de noite, para dessa forma permitir respostas abrangentes às necessidades deste grupo da comunidade.

Para além deste aspecto, importa aqui frisar que a prestação efectiva destes cuidados e a sua disponibilização na rede informal de cuidados dependem acima de tudo de factores económicos, quer para o seu surgimento a nível institucional, quer ao nível da sua utilização pelos cuidadores familiares.

HIERARQUIZAÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Da definição de prioridades sobre os problemas em saúde identificados foram tomados em consideração dois aspectos fundamentais. Desde logo, o horizonte do plano de

intervenções proposto, bem como as áreas programáticas a intervir, sempre de acordo com as prioridades, nacionais, regionais e locais em saúde.

Foram ainda levados em consideração, os critérios de prioridade e identificação de problemas segundo Adriasola, citado por Carmo (1998) que remetem desde logo, para a gravidade do dano, ou seja, o volume de população afectada pelo problema de saúde, a possibilidade de evitar o dano e ainda, a dicotomia custo versus dano, ou seja, a procura pelo contraste entre o custo das medidas de controlo, com o dano económico que resulta para a comunidade. O mesmo autor refere ainda outros aspectos, tais como o rendimento expectável que é possível obter das medidas e intervenções a aplicar por um programa/projecto de intervenção, a atitude da comunidade relativamente ao apoio ou resistência às medidas projectadas e, por fim, os factores económicos associados quer aos problemas em si, quer ao plano de intervenção proposto.

Como técnica de definição de prioridades, foi utilizada a Técnica do Grupo Nominal, como atrás descrita, recorrendo aos enfermeiros da USF Saúde no Futuro, tendo sido apresentada inicialmente a seguinte questão, a partir da qual se desenrolou a técnica de grupo nominal: *A que níveis deve o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária intervir, junto dos cuidadores familiares de idosos dependentes, de modo a reduzir o impacto negativo sobre o cuidador e família?*

Os problemas identificados são de três naturezas: reais, latentes ou potenciais, conforme se apresentem como uma constatação óbvia e imediata, se manifestem de forma sub-reptícia, ou estejam na calha para se assumirem como reais problemas de saúde aos quais é ainda possível desenvolver intervenções e estratégias preventivas.

Assim, foi possível identificar os seguintes problemas de saúde que se apresentam hierarquizados:

Tabela 1 – Áreas de intervenção prioritárias detectadas e sua ordem

Prioridade	Problema de saúde	Áreas de intervenção detectadas
1	<p><i>Impacto negativo detectado ao nível da sobrecarga do cuidador, da funcionalidade familiar e da dinâmica interna familiar</i></p>	<p>Presença de impacto negativo nos cuidadores familiares, pelo desempenho do papel de prestador de cuidados, ao nível da dinâmica de relação entre as variáveis: sobrecarga e, funcionalidade familiar e dinâmica interna familiar;</p> <p>Diminuição da funcionalidade familiar associado à prestação de cuidados afastada de locais necessários à vida diária;</p> <p>Sobrecarga do cuidador familiar associado aos elevados gastos em saúde com o cuidado ao idoso dependente;</p> <p>Impacto negativo, associado ao contexto domiciliário em que os cuidadores familiares desempenham a sua intervenção junto dos idosos dependentes em particular nos casos de inadequação das casas de banho, insegurança da instalação eléctrica e ausência de aquecimento na habitação;</p> <p>Sobrecarga e diminuição da funcionalidade familiar, quando o idoso dependente é do sexo masculino;</p>
2	<p><i>Cuidadores familiares</i></p>	<p>Problema latente nos cuidadores familiares, pelo desempenho de papéis de género associados ao cuidado domiciliário, presente nos cônjuges e filhos do sexo masculino, em</p>

		<p>menor grau nos últimos, devido à diferença geracional;</p> <p>Problema latente associado à ausência de dúvidas dos cuidadores;</p> <p>Problema potencial associado aos elevados gastos em saúde, ao nível sócio económico e à auto percepção da situação económica;</p> <p>Problema potencial associado ao encargo do cuidado ao idoso dependente no caso de falecimento dos cônjuges, também eles envelhecidos e, em termos futuros, nas repercussões laborais sociais e económicas, quando a prestação de cuidado permanece no agregado familiar;</p> <p>Emergência do cuidador familiar enquanto figura feminina e seu impacto ao nível do desenvolvimento humano, social e profissional, associado à necessidade do desenvolvimento do papel de cuidadoras;</p> <p>Idade elevada dos cuidadores familiares de idosos dependentes;</p> <p>Baixo nível de instrução dos idosos e seus cuidadores, cuja associação ao nível sócio económico é uma realidade de inegável sustentação;</p> <p>Problema potencial de compatibilização, da parte dos cuidadores familiares, quando no activo, entre as responsabilidades laborais e as</p>
--	--	--

		necessidade de prestação efectiva de cuidado ao familiar idoso dependente;
3	<i>Rede formal de cuidados</i>	Insuficiente intervenção activa dos enfermeiros na definição local de políticas do idoso;
4	<i>Idosos dependentes</i>	Níveis elevados de dependência nos idosos, que remetem para a necessidade de cuidadores e para o impacto negativo que a elevada dependência dos idosos provoca, em particular ao nível da sobrecarga dos cuidadores; Perda de funcionalidade e dinâmica familiar quando o idoso dependente apresenta elevados níveis de dependência na realização das AIVD; Envelhecimento populacional generalizado, conduzindo a um número elevado de dependentes no domicílio, em particular do sexo feminino;
5	<i>Rede informal de cuidados</i>	Insuficiente rede informal de apoio aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares, associada quer à carência de recursos sociais ou privados disponíveis, para apoio domiciliário, falta de divulgação dos serviços prestados e, pela onerosidade que lhes está associada;

Fonte: Resultados da aplicação da técnica de Grupo Nominal aos enfermeiros da USF Saúde no Futuro

3. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO ATRAVES REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOS RESULTADOS PRÁTICOS

A decisão de investir na construção de um projecto que tenha como alvo as famílias com familiares dependentes, não se prende só com os resultados obtidos na priorização anteriormente realizada. De facto, se atendermos às principais conclusões do nosso Diagnóstico de Saúde esta decisão já se subentendia.

Vários factores têm sido identificados como constituindo fontes de sobrecarga para as pessoas que cuidam de familiares idosos e dependentes.

Segundo PAÚL (1997), o lidar de uma forma prolongada e intensiva com as debilidades físicas e mentais do idoso dependente conduz frequentemente a alterações na saúde física e mental do familiar que lhes presta cuidados, para além dos problemas sociais e financeiros que muitas vezes ocorrem e se agravam. Segundo a mesma autora, o termo “sobrecarga” utiliza-se para referir tudo, desde as debilidades do idoso até aos sentimentos do familiar prestador de cuidados, e aos efeitos que se reflectem na família, tanto objectiva como subjectivamente.

Também NOLAN e al. (1990) consideram que os factores ambientais a que o familiar prestador de cuidados está exposto incluem não apenas os aspectos directamente relacionados com a dependência do idoso, mas também a sua vida social, as implicações financeiras da prestação de cuidados e o idoso dependente.

Por outro lado, o apoio de informação é considerado por PAUL (1997) como sendo uma das dimensões importantes do apoio social, a par da ajuda tangível e de apoio emocional. E também NOLAN e tal. (1996) chegaram à conclusão de que uma das dificuldades mais frequentemente referidas pelos prestadores de cuidados a familiares de idosos dependentes era exactamente a falta de informação sobre a doença e os cuidados, bem como sobre os diversos tipos de recursos existentes.

Assim, e dado que um dos objectivos do projecto “Cuidar de quem cuida” é facilitar aos prestadores de cuidados o acesso a informações sobre a doença e os cuidados, serviços que os possam ajudar a manter a sua autonomia e qualidade de vida, coube desenvolver

este projecto para dar resposta a necessidades como informação, educação e apoio a familiares prestadores de cuidados a idosos dependentes.

Em muitas circunstâncias todo este contexto produz uma carga objectiva e subjectiva no cuidador familiar, podendo ser percebida como sobrecarga. Novos desafios e responsabilidades podem levar ao isolamento social, o cuidador informal poderá sentir-se “oprimido” por tantas exigências externas e internas.

Sousa e colaboradores (2004), informam que, em Portugal não existem dados epidemiológicos sobre os cuidadores informais, limitando a promoção e implementação das medidas mais adequadas às suas necessidades.

A família tem sido considerada como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência.

A família é a unidade básica de suporte a todos aqueles que carecem de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos. A tradição cultural portuguesa, como em todo o sul da Europa, atribui às famílias, particularmente aos membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Cuidar dos idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, que, aliado à reconhecida hostilidade para com as instituições de internamento, pressiona a família no sentido de manter esse papel de grande exigência física, mental, emocional e económica. A função de cuidador familiar nem sequer é reconhecida a nível legal, pois é encarada como uma obrigação familiar, não se criando medidas que facilitem à família a sua assunção com qualidade (Sousa et al., 2004). Os cuidadores são “indivíduos que prestam cuidados em várias áreas (física, cognitiva e emocional) a membros da família e amigos” (Canadian Caregiver Coalition, 2001) que estão incapazes de cuidarem de si próprios (Hunt, 2002). Apesar da prestação de cuidados na família não ser um fenómeno novo, existindo desde a pré-história, adquiriu importância e preocupação na sociedade actual, em virtude da mudança de paradigma demográfico e epidemiológico.

Alguns aspectos no contexto familiar devem ser considerados como, grau de instrução do cuidador familiar bem como sua experiência prévia com situações de cuidado, e também o próprio contexto.

O cuidar de pessoas nas suas residências implica procedimentos complexos e específicos. Para isso é necessário que todos os cuidadores tenham treino voltado à realidade de cada caso, ou pelo menos passem por uma orientação fornecida pela equipe de enfermagem.

Cabe, somente, aos enfermeiros a orientação dos cuidadores para a prestação de cuidados relacionados com a enfermagem, os quais devem ser executados sob supervisão dos mesmos.

Reconhecer os sinais de agravamento do quadro clínico, o manuseio de acessórios e/ou dispositivos em uso são procedimentos que facilitam e tranquilizam o cuidador na execução dos cuidados ao doente. O desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que venham facilitar sua tarefa e promover um cuidado livre do desgaste, uma vez que, dominando as acções necessárias na promoção do cuidado, o cuidador terá mais facilidade no planeamento do seu quotidiano, tendo maior tempo para proceder ao seu auto cuidado.

O projecto “cuidar do cuidador” pretende ser um serviço comunitário de alívio, onde o cuidador terá acesso a formação e informação, e envolvimento com os profissionais de enfermagem que prestam cuidados nos seus domicílios aos seus familiares dependentes.

O projecto “Cuidar do Cuidador”, que nos capítulos a seguir se apresenta tem como **objectivo geral:**

Desenvolver competências nas famílias, para redução das consequências das alterações nas dinâmicas das mesmas, pelo facto de existir um elemento dependente

RESPONSÁVEIS E INTERVENIENTES

A aluna do 3º CEE da UCP Graça Barbedo é a responsável pela concretização deste projecto. Os seus intervenientes são de várias ordens:

- Coordenadora do estágio, Prof. Norminda Magalhães;

- Tutora do estágio e Enf.^a Especialista em Enfermagem Comunitária, Enf.^a Rosa Vasconcelos;
- Coordenador da USF Camélias, Dr. José Varandas;
- Todos os restantes profissionais da USF Camélias;
- Líderes locais;
- Outros elementos da comunidade de Mafamude e Vilar de Andorinho.

POPULAÇÃO ALVO

Critério de inclusão a respeitar:

- Apresentar tensão no papel de cuidador informal;
 - Salvaguarda-se que este não deverá apresentar exaustão nem síndrome depressivo, sob pena do processo de aprendizagem não ser viável.
- Apresentar gestão do regime terapêutico ineficaz;
- Apresentar *coping* do cuidador informal ineficaz;

HORIZONTE TEMPORAL

A implementação do projecto irá decorrer no decurso do estágio (250H). A delimitação dos *timings* das principais actividades será fixada *a posteriori*.

4.DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS E ACTIVIDADES PROPOSTAS

De forma clara pretendemos contribuir para um melhor estado de saúde da população de Mafamude.

Segundo Tavares (1990), “*Os objectivos devem ser interdependentes e sequenciais (hierarquizados). Uma boa hierarquização dos objectivos integra a formulação de objectivos gerais e de objectivos específicos.*”

Objectivos específicos, metas, estratégias e actividades

Objectivo 1:

Aumentar a acessibilidade das famílias com utentes dependentes há USF Camélias

Metas:

Que pelo menos 90% famílias com utentes dependentes tenha conhecimento da linha telefónica da USF Camélias, tendo em vista o contacto rápido com a instituição e o profissional de saúde de referência.

Estratégias

Divulgar a linha telefónica junto das famílias com utentes dependentes

Divulgar o projecto junto das famílias com utentes dependentes e dos profissionais da USF Camélias

Actividades

Elaborar um panfleto com o objectivo de dar a conhecer a existência da linha telefónica aos familiares de utentes dependentes.

Realização de um panfleto com linguagem acessível e ilustrações alusivo ao projecto que será distribuído por todas as famílias com utentes dependentes, aquando das visitas domiciliárias.

Elaborar um cartaz para ser afixado na Usf dando conhecimento do projecto e dos seus objectivos.

Objectivo 2:

Reduzir o Stress das famílias, intervindo no domicilio em parceria com a família, de forma a envolver os recursos da comunidade.

Metas:

Que pelo menos 50% das famílias tenham conhecimento dos recursos da comunidade.

Que pelo menos 20% das famílias com utentes dependentes tenha pelo menos duas visitas domiciliárias durante o desenvolvimento deste projecto.

Estratégias

Promover uma efectiva interacção entre as diversas parcerias que o projecto preconiza, em particular mobilizando as parcerias locais

Actividades

Agendar uma reunião com os diversos parceiros locais (representante da junta de freguesia, representante da paróquia, representantes das instituições de solidariedade social, em particular a Liga dos Amigos do Centro de Soares dos Reis), para apresentar o projecto aos diversos parceiros que serão convidados a participar;

Recolher informação para disponibilizar sobre os recursos da comunidade

Objectivo 3:

Educar as famílias com utentes dependentes na Aquisição de mecanismos de Coping para a prevenção de sobrecarga do cuidador.

Metas:

Que pelo menos 30% das famílias adiram ao programa de educação para a saúde para o desenvolvimento de competências para a prevenção de complicações devido a existir um utente dependente na mesma.

Que pelo menos 50% dos prestadores de cuidados em programa de educação para a saúde para o desenvolvimento de competências para a prevenção de complicações devido a existir um utente dependente na mesma desenvolvam competências nesse sentido, ao longo do desenvolvimento do projecto.

Aumentar em 5 % os ganhos em saúde junto das famílias através da actuação do enfermeiro nas visitas domiciliárias.

Estratégias:

Educar as famílias, dotando-o de competências de prevenção das complicações de existir um utente dependente, por intermédio de um programa de educação para a saúde

Orientar o cuidador familiar acerca do auxílio ao dependente/doente para os hábitos de vida diária, exercícios físicos que não comprometam as condições clínicas do doente, o uso de medicação, higiene pessoal, passeios, entre outros.

Actividades:

Realizar sessões de educação para a saúde, de acordo com o agendamento prévio, utilizando a técnica expositiva, demonstrativa e participativa, na sala de reuniões da USF Camélias, proporcionando sempre um espaço, no final de cada sessão, para o esclarecimento de dúvidas, visando o desenvolvimento de competências nas famílias;

Proporcionar formação adequada dos cuidadores objectivando a melhoria dos cuidados prestados, prevenção de lesões e redução do stress.

Objectivo 4:

Sensibilizar a equipa multidisciplinar da USF Camélias para o desenvolvimento de competências relativamente às alterações das dinâmicas familiares pelo facto de existir um utente dependente.

Metas:

Que se realizem 2 sessões de formação em serviço sobre o desenvolvimento de competências das famílias relativamente às consequências das alterações das dinâmicas familiares pelo facto de existir um utente dependente, durante o desenvolvimento deste projecto.

Estratégias

Convidar enfermeiros que tendo realizado trabalhos de investigação nesta área a partilhar em sala connosco, os seus conhecimentos, podendo ser uma mais valia para atingir este objectivo;

Fomentar a temática no plano de desenvolvimento profissional da unidade de saúde.

Actividades

Realizar para toda a equipa multidisciplinar na sala de reuniões, duas sessões multidisciplinares, de formação interna em serviço, onde se aborde a temática do desenvolvimento de competências das famílias com utentes dependentes, sendo que uma delas será para apresentar este projecto.

5.INDICADORES DE AVALIAÇÃO

O segredo do êxito desta intervenção reside numa clara exposição do que se pretende “medir”. Para o presente projecto a matriz de indicadores que foi criada e que visa não só avaliar os resultados finais da sua aplicação mas também todas as etapas da sua implementação, fornecendo assim indicadores de resultado e de processo, irá permitir uma avaliação global do projecto “**Cuidar de quem cuida**”.

Nesse sentido optou-se por considerar que uma dada meta proposta será considerada como **ATINGIDA** se se verificar a sua consecução a mais de 80%, considerar-se-á como **QUASE ATINGIDA** se a sua consecução se localizar entre 60% e 80% e, como Não Atingida se a sua consecução não atingir os 60%.

Matriz de indicadores	
<u>Indicadores de actividade ou de execução</u>	<u>Meta</u>
<i>Percentagem famílias com utentes dependentes com pelo menos duas visitas domiciliárias (Número famílias com utentes dependentes com pelo menos duas visitas domiciliárias multidisciplinares/Número de famílias com utentes dependentes) x 100</i>	20%
<i>Percentagem de visitas domiciliárias agendadas e não realizadas (Nº de visitas domiciliárias planeadas/ Número de visitas domiciliárias realizadas) x 100</i>	85%
<u>Indicadores de impacto ou resultado</u>	
<i>Percentagem famílias com utentes dependentes que aderiram ao programa desenvolvimento de competências relativamente às consequências das alterações das dinâmicas familiares pelo facto de</i>	30%

<p><i>existir um utente dependente (Número famílias com utentes dependentes que aderiram ao programa desenvolvimento de competências de relativamente às consequências das alterações das dinâmicas familiares /Número de famílias com utentes dependentes) x 100</i></p>	
<p><i>Percentagem de prestadores de cuidadores em programa de educação para a saúde para o desenvolvimento de competências relativamente a prevenção de complicações pelo facto de existir um utente dependente que desenvolveram competências nesse sentido (Número prestadores de cuidados com utentes dependentes que aderiram ao programa desenvolvimento de competências de relativamente a prevenção de complicações se que adquiriram competências / Número de famílias com utentes dependentes) x 100</i></p>	<p>50%</p>
<p><i>Número de sessões multidisciplinares de formação em serviço sobre o desenvolvimento de competências relativamente alterações das dinâmicas familiares pelo facto de existir um utente dependente.</i></p>	<p>2</p>
<p><i>Percentagem de enfermeiros que estiveram presentes nas sessões realizadas em serviço sobre o desenvolvimento de competências relativamente às as alterações das dinâmicas familiares pelo facto de existir um utente dependente. (Número de enfermeiros presentes nas sessões/Número de enfermeiros da equipa da USF) x 100</i></p>	<p>100%</p>
<p><i>Percentagem de famílias com utentes dependentes com conhecimento da linha telefónica (Número de famílias com utentes dependentes com conhecimento da linha telefónica de /Número de famílias com utentes dependentes) x100</i></p>	<p>90%</p>
<p><i>Percentagem de famílias com utentes dependentes com conhecimento dos recursos da comunidade (Número de famílias com utentes dependentes com conhecimento dos recursos da comunidade</i></p>	<p>50%</p>

<i>de /Número de famílias com utentes dependentes) x100</i>	
<i>Percentagem de famílias com utentes dependentes com conhecimento dos recursos da comunidade (Número de famílias com utentes dependentes com conhecimento dos recursos da comunidade de /Número de famílias com utentes dependentes) x100</i>	50%

Matriz de indicadores

6.PREVISÃO DE RECURSOS

A execução deste projecto pressupõe os alguns gastos, mas na nossa opinião estes não representam perdas, mas sim investimento no futuro.

HUMANOS

Na execução deste projecto necessitaremos do apoio logístico dos profissionais da USF Camélias, assim como de peritos na área da enfermagem comunitária.

MATERIAIS

Os materiais necessários podem se resumir a dois tipos de equipamento:

1. Consumível de escritório (uma resma de folhas brancas A4, um tinteiro de cor preto, um tinteiro de cores, papel fotográfico de tamanho A2, câmara de filmar, uma máquina fotográfica, um computador e uma impressora);
2. Equipamento de demonstração.

ECONÓMICOS

Os recursos económicos envolvidos não serão elevados, uma vez que se perspectiva que grande parte do material existe na USF Camélias.

7. PLANO DE AVALIAÇÃO DO PROJECTO / PREVISÃO DE RESULTADOS

O Diagnóstico de Necessidades em Saúde realizado no módulo anterior demonstrou a necessidade do desenvolvimento de competências do cuidador familiar de utentes dependentes para diminuir o risco de sobrecarga, e reduzir as consequências da existência de um dependente na família. Este projecto pretende ir ao encontro das reais necessidades da população estudada, com o principal objectivo de prevenir as respostas humanas menos ajustadas numa situação de doença, incapacidade ou transição de vida.

Preconiza-se uma avaliação contínua, com monitorização frequente da matriz de indicadores do projecto. A avaliação das actividades de cariz qualitativo será considerada atingida se esta conseguir o objectivo pretendido.

De referir ainda que os aspectos éticos a considerar na implementação deste projecto prende-se com o consentimento livre e esclarecido (consentimento informado) dos utentes. **O Consentimento Livre e Esclarecido**, é um instrumento que assegura a autonomia do indivíduo, isto é, que lhe confere o direito de aceitar ou não participar de um procedimento relativo à sua saúde, de acordo com as informações dadas. Neste contexto, é de suma importância que o utente compreenda todos os procedimentos que envolvem o projecto, para que o mesmo tenha informações necessárias para tomar uma decisão consciente.

Consideram-se também, á partida, algumas barreiras potenciais.

Daí na fase inicial do projecto se pretendeu apresenta-lo formalmente à USF, para obter a opinião e crítica dos profissionais.

Grande parte do seu eventual sucesso assenta na vontade de todos os profissionais da instituição envolvida, e do sucesso das parcerias de agentes locais.

Pre vemos um trabalho árduo, contudo acreditamos obter resultados positivos com a implementação do projecto “cuidar de quem cuida”. Acreditamos que com o decorrer do tempo e o empenho de todos, este será um êxito. Espera-nos motivar e chamar mais

“parceiros” para esta nossa causa. Mais do que um compromisso académico, este projecto será uma ferramenta de trabalho que deve ser alargada s outras USF do ACES.

Como não existe casuística conhecida acerca de indicadores do fenómeno da sobrecarga e competências do cuidador familiar, foi difícil estabelecer objectivos e metas, pois não temos outras realidades para podermos comparar. Mas este é o preço de sermos **inovadores**. Preferimos “errar” nas projecções mas construir algo que promova a saúde da comunidade.

8.CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DO PROJECTO

	SEGUNDA- FEIRA	TERÇA- FEIRA	QUARTA- FEIRA	QUINTA- FEIRA	SEXTA- FEIRA
1ª Semana Outubro	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com tutora e apresentar linhas mestras do projecto • Redigir e concluir projecto. • Entregar projecto 				
2ª Semana Outubro	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar projecto à coordenação da USF • Iniciar estruturação do cartaz e panfletos • Iniciar contactos para apoios 				
3ª Semana Outubro	<ul style="list-style-type: none"> • Terminar o cartaz e panfletos • Apresentação de Diagnóstico de Saúde e projecto à USF 				
4ª Semana Outubro	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar consultas com famílias • Seleccionar famílias • Monitorizar sobrecarga • Monitorizar níveis de dependência 				
1ª Semana Novembro	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar preparação educação <i>para a saúde para o desenvolvimento de competências relativamente a prevenção de complicações pelo facto de existir um utente dependente</i> • Desenvolver competências do cuidador • Sessão multidisciplinares de formação em serviço sobre o desenvolvimento de competências das famílias relativamente às consequências das alterações das dinâmicas familiares pelo facto de existir um utente dependente 				
2ª Semana Novembro	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar preparação educação <i>para a saúde para o desenvolvimento de competências relativamente a prevenção de complicações pelo facto de existir um utente dependente</i> • Monitorizar sobrecarga • Monitorizar níveis de dependência 				

	SEGUNDA- FEIRA	TERÇA- FEIRA	QUARTA- FEIRA	QUINTA- FEIRA	SEXTA- FEIRA
	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências do cuidador 				
3ª Semana Novembro	<ul style="list-style-type: none"> Educação para a saúde para o desenvolvimento de competências relativamente a prevenção de complicações pelo facto de existir um utente dependente na família Desenvolver competências do cuidador Iniciar redacção de relatório de estágio e apresentação de resultados 				
4ª Semana Novembro	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar casuística à USF Agradecer à USF o estágio 				

10.NOTA FINAL

Em termos de saúde, o aumento do número de idosos traduz um maior número de problemas de longa duração. Os conceitos de autonomia e dependência são particularmente úteis no contexto do envelhecimento.

Torna-se necessário o desenvolvimento de bons sistemas de avaliação integral e interdisciplinar que permitam descobrir os aspectos da pessoa idosa e suas famílias sobre os quais se deve intervir. Torna-se premente uma revisão dos paradigmas habitualmente usados em termos de abordagem curativa.

Esperamos ter contribuído de alguma forma para a dinamização e criatividade do plano de intervenção da **USF *Camélias***. Quisemos ir mais “longe”, e criar um instrumento inicial de trabalho que tem se revelado um êxito nos países do norte da Europa.

Por sabermos, o quão importante é a necessidade de validarmos instrumentos de recolha de dados fiáveis, oferecemos o nosso empenho, motivação e conhecimento para a concretização deste projecto.

Gratas pela vossa leitura e atenção.

11.BIBLIOGRAFIA

Aboim, Sofia; Cunha, Vanessa e Vasconcelos, Pedro. 2005. FAMÍLIAS EM PORTUGAL: UM PRIMEIRO RETRATO DAS FAMÍLIAS EM PORTUGAL. Imprensa das Ciências Sociais. Lisboa. 231 pp

Alarcão, Madalena. 2006. DESEQUILÍBRIOS FAMILIARES: UMA VISÃO SISTÊMICA. 3ª Edição. Quarteto. Coimbra. 374 pp

Branco, M^a Zita. 2005. NECESSIDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL [dissertação para grau de Mestre] Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 142 pp
Documento Policopiado

Brito, Luísa. 2002. A SAÚDE MENTAL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS A FAMILIARES IDOSOS. Quarteto. Coimbra. 167 pp

Canadian Caregiver Coalition. (2001). Respite: A Challenge for Caregivers, serviceProviders, and Police Makers. Retirado em 10 de Setembro de 2005 de www.ccccan.ca

Convenção Europeia Dos Direitos Do Homem (Ratificada pela Lei nº 65/78 de 13 de Outubro)

Conselho Internacional de Enfermeiras. 2003. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Versão β2. Tradução e Revisão. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. 225 pp

Costa, Alfredo Bruto. 2008. UM OLHAR SOBRE A POBREZA, VULNERABILIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL NO PORTUGAL CONTEMPORÂNEO. Gradiva. Lisboa. 203 pp

Costa, M^a Arminda. 2002. CUIDAR DE IDOSOS, FORMAÇÃO, PRÁTICA E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS. Formasau. Coimbra. 327 pp

Constituição da República Portuguesa, 2008. Almedina, Coimbra, pp. 224

Declaração Universal Dos Direitos Do Homem (Publicada no Diário da República, I Série A, nº 57/78 de 9 de Março de 1978)

Direcção-Geral da Saúde. 2006. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa.24 pp.

Figueiredo, Daniela. 2007. CUIDADOS FAMILIARES AO IDOSO DEPENDENTE. Climepsi. Lisboa. 220 pp

Fonseca, António; Paúl, Constança; Botelho, Amália; Costa, Ana; Martín, Ignacio; Lage, Isabel; Amado, João; Costa, M^a Arminda; Silva, M^a Eugénia e Ribeiro, Óscar. 2005. ENVELHECER EM PORTUGAL, PSICOLOGIA, SAÚDE E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS. Climepsi. Lisboa. 311 pp

Fonseca, António. 2006. ENVELHECER EM PORTUGAL, UM OLHAR PSICOLÓGICO. Universidade Católica Portuguesa. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Lisboa. 80 pp

Hunt C. (2001). Concepts in Caregiver Research. *Journal of Nursing Scholarship*,35(1), 27-32.

Leite, M^a Manuela. 2006. IMPACTO DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER NO CÔNJUGE PRESTADOR DE CUIDADOS [dissertação para grau de Doutor] Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. 356 pp
Documento Policopiado

MACHADO, Ana Larissa Gomes; FREITAS, Consuelo Helena Aires de and JORGE, Maria Salete Bessa. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.5 [cited 2010-10-02], pp. 530-534 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672007000500009.

Martins, M^a Manuela. 2002. UMA CRISE ACIDENTAL NA FAMÍLIA, O DOENTE COM AVC. Formasau. Coimbra 268 pp

Martins, Teresa. 2006. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, Qualidade DE VIDA E BEM-ESTAR DOS DOENTES E FAMILIARES CUIDADORES. Formasau. Coimbra. 264 pp

Martins, Teresa; Pais-Ribeiro, José e Garrett, Carolina. 2003. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA PARA CUIDADORES INFORMAIS. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol 4. 131-148

Meireles, Helena. 2008. O TEMPO SEM AMANHÃ, CRÓNICAS DA TERCEIRA IDADE. Papiroeditora. Porto. 101 pp

Melo, Graça. 2005. APOIO AO DONTE NO DOMICÍLIO *in* A DOENÇA DE ALZHEIMER E OUTRAS DEMÊNCIAS EM PORTUGAL 183-198. Castro, Caldas & Mendonça, Alexandre. Lidel. Porto. 250 pp

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010: MAIS SAÚDE PARA TODOS. Lisboa. 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p.

Nogueira, Assunção. 2003. NECESSIDADES DA FAMÍLIA NO CUIDAR: PAPEL DO ENFERMEIRO [dissertação para grau de Mestre] Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 220 pp Documento Policopiado

Nogueira, Assunção. 2008. COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR PRINCIPAL: PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS COMUNITÁRIOS [dissertação para grau de Doutor] Universidade Portucalense. 290 pp Documento Policopiado

Pais-Ribeiro, José. 2007. AVALIAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE, INSTRUMENTOS PUBLICADOS EM PORTUGUÊS. Quarteto. Coimbra. 343 pp

Pais-Ribeiro, José. 2005. INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA DA SAÚDE. Quarteto. Coimbra. 356 pp

Pais-Ribeiro, José e Rodrigues, A. 2004. QUESTÕES ACERCA DO COPING: A PROPÓSITO DO ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DO BRIEF COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol 5. 3-15

Paúl e Fonseca. 2005. ENVELHECER EM PORTUGAL, PSICOLOGIA, SAÚDE E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS. Climepsi. Lisboa. 311 pp

Pimentel, Luísa. 2001. O LUGAR DO IDOSO NA FAMÍLIA: CONTEXTOS E TRAJECTÓRIAS. Quarteto. Coimbra. 238 pp

SA, Maria Clara Nogueira de. Um estudo sobre os cuidadores familiares de pacientes internados com doenças hematológicas. **Psic**, São Paulo, v. 3, n. 1, jun. 2002 .

Disponível em

<http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142002000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2010.

Santos, Paulo. 2005. O FAMILIAR CUIDADOR EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO, SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL [dissertação para grau de Mestre] Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. 123 pp Documento Policopiado

Serrão, Daniel. 2008. O QUE SE PERDE E O QUE SE GANHA COM O AVANÇO DA IDADE. Rediteia 41. REAPN, Porto. 18-19

Sousa, Liliana; Figueiredo, Daniela e Cerqueira, Margarida. 2004. ENVELHECER EM FAMÍLIA, OS CUIDADOS FAMILIARES NA VELHICE. Âmbar. Porto. 171 pp

Sousa, Liliana; Relvas, Ana e Mendes, Álvaro. 2007. ENFRENTAR A VELHICE E A DOENÇA CRÓNICA. Climepsi. Lisboa. 142 pp



USF Camélias

Apoio psico-educativo: Cuidadores familiares de idosos dependentes das freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho

“Cuidar de Quem Cuida” tem como objectivo geral:

Desenvolver competências nas famílias, para redução das alterações nas dinâmicas familiares, criadas pela existência de elemento/os dependente/es.

Responsável pelo projecto: Enf. Graça Barbedo

**Contactos: Unidade de Saúde Familiar Camélias
Rua João de Deus 106**

Telef: 223774390

Fax: 2237774392

Endereço electrónico: enfuscamelias@cssoaresreis.min-saude.pt

Parcerias:



Vilar de Andorinho

Centros de Dia:

Centro de Dia Salvador Caetano e Ana Caetano - 227871914

Lar de Idosos:

AMI (Assistência Médica Integral)
CLIHOTEL de Gaia - 227842293

Centro de Apoio Domiciliário:

Centro de dia Salvador Caetano e Ana Caetano - 227871914

Delegação Norte - Alzheimer

R. Barão do Corvo, 181
4400 - 039 Vila Nova de Gaia
Tel.: 226066863

E-mail: geral.norte@alzheimerportugal.org

**" Saber envelhecer é a grande
sabedoria da vida. "**

in Henri Amiel



“Projecto Cuidar
de quem Cuida”



Elaborado por:
Dr.ª Susana Monteiro
Estagiárias:
Ana Jesus
Sofia Cardoso

Boletim Informativo

**Rua Diogo Cão, 255
4400-106 Vila Nova de Gaia
Telf. 223706300; www.lacssr.net**

Contactos Úteis

Mafamude

Centros de Convívio:

Centro Social e Paroquial S.Cristovão de Mafamude - 223702173

Centro de Convívio Junta de Freguesia de Mafamude - 227151090

Equip. Social da Associação de Convívio para Idosos Reformados e Pensionistas da Alameda do Cedro - 227116151

Centro Social e Paroquial S.Cristovão de Mafamude - 223702173

Centros de Dia:

Casa de Repouso Casa Nostra - 227115969

Lar de Idosos Lar Santa Isabel - 227110092

Centro Social e Paroquial S.Cristovão de Mafamude - 223702173

Almeida Costa - Misericórdia de Gaia - 223754299

Lar de Idosos:

Casa de Repouso Casa Nostra - 227115969

Lar S.Nicolau, LDA - 223755192

Lar de Idosos Lar Santa Isabel - 227110092

Centro de Dia Lar Residencial - O cantinho dos Avós - 223756047

Casa da Aneva - 227117646

Almeida Costa - Misericórdia de Gaia - 223754299

Centros de Saúde

Soares dos Reis e Vilar de Andorinho

Centro de Saúde de Soares dos Reis - 220022540

Extensão de Saúde de Vilar de Andorinho - 227834142

USF Camélias - 223774390

USF Saúde no Futuro - 20022560

USF Nova Salus - 220022555

Residência:

Residências Montepio Gaia - 227158200

AMI (Assistência Médica Integral) CLIHO-TEIL de Gaia - 227842293

S.A.D:

Casa de Repouso Casa Nostra - 227115969

Triniclílo Apoio Domiciliário e enfermeiros ao domicílio, Lda - 220157686

Ajuda e Companhia - Serviço de Apoio Domiciliário - 223779494

Lar de Idosos Lar Santa Isabel - 227110092

Equip. Social da Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Soares dos Reis - 223706300

Almeida Costa - Misericórdia de Gaia - 223754299

Liga dos Amigos do Centro de Saúde Soares dos Reis - Apoio de voluntariado -

Ex-vereadores criticam apatia da câmara



Barbosa da Costa e Ilda Figueiredo defendem tradições da cerâmica como referência do património do concelho. Ambos não se conformam com o destino indefinido da antiga Fábrica Cerâmica das Devesas.... pág.4

Elevação da Madalena a Vila “não é motivo de festa”



Depois de ter sido vários anos o rosto do Atlântico da Madalena, Francisco Leite dá hoje a cara pelo executivo da junta de freguesia. O novo presidente destaca o alargamento do cemitério e o centro de saúde como prioridades a concretizar neste mandato. Sobre os antecessores, o autarca afirma que “é uma página voltada”, mas lembra que herdou dois processos “ilegítimos”.... págs 7 a 11

Suldouro sensível à redução de resíduos

pág. 2

Prestadores de cuidados ao idoso em Gaia sobrecarregados

pág. 5



GENERALOPTICA
VILA NOVA DE GAIA

Lentes Progressivas **159€**

Lentes Monofocais **59€**

vale **20% DESCONTO** em óculos de sol

Avenida da República - VILA NOVA DE GAIA | junto à paragem de metro João de Deus | Telef. 223 757 718

* Cartão válido até Junho de 2011. Desconto válido com a apresentação do cartão.

Suldouro sensibiliza para a redução de resíduos



Esta é a Semana Europeia da Prevenção de Resíduos. Até ao próximo dia 28 de Novembro, a Suldouro vai promover um conjunto de iniciativas que visam sensibilizar o cidadão para a necessidade de reduzir a produção de resíduos no dia-a-dia.

O 'Fraldinhas' é uma dessas acções, desenvolvida em parceria com a Quercus. O objectivo é dar a conhecer e promover o uso de fraldas reutilizáveis, enquanto produto ecológico que pode dar um contributo importante na prevenção da produção de resíduos através da redução da utilização das fraldas descartáveis. Actualmente, a Suldouro recebe cerca de 180 mil



toneladas por ano, sendo que 4% são fraldas descartáveis, lixo que não pode ser reutilizado.

Para promover o 'Fraldinhas', vão ser entregues kit's com fraldas reutilizáveis a todos os bebés que nascerem no hospital de Gaia, entre o dia 20 e 28 de Novembro. A mesma acção decorre no hospital S. Sebastião.

As fraldas reutilizáveis representam um maior

investimento inicial, mas que se torna muito barato tendo em conta o número de utilizações. O 'tempo de vida' das fraldas, desde que bem utilizadas, pode ser muito grande. Estima-se que duas a três crianças consigam utilizar a fralda. Todas as informações em www.ecologicalkids.pt

'Compostagem Doméstica'

Paralelamente, continua a decorrer o projecto da 'Compostagem Doméstica', desde o final de Maio deste ano, que envolve os municípios de Vila Nova de Gaia e Santa Maria da Feira. Esta iniciativa pretende incentivar a reciclagem dos resíduos orgânicos, nomeadamente restos de comida e resíduos de hortas e jardins. Esta 'reciclagem' transforma-se num composto rico em nutrientes que pode ser utilizado como fertilizante natural em hortas e canteiros. A compostagem doméstica transforma o lixo em novo produto e reduz o volume de resíduos que seriam enviados para o aterro.

No que diz respeito ao município gaiense, desde o lançamento do projecto já foram entregues 120 compostores, estando previsto chegar aos 500 até ao primeiro trimestre de 2011. Depois das acções de formação, os particulares interessados tiveram direito ao equipamento. "Só começámos a distribuir os compostores em Outubro", divulgou a responsável deste projecto da câmara de Gaia. Fátima Silva revelou ainda que muitos gaienses se revelaram interessados na 'Compostagem Doméstica', sendo mesmo a autarquia 'obrigada' a alargar a todo o município este projecto.

Também a edilidade coloca em prática esta acção. No Solar Condes de Resende, em Canelas, a autarquia põe em prática a compostagem. Em paralelo com as hortas pedagógicas (iniciativa que envolve as escolas do concelho), está um compostor que recebe os resíduos de uma das cantinas da câmara.

'Mais uma Viagem Virtual ao Mundo dos Resíduos'

A Suldouro acaba de arrancar, novamente, com a campanha de sensibilização Resíduos em Movimento - uma viagem virtual", que vai estar



patente nas instalações da empresa, em Sermonde.

Esta campanha, consiste numa exposição itinerante, baseada em tecnologia e software inovadores, que através de actividades lúdicas e didácticas apresenta aos visitantes os diferentes processos de valorização e tratamento de resíduos da sua área de residência e alerta para a importância da reciclagem, promovendo a utilização racional dos recursos naturais.

Como complemento a esta mostra, os visitantes podem fazer uma "visita real", ao mundo dos resíduos, através de visitas guiadas às instalações da empresa.

A exposição pode ser vista, gratuitamente, até ao dia 7 de Dezembro.

Horário de Funcionamento: 2º Feira a 6ª feira - 8.00 h - 13.00 h - 14.00 - 18.00 h; Fins-de-semana e feriado - 10.00 - 17.00 h.

A Suldouro está sediada na freguesia de Sermonde e é responsável pelo tratamento e valorização dos resíduos urbanos produzidos em Vila Nova de Gaia e Santa Maria da Feira, em articulação com a empresa Geral do Fomento.

'Consolidar o saber com um sorriso a valer'



Primeiro foi o 'Divertir com o Saber'. Um projecto implementado em 2006 pela GaiaSocial. O objectivo é promover a igualdade de oportunidades a crianças e jovens no acesso ao saber, com uma especial incidência sobre a Matemática. Incentiva-se o estudo, desmistifica-se o 'bicho' dos números, apoiam-se crianças desfavorecidas economicamente, aproveitam-se as 'horas mortas', retiram-se crianças da rua, sinalizam-se situações de comportamentos desviantes...

Quatro anos depois, a GaiaSocial saltou mais uma barreira. Desta vez, em parceria com a Consolidar e Validar - Centro de Estudos em Ciências da Saúde e a câmara de Gaia.

Objectivo: promover a higiene oral, rastrear e tratar todas as crianças do 'Divertir com o Saber'. Mais uma vez, as crianças que no quotidiano não são sensibilizadas para pequenos gestos como a higiene dentária. Pequenos gestos que podem condicionar o futuro profissional e pessoal destes meninos. Crianças que, aparentemente, já têm muitas barreiras extras durante a infância, em comparação com outros meninos da mesma

idade.

Já estão sinalizadas 122 crianças que necessitam de cuidados urgentes, mas todas as 387 envolvidas no 'Divertir com o Saber' vão receber cuidados orais. Um pequeno passo que poderá estender-se a todos os meninos e meninas que vivem nos empreendimentos sociais de Gaia. Um incentivo à qualidade de vida destes gaienses.

Esta empresa pretende oferecer um serviço a uma parte da população que pertence a uma franja socialmente fragilizada e que não encontra no Sistema Nacional de Saúde (SNS) a resposta para os problemas de saúde oral.

Coube a Marco António Costa falar em nome do município. Falar de um projecto que promove a "igualdade de direitos das crianças". Para o vice-presidente, estas crianças possivelmente "viveriam à margem do SNS, porventura viveriam até à maioridade sem algum dia sequer terem visto um dentista".

O autarca ressalva ainda que são "pequenos gestos como este que podem fazer a diferença na vida das pessoas".

"Ser Jovem AcTiVo"

Na semana de 27 de Novembro a 5 de Dezembro, a Associação Ser Jovem pretende levar a cabo mais uma edição do 'Ser Jovem AcTiVo'.

Este projecto consiste em dinamizar a população, nomeadamente os mais jovens, através da realização de uma Feira do Livro, alguns concertos, um ciclo de conferências, torneios, workshops... e até mesmo, evidenciando a parte mais solidária, ajudando a instituição ACREDITAR-NORTE.

Este projecto terá lugar na Zona Industrial de St.ª Apolónia, Rua de Santa Apolónia, 226/274 Armazém D, perto do NES, na Vila de Serzedo.

A abertura do 'Ser Jovem AcTiVo' acontece pelas 21h00 do dia 27 de Novembro. Nesse mesmo dia, após a inauguração do espaço, os visitantes poderão assistir às Conferências e Espectáculo Solidário que se lhe seguem.

Perante o programa, a população terá muito por onde escolher. Nos restantes dias, para além das actividades, poderão desfrutar do prazer do ler e adquirir fantásticos livros a preços, também estes, "fantásticos" (e vantajosos).



Editorial

* Artur Villares

NATO: 3 conclusões

A realização da recente Cimeira da Nato em Lisboa, permitiu tirar algumas conclusões curiosas:

1. A Nato é uma organização essencial à defesa do Ocidente face às ameaças terroristas e particularmente face a eventuais ataques nucleares por parte de governos párias;

2. Só comunistas da velha guarda revisionista, ou trotskysta, ou maoísta, ou enverhoxista, ou castrista, ou nortecoreana, ou quaisquer outros refugos ideológicos requentados, todos se autoconsiderando uma esquerda muito moderna se poderão compreender que sejam contra a NATO. O contrário é que seria de espantar;

3. As nossas televisões andaram sempre muito afoitas a mostrar, além da clássica manifestação sindical, os "militantes anti-Nato", grupitos de piolhosos dos quais continua a não se saber quem paga as viagens a esses andarilhos da "Paz" e da "antiguerra". Chegaram mesmo a abrir noticiários!

FESTA DE NATAL

FESTA DE NATAL...FESTA DE AMOR para os Sem-abrigo e famílias carenciadas. Sábado, dia 25 de DEZEMBRO a partir das 21 horas no Salão de jovens da Igreja Adventista do 7º Dia do Porto (Rua Ferreira Cardoso 103, 4300 Porto).

As ADRA DO PORTO E A ADRA DE ERMESINDE vão organizar a Festa do Amor e Solidariedade neste Natal. Gostaríamos de poder contar com o seu apoio e Solidariedade. Poderá contribuir com alimentos, roupas, brinquedos, algum donativo e colaborar no Jantar da Noite de Natal.

Juntos vamos fazer desta noite uma "NOITE MÁGICA DE AMOR" e comemorar com muita alegria o Nascimento de Jesus Cristo. Agradecemos que nos contacte até ao dia 30 de Novembro: ADRA DO PORTO (225 364 257) E ADRA DE ERMESINDE.

SIMDOURO investe em sete municípios do Norte

Ministra do Ambiente, Dulce Pássaro, assiste à assinatura de contrato de concessão entre Governo e SIMDOURO, que abrange Vila Nova de Gaia, Arouca, Baião, Castelo de Paiva, Cinfães, Paredes e Penafiel

Dentro de quatro anos, sete municípios da área metropolitana do Porto vão ter à disposição mais 21 estações de tratamento de águas residuais. Mas não só. A SIMDOURO, Grupo Águas de Portugal pretende ainda construir 127 km de interceptores e de condutas elevatórias e 12 estações elevatórias para recolha, tratamento e rejeições de efluentes. Ao todo, a empresa (concessionária do Sistema Municipal de Saneamento do Grande Porto) prevê investir mais de 62 milhões de euros em sete municípios. Arouca, Baião, Castelo de Paiva, Cinfães, Paredes, Penafiel e Vila Nova de Gaia vão estar sob a alçada da SIMDOURO nos próximos 50 anos.

Estas infra-estruturas pretendem otimizar processos garantindo a qualidade e fiabilidade do serviço prestado, minimizando os impactos ambientais e riscos de segurança, prevenindo a poluição.

O investimento abrange mais de 1500 km², tendo em vista o aumento da taxa de cobertura de drenagem e tratamento de águas residuais, que subirá dos actuais 62% para 95% da população residente nas cidades envolvidas, atingindo cerca de 519 mil habitantes.

A ministra do Ambiente, Dulce Pássaro, presidiu à cerimónia de assinatura do contrato de concessão de sistema municipal de saneamento do grande Porto entre o governo e a SIMDOURO, bem como dos contratos de recolha entre esta e os sete municípios, que decorreu no Convento Corpus Christi.



Tradições da Cerâmica debatidas em Gaia



No dia 13 de Novembro, a biblioteca municipal recebeu a palestra 'Tradições da cerâmica de Vila Nova de Gaia'. Organizado pela Associação Verde Gaia, o colóquio integrou-se numa série de 'Conversas sobre Gaia' e contou com a presença especial de Francisco Barbosa da Costa.

O presidente da direcção da Verde Gaia abriu a sessão. Manuel Pontes convidou o orador a tentar clarificar a importância que teve a actividade cerâmica em Gaia e quais os desafios que se deparam no futuro próximo.

Mas coube à eurodeputada, Ilda Figueiredo, 'apresentar' Barbosa da Costa. Evidenciou a sua obra (34 publicações já editadas), a actividade como deputado e autarca, bem como acções que realizaram em conjunto, no decorrer da função de ambos, enquanto vereadores da câmara de Gaia. Ilda Figueiredo referiu-se,

concretamente, à colaboração com ceramistas e a propostas para a criação de um núcleo museológico/artístico nas instalações actualmente ocupadas pela GaiaSocial (Quinta da Forqueta) ou nas instalações da antiga Fábrica Cerâmica das Devesas.

A gaiense referiu-se também ao projecto de lei que apresentou para a criação do Museu da Cerâmica em Vila Nova de Gaia, incluindo a recuperação das instalações de parte da Fábrica das Devesas. O objectivo era instalar nesse local um conjunto de ateliers/oficinas, que divulgassem o rico património da tradição da cerâmica no município e o desenvolvimento de actividades artísticas, incluindo de jovens ceramistas.

Infelizmente, as propostas não foram avante. Os convidados manifestaram apreensão pela apatia manifestada pela actual gestão

autárquica relativamente a esta área da defesa do património.

Os dois ex-vereadores frisaram ainda preocupação relativamente às instalações actuais da Fábrica da Cerâmica das Devesas, uma vez que se ignora o destino que lhe está reservado. Para agravar esta questão, já desapareceram os painéis de azulejos que revestiam parte das paredes e que eram património classificado, não se sabendo o encaminhamento que lhes foi dado. Realçaram também ser urgente manifestar apoio às actividades artísticas de cerâmica ainda activas, para poderem progredir e projectar a tradição cerâmica gaiense.

O orador principal aproveitou para fazer uma importante recapitulação das actividades cerâmicas em Vila Nova de Gaia, desde tempos remotos, realçando o historial das 19 fábricas de cerâmica que, nos últimos séculos, laboraram no vale do Douro, junto à foz, sendo que 17 delas se situavam no município e duas na cidade do Porto.

No final da sua exposição, que está escrita e será brevemente divulgada, foi aberto um debate ao público presente.

Nas várias intervenções foram elogiadas e realçadas as iniciativas deste género, pois a maior parte dos intervenientes não tinha a noção da riqueza das tradições cerâmicas do nosso concelho.

Foi proposto pelo presidente da direcção da Verde Gaia a elaboração de um documento realçando a importância do tema, o qual será enviado às autoridades competentes, designadamente órgãos municipais

e governo.

A proposta foi aceite, tendo-se prontificado a deputada no Parlamento Europeu, Ilda Figueiredo, a chamar a atenção da Comissão Europeia para a importância da salvaguarda das actividades tradicionais, de que a cerâmica artística é um dos exemplos e de que Gaia mantém um rico património que importa salvaguardar e valorizar.

Os ceramistas presentes - Cerâmica do Douro e Susana Guedes - sugeriram que se tentasse realizar, a curto prazo, um encontro entre todos os ceramistas activos do concelho para exporem os trabalhos e aproveitar para discutir o futuro desta arte, quais as necessidades actuais e propostas para um desenvolvimento sustentado.

Encerrou-se a sessão com uma visita à exposição que estará até ao final do mês na Biblioteca e ao atelier da ceramista Susana Guedes que também estará disponível ao público durante o mesmo período.

'Conversas sobre Gaia'

Com a iniciativa 'Conversas sobre Gaia', a Associação Verde Gaia leva a cabo um ciclo de conferências que, através da participação de convidados de diferentes áreas e de alguma forma ligados a Gaia, se vão abordar várias realidades do concelho.

Este ciclo de conferências resultará certamente num património de enriquecimento individual e colectivo, que saberão utilizar como contributo para o estudo, divulgação e defesa do património cultural e ambiental de Vila Nova de Gaia.

Gaia tem prestadores de cuidados ao idoso sobrecarregados

Estudo levado a cabo pelos enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, reflecte uma emergência social e de saúde pública, onde se torna clara a necessidade de se debater rapidamente e com seriedade as políticas do idoso

Nas USF Saúde no Futuro e Camélias do Centro de Saúde Soares dos Reis foi levado a cabo, durante o ano de 2009, um estudo sobre o impacto do cuidado prestado a idosos dependentes pelos seus familiares. Este trabalho foi perpetuado pelos enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, no âmbito da realização da especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade Católica.

Neste estudo os enfermeiros-

investigadores debruçaram-se sobre a problemática dos idosos dependentes residentes nas freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho, em particular sobre o papel do prestador de cuidados que, como foi possível concluir, recaí sobre familiares directos, como o próprio cônjuge ou os filhos.

O trabalho conjunto permitiu aferir, de forma muito clara, que os idosos dependentes são essencialmente do sexo feminino e têm idades entre os 71 e 90 anos, são maioritariamente casados e pouco instruídos, apresentando níveis de dependência acentuados.

Por outro lado, os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 48 e 78 anos, reformados, gastando em média mais de 200 euros em saúde com o familiar idoso dependente de quem cuidam.

Entre o rol de tópicos analisados, destaque também para as características habitacionais, onde os prestadores de cuidados desempenham as suas actividades de apoio informal ao idoso,



tendo concluído que, de um modo geral, as condições de habitabilidade são adequadas.

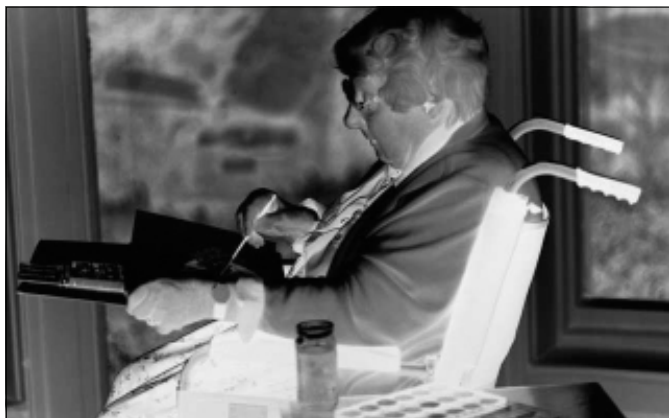
Para terminar, resta dizer que a investigação teve como objectivo classificar o grau de sobrecarga do cuidador familiar, bem como a funcionalidade e dinâmica familiar. Assim sendo, foi possível clarificar que 64% dos cuidadores apresentam sobrecarga pelo cuidado prestado ao familiar idoso dependente. Quanto à funcionalidade e dinâmica familiar, chega-se à conclusão de que as famílias com familiares prestadores de cuidados a idosos dependentes demonstram elevados graus de funcionalidade e dinâmica familiar.

Políticas do idoso carecem de debate

Para António Dias e Graça Barbedo, este estudo "reflecte uma caracterização muito precisa da realidade encontrada na prática profissional quotidiana e que se configura", segundo os próprios como

"uma emergência social e de saúde pública, sendo necessário rapidamente debater com seriedade as políticas do idoso". Ainda segundo os investigadores, "com o envelhecimento populacional gerado pelo aumento da esperança média de vida e pela quebra da taxa de natalidade, esta realidade será cada vez mais uma demanda dos serviços de saúde, que começam já a proporcionar respostas insuficientes em relação à procura."

No caso particular do concelho de Vila Nova de Gaia e, no que às freguesias de Mafamude e Vilar de Andorinho diz respeito, os enfermeiros que conduziram esta investigação referem ainda que "o envelhecimento é uma realidade de inegável sustentação" e que "os recursos comunitários disponíveis, no que à rede informal de apoio ao idoso dependente e do cuidador familiar diz respeito, é insuficiente em termos quantitativos e não se configura como promotora do alívio ou redução do impacto negativo resultante do acto de cuidar ao cuidador familiar".



Novos habitantes no Zoo Santo Inácio

Em meados de Novembro chegaram novos habitantes ao Zoo Santo Inácio que, depois do período de quarentena, poderão ser visitados no habitat 'normal', em Avintes

O Zoo Santo Inácio recebeu um tapir, três Lemures-de-cauda-anelada, um Mabeco, uma Capivara e dois casais de Maras.

O tapir sul americano é proveniente de um zoo de Madrid e foi desde logo baptizado de Artur, por ser um animal muito querido do tratador Artur, que trabalha no park de Avintes. Tem 16 anos e é muito sociável e curioso. Adora dar mergulhos e nadar de costas na piscina. Esta espécie tem uma tromba flexível, preênsil e com pêlos que sente cheiros e humidade.

Vindos de França, chegaram três Lémures-de-cauda-anelada machos para se juntarem às três fêmeas que já se encontravam na Ilha Central do Zoo

Santo Inácio. Com a formação destes três casais, os tratadores esperam que em breve se reproduzam. Esta espécie oriunda e ameaçada endémica de Madagáscar apresenta uma cauda maior que o corpo com anéis alternados brancos e pretos.

Chegou também uma fêmea de Mabeco proveniente da Holanda para formar um casal com o 'Mickey' que se encontrava sozinho. O recente casal ainda se está a conhecer, mas esperam-se bebés em breve. Em cada ninhada desta espécie podem nascer até vinte crias. Originária de África, esta espécie é também conhecida como Cão Selvagem Africano. Cada animal apresenta um padrão de coloração único variando entre manchas de cor amarela, branca, preta, vermelha e castanha.

Um grupo de três Capivaras fêmeas já existentes no Zoo Santo Inácio foi introduzido um macho vindo de França.



Com a chegada do primeiro macho, o zoo espera que a espécie também se reproduza. Proveniente da América do Sul, a Capivara é o maior roedor do mundo.

Chegaram também mais dois casais

de Maras que vieram aumentar o efectivo deste grupo para seis indivíduos. Também conhecida como Lebre da Patagónia esta espécie é monogâmica.

Posto da PSP Afurada inaugurado

A Afurada já tem um Posto da PSP condigno. E a inaugurar as novas instalações esteve o ministro da Administração Interna. Rui Pereira confirmou o apoio que o MAI vai continuar a dar, mesmo numa altura de crise como a



que o país atravessa: "É indispensável não haver cessação do nosso esforço na aposta em dispositivos humanos e materiais das forças de segurança", garantiu o governante.

A falta de condições que as PSP apresentava na freguesia levou à



deslocalização para um novo equipamento. Agora, a polícia está no reabilitado edifício do antigo Posto de Pescado. Este é um imóvel cedido pela câmara de Gaia e representa um investimento de 285 mil euros. Situado no coração da vila piscatória, muito próximo da junta local. "Estas instalações são dos cidadãos. Quem está de parabéns é a população da Afurada", enalteceu Rui Pereira. Para já, o número de efectivos mantém-se e a área de intervenção limita-se à freguesia da Afurada.

Menezes aproveitou para evidenciar o bom relacionamento entre a autarquia gaiense e o ministério tutelado por Rui Pereira. Alguns projectos foram concretizados, graças à cooperação entre as duas entidades, mas "outros ainda estão em fase de implementação". Por exemplo, encontram-se em fase de arranque as novas esquadras nas freguesias de Canidelo e Valadares.

Arte partilhada em Gaia

"Só com mais proximidade, cooperação e solidariedade entre as diversas estruturas do Estado, os governos, as autarquias, o sistema financeiro, as empresas e os cidadãos será possível e consequente defender e concretizar os projectos nacionais". Esta foi a forma como o presidente da câmara de Gaia se dirigiu aos presentes durante a cerimónia de inauguração da Exposição de Arte Partilhada. A mostra serviu de mote para a reabertura da Casa Museu Teixeira Lopes e pertence ao grupo Millennium BCP.

Luís Filipe Menezes enalteceu, a propósito, a vontade do Millennium em partilhar as colecções com os portugueses e em interagir com a comunidade através da arte, o que representa uma demonstração de convergência de interesses e valores com o município.

Na opinião do autarca, "a exposição vem valorizar este pólo cultural do Porto/Sul" - expressão representativa do conjunto do grande Porto, como referiu -, concelho com vários equipamentos culturais de referência, designadamente as Galerias Diogo de Macedo, o Arquivo Municipal Sophia de Mello Breyner, a Casa Barbot, o Auditório Municipal, o Solar Condes de Resende, a Casa-Museu Teixeira Lopes, entre outros.

Com o propósito de conversar sobre o trabalho feito ao longo dos últimos dez anos de mandato, Menezes convidou o presidente do Millennium BCP para um encontro que permita revelar as mudanças encetadas neste concelho de grande referência nacional e os elevados níveis de desenvolvimento atingidos.

Santos Ferreira explicou, na ocasião, que a ideia inerente a esta exposição reside na vontade de "partilhar a arte com os clientes e com a cidade que nos acolhe, ao mesmo tempo que representa



um desafio às escolas, pois os alunos que a visitarem serão pessoas melhores".

Após um período de encerramento para obras de remodelação, apoiadas por fundos comunitários, a Casa-Museu Teixeira Lopes acolhe agora "Arte Partilhada Millennium BCP - Abstracção", uma exposição que visa evidenciar o importante património artístico nacional, bem como contribuir para o enriquecimento cultural do País.

A mostra estará patente até 30 de Janeiro de 2011 e reúne uma selecção de 74 pinturas representativas do abstraccionismo português e estrangeiro e está revestida de notável interesse pela diversidade e qualidade de obras expostas, das quais se destaca um núcleo autoral significativo da pintora portuguesa Maria Helena Vieira da Silva, com doze pinturas.

Obras de Alfred Manessier, André Lansky, Ângelo de Sousa, António Areal, António Palolo,

Arpad Szenes, Artur Bual, Artur Rosa, Augusto Barros, Eduardo Batarda, Eduardo Nery, Fernando Aguiar, Fernando Lemos, Jorge Pinheiro, Júlio Pomar, Júlio Resende, Justino Alves, Luis Demée, Luis Dourdil, Manuel D'Assumpção, Mário Cesariny, Menez, Nadir Afonso, Nikias Skapinakis, Paula Rego, Pedro Casqueiro, Serge Poliakoff, Teresa Magalhães, TOM e Zao Wou-Ki fazem também parte desta exposição.

A Exposição de Arte Partilhada não deixa de fora os mais novos. O Millennium BCP, a Casa-Museu Teixeira Lopes e a Gaianima, EEM, lançam um concurso denominado "À Descoberta da Colecção Millennium BCP" que propõe a realização de trabalhos criativos a partir das obras expostas na exposição. Os três melhores trabalhos individuais serão premiados e haverá um prémio de equipa para a Turma de Escola que se empenhar mais na apresentação de criações de "Arte Partilhada".

“O cemitério não deve alimentar a tesouraria da junta”

Independente. E sente-se bem assim. Francisco Leite conseguiu conquistar um bastião socialista nas últimas Autárquicas, apoiado pela coligação 'Gaia na Frente'. Uma grande surpresa para uns; para outros nem tanto.

Foi a cara do Atlântico da Madalena; agora é o rosto do executivo da junta. Do desporto passou a gerir todas as valências dos madalenenses. A elevação da freguesia a Vila, para Francisco Leite, é apenas "um título" conseguido em vésperas de eleições. O alargamento do cemitério e o centro de saúde são desígnios que acredita concretizar neste mandato, os mesmos do anterior executivo. Sobre os antecessores, o agora autarca afirma que "é uma página voltada". Mas com marcas. Profundas. Debate-se com dois legados "complicados" herdados: o contrato de compra e venda da Casa da Cultura e o contrato de comodato celebrado com a Associação de Solidariedade Social da Madalena para a construção do centro de dia e creche. Difíceis e financeiramente complicados de solucionar... um novo presidente... a mesma Terra Linda...

O resultado na freguesia da Madalena foi uma das surpresas da noite eleitoral de 2009. Estava à espera de vencer as eleições?

Havia bastantes hipóteses de vencer as eleições, atendendo à qualidade da lista que elaborámos - não podemos ser modestos em



demasia -, mas também devido ao sentimento de descontentamento em relação à forma como a freguesia estava a ser conduzida. As pessoas estavam cansadas de conflitos e o conflito latente entre a junta de freguesia e a câmara de Gaia era do conhecimento público e não trazia nada de bom para a freguesia, bem pelo contrário. Tudo isto levava a que se supusesse uma hipótese credível de alteração do 'figurino' político na freguesia. Era um cenário que nós já esperávamos.

Mas esperava pela maioria?

A maioria foi uma meia-surpresa, mas como as votações acabaram por se centrar nas duas forças políticas, qualquer pequena diferença daria

a maioria. E foi exactamente o que aconteceu.

Esse conflito entre a junta de freguesia e a câmara municipal está sanado?

Completamente. Aliás fazia parte do nosso programa; das poucas promessas que fizemos na campanha eleitoral foi sanar o conflito com a câmara. Não faz sentido que uma junta de freguesia que depende, em grande parte, do apoio do município ande de costas voltadas por razões meramente políticas e até, em alguns casos, por pessoais. Não faz sentido nenhum!

Quais são as outras promessas para este mandato?

António Venceslau

Comércio de Matérias Plásticas Unipessoal, Lda

Matérias-primas para a indústria plástica

Rua de Nazarês, 164 r/c dto. | 4405-766 Madalena | Vila Nova de Gaia
Telefone / Fax: 227 133 088 | Email: venceslaufonseca@gmail.com



CONSTRUÇÕES CRISTÃO & CRISTÃO, LDA
Empreiteiras, Construção Civil e Obras Públicas

AMÂNDIO CRISTÃO
amandio.cristao@gmail.com
968 016 965

RUA DA PENA, 445047 4405-778 MADALENA, VILA NOVA DE GAIA
ALVARÁ 51421 TEL/FAX +351 227 134 753 construccoesco@gmail.com



VICTOR DE CARVALHO
RAMOS
SOCIEDADE UNIPESSOAL, LDA

**Construção Civil - Empresas
Restauros em habitações**

*Todo o tipo de trabalhos inerentes
à construção civil*

R. Santa Eulália 54, Madalena | 4405-783 Vila Nova de Gaia
Tel./Fax: 223 717 814 | Telm. 967820982
Email: vramos_2@hotmail.com

Nós dissemos que tínhamos a consciência da capacidade das juntas de freguesia, nomeadamente da nossa. A promessa que fizemos foi que iríamos colocar a nossa disponibilidade ao serviço da freguesia, que seríamos uma força de influência para resolver os problemas da freguesia e que estaríamos sempre disponíveis a apoiar os madalenenses. A nossa prioridade é a proximidade nos problemas dos madalenenses.

Esta prioridade é, de alguma forma, uma crítica ao anterior executivo? Não havia proximidade entre o executivo e os madalenenses?

Quero evitar qualquer tipo de comparação e qualquer tipo de crítica ao anterior executivo. O anterior executivo fez o seu percurso. Foi julgado nas eleições. É uma página voltada. Interessa-nos é o nosso mandato, as nossas prioridades. Em 2013, se formos candidatos, a Madalena julgará se foram boas as opções que tomámos, se estão satisfeitos com o nosso trabalho. Em relação ao anterior executivo... é página encerrada. Os madalenenses já o julgaram.

Então e o resto das prioridades....

As nossas prioridades... requalificar a rede viária da Madalena, dentro do possível. Aliás, esta é uma obra que já começou, com o apoio da câmara, que aproveito para deixar a minha gratidão pelo apoio que está a dar à junta. Esta via central estava em péssimo estado, muito deteriorada, que não aguentava muito mais tempo nestas condições. Continuam a haver carências muito graves na rede viária, nomeadamente alternativas. Por exemplo, no corte desta estrada principal ficamos sem ligação da parte poente à parte nascente. Isto resulta de nunca se terem estudado alternativas, nem lutado por elas. Veja, encerrou-se a passagem de nível há uma dúzia de anos e nunca se lutou por uma alternativa que cada vez é mais difícil conseguir... a não ser pela VL3 que actualmente se designa como prolongamento da Avenida da República até ao mar. É ainda importante a construção do centro de saúde. Sabemos que é uma obra governamental, mas temos feito todas as diligências necessárias para que se concretize. Na cultura, é importante a dinamização das nossas instituições culturais, nomeadamente o Orfeão da Madalena, uma referência em termos de coral. Toda



a gente conhece o Orfeão da Madalena. Não passa por um bom momento, mas estamos a dinamizar para que o consiga ultrapassar. Na área desportiva, temos instituições a trabalhar, e muito bem. Precisamos de dar outra capacidade de utilização ao polidesportivo da freguesia (do Cruzeiro), com a cobertura do equipamento, para que seja utilizado ao longo de todo o ano. Há instituições desportivas a desenvolver um bom trabalho e que precisam de mais espaços para desenvolver a área da formação. Na educação, temos dado muito apoio ao agrupamento vertical das escolas. Pela primeira vez, levámos a efeito para a juventude um concerto de bandas de garagem. Foi uma inovação. A juventude queixava-se que tinha pouco 'espaço'.

Foi no verão?

Em Julho.

Teve muita adesão?

Tivemos sete bandas. Tivemos de limitar o acesso, porque não dava para mais bandas. Houve mais a tentar a inscrição, mas não foi possível. Para uma primeira realização, tivemos uma noite bem interessante, com muita gente a assistir e alguma qualidade.

Para o ano vai ter continuidade?

Depende das nossas condições financeiras... depende muito! Todos sabemos o que nos espera... A vontade é fazer disso uma marca da freguesia da Madalena, mas a realização depende da nossa situação financeira. Quanto à acção social... foi a área que deixei para o final. Nós temos apoiado as nossas instituições. Logo na nossa entrada para a junta apoiámos a Conferência S. Vicente de Paulo - As Vicentinas - na elaboração de 60 cabazes de Natal. Este ano estamos a elaborar esse mesmo processo.

Vão fazer, também este ano, a entrega de cabazes de Natal?

Sim, com o apoio d'As Vicentinas, não sei dizer ao certo quantos cabazes. E temos apoiado a Associação de Solidariedade Social da Madalena [ASSM], nas suas actividades, tal como vinha a ser apoiada até aqui. Mantivemos o apoio. Quer em disponibilidade de instalações protocoladas ainda com o anterior executivo, mas também no apoio a algumas actividades que têm feito.

"Herdámos dois processos ilegítimos"

Quando tomou posse teve alguma surpresa?

Herdámos dois processos complicados de dois protocolos. Um deles um contrato de compra e venda da Casa da Cultura e o outro o contrato de comodato celebrado com a ASSM para a construção de um centro de dia e de creche. No caso da Casa da Cultura, o contrato de compra e venda aconteceu pela falta de dinheiro do anterior executivo, digamos que se devia a todos os problemas da 'guerra' com o município, do conflito com o município. O executivo teve a necessidade de fazer dinheiro a qualquer forma, então resolveu vender a Casa da Cultura. Esta casa tinha sido construída com a única finalidade de ser a sede da junta, com o apoio dos madalenenses e que tem, para a freguesia, um cunho de afectividade muito grande e as pessoas reagiram mal a esse processo. A junta recebeu 160 mil euros - 100 mil de sinal e 60 mil de adiantamento de pagamento - que entretanto gastou, na sua gestão normal da junta. Em despesas correntes, em... no que calhou, no fundo nas necessidades da junta. Mas este processo de compra e venda foi baseado em pressupostos ilegais. Isto é... o contrato promessa foi feito com a ASSM. Foi feita uma consulta aos





correios - que têm lá um balcão - para perguntar se estavam interessados, mas entretanto não foi feita uma hasta pública para a venda do imóvel. Por outro lado, a decisão foi tomada ilegalmente. A alienação do património tem de ser por maioria qualificada, dois terços do executivo. O que aconteceu na votação do executivo? Atendendo a que a dra. Elisa fazia parte do executivo e era presidente da ASSM retirou-se da votação. O sr. José Carlos Cidade, presidente de junta de então, retirou-se da votação porque era também presidente da Assembleia-geral da ASSM, portanto era parte interessada. Ficaram três. Três em cinco não fazem a maioria qualificada. Um desses três também era elemento de direcção da ASSM, mas não se retirou. O que quer dizer que a decisão foi tomada ilegalmente. Este executivo não podia validar um acto que não foi legal, tinha que o revogar. Então apresentámos à Assembleia de Freguesia (AF) uma proposta de resolução do contrato por irregularidades na sua execução. Foi aprovado em AF a resolução, mas temos neste momento, sobre nós, a obrigação de devolver os 160 mil euros à ASSM.

160 mil euros....

Sim. 160 mil euros. E não temos essa verba para devolver. Já fizemos uma proposta para transformar esse valor em rendas ao longo do

número de anos a combinar. Não foi aceite. Este é um processo que está ainda em aberto. Nós e a associação temos de arranjar uma solução para o problema. Entretanto a associação continua a ocupar o espaço, tem o espaço arrendado, no qual vai dando uns cursos de formação... utiliza para as finalidades que entende que deve utilizar.

E o outro processo?

O contrato de comodato que foi celebrado entre a junta e a ASSM implicava a cedência de um espaço de 900 metros quadrados aqui circundantes ao edifício da junta. Neste espaço seria instalado um centro de dia e uma creche, ambos explorados pela ASSM. Candidataram-se a fundos comunitários, tiveram a aprovação dessa candidatura, o projecto estava em fase de aprovação. O que é que acontece? Acontece que também houve uma irregularidade por parte da junta. A junta levou uma proposta à AF para a cedência de 400 metros quadrados e não de 900. Julgo que era só para o centro de dia. Entretanto, porque lhes terá sido imposto a construção da creche, passaram de 400 para 900 metros quadrados, sem decisão do executivo e sem aprovação na AF. Portanto, nós não podíamos validar uma situação destas. Por outro lado, a implantação do projecto iria onerar o edifício da junta porque ocupava parte do edifício. Ocupava um dos gabinetes da junta, destruía o gabinete da

tivemos outra forma de solucionar este problema que não fosse a revogação do contrato de comodato.

Mas estas valências não fazem falta à freguesia?


Face a esta situação, e atendendo a que a construção do centro de dia e da creche são motivos importantes, são obras importantes para a freguesia, fizemos diligências, junto do município, para tentar arranjar uma solução. Neste momento, há uma solução. Num dos empreendimentos da freguesia, num espaço que está destinado a equipamento em zona verde - na Rua de Trás do Maninho para a Rua Fonte de Aguium - há possibilidade de disponibilizar o espaço necessário para levar por adiante o equipamento. Segundo a informação que temos, já foi aceite pela Segurança Social a mudança do local. Mas é óbvio que vai ter de ser feito um novo projecto. A ASSM vai ter de se mexer, de acordo com a câmara, para o elaborar. Poder-se-á transferir o equipamento para esse local. Aí sim, é um local com estacionamento, com acessibilidades, numa zona em que não vai pôr nada em causa, bem pelo contrário... e vai dotar a Madalena desse equipamento. Estes foram dois processos que tivemos de resolver, que nos foram passados de uma forma ilegítima... que tinham sido decididos de uma forma ilegítima, pelo anterior executivo.

"O cemitério não deve alimentar a junta"

A construção do centro de saúde da Madalena está em que fase?

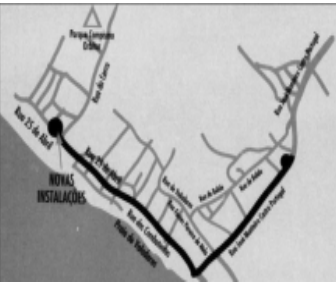
Por informação do dr. Pimenta Marinho, neste momento, ou já acabou ou está prestes a acabar o prazo do segundo concurso. Foi feito um [primeiro] concurso público para a adjudicação da obra e todas as propostas ultrapassaram o limite de verbas para a construção do centro de saúde. Foi necessário fazer um novo concurso. Estamos nesta fase do segundo concurso para adjudicação da

AF e ocupava uma parte superior do gabinete do presidente da junta. Para além de impedir o acesso, se necessário, de um carro de bombeiros entrar. Não tinha estacionamento, as acessibilidades tornavam-se impossíveis, era um projecto condenado, arquitectonicamente condenado. Não



A COZINHA DO PORTUGUÊS

Rua 25 de Abril, 119 - 4405-796 Madalena
Telef.: 964 845 482 - Telef.: 227 137 409
email: acozinhaportugues@gmail.com





Florista Maria de Fátima

**Executa todos os serviços de flores
frescas e artificiais**

Rua António Francisco de Sousa 108, Madalena
4405-726 VILA NOVA DE GAIA | Tel. 227 117 695

LÍRIO COMÉRCIO DE SUCATA, LDA

**Compra e venda de todo o tipo de sucatas
Reciclagem | Gestão ambiental**

Rua Aldeia Nova, 47 | Madalena | 4405-723 Vila Nova de Gaia
Tel. 915 925 692

obra. A expectativa é que possa começar a ser construído ainda este ano.

E é uma obra de quanto tempo?

A construção do equipamento deverá demorar cerca de um ano.

E o cemitério? Durante a sua apresentação da sua candidatura dizia: "não é aceitável que se tente transformar o cemitério na árvore das patacas da junta de freguesia. Há que respeitar a dignidade das famílias". O que queria dizer com isto?

A determinada altura, o cemitério precisava de ser alargado. Aliás, esta é uma das prioridades para a freguesia, não para se fazer receitas pelo alargamento do cemitério, mas pela necessidade de garantir espaço para os madalenenses. O que aconteceu no anterior mandato... eu já disse que era página encerrada... mas foi a ocupação de espaços que seriam necessários como pontos de passagem para a população no cemitério, com a venda e a alienação de alguns espaços não cumprindo totalmente com os requisitos legais. Houve a necessidade de se construir sepulturas em zonas que não eram propriamente destinadas para isso. Quando eu falo na 'árvore das patacas', digo-o porque talvez havia a necessidade - dado o conflito com a câmara - de gerar receitas. O cemitério foi uma das zonas onde se gerou algumas receitas. Quando referimos isso foi para deixar de ter algum espírito, digamos, mercantilista do cemitério. É verdade que o cemitério tem as suas receitas próprias. É verdade que se se alienar algum espaço no cemitério, esse espaço é vendido. É verdade que é. Mas que não seja o cemitério a alimentar a tesouraria da junta. É essa a intenção! E tem de se respeitar a sensibilidade de todo o sentimento em volta do cemitério: é um espaço de culto, onde os sentimentos mais arraigados das pessoas estão mais à flor da pele.

Mas já fez algumas transformações no espaço, por exemplo, retirou a secretaria que existia no próprio local...

A secretaria saiu porquê? A secretaria funcionar na junta ou funcionar no cemitério é perfeitamente igual. Quando se diz que as pessoas eram mais



facilmente atendidas no cemitério... não é verdade! Se beneficiavam as pessoas que moravam perto de cemitério, prejudicaram-se as que moravam mais longe. Por isto, faz todo o sentido centralizar na secretaria da junta os serviços do cemitério. Isto aqui é uma questão de gestão de recursos. Por outro lado, a funcionária que estava no cemitério fazia falta na secretaria, porque pode ser aproveitada para outros trabalhos. Não fazia qualquer sentido a secretaria no cemitério.

E em relação ao terreno que diz já existir para o alargamento do cemitério?

O terreno para o alargamento do cemitério... Este é um processo vem de trás. É um processo que estava bloqueado atrás porque havia más relações entre um dos proprietários e o executivo da junta, concretamente, com o sr. presidente. Aliás, más relações que acabaram num processo em tribunal (cujo julgamento aconteceu no último dia 9, por causa de um acontecimento que se passou no cemitério durante o funeral de um familiar desse proprietário). O processo está bem encaminhado. Há acordo quanto à cedência do terreno. Há acordo quanto às condições em contrapartida, mas aqui a junta precisa do apoio da câmara. Estamos neste momento a negociar com a câmara. É um processo com 'pernas para andar'.

Envolve algum dinheiro?

Constantino Sampaio Correia

Construtor Civil

Executa todos os trabalhos inerentes à construção

R. dos Guiões, 489 - Madalena
4405-752 Vila Nova de Gaia
Telf/Fax. 227 132 456

Envolve, nomeadamente, a abertura de uma rua de acesso que ultrapassa as nossas possibilidades; que nos obrigaria a vender alguns espaços no cemitério, à priori, para custear a obra e só depois fazer o alargamento do cemitério. Estamos a agilizar o processo. Sabemos que a câmara também não tem dinheiro... mas também o que está em causa é a criação de infra-estruturas. Julgamos que durante este mandato, se não se

concretizar na totalidade, pode eventualmente começar a desenvolver-se no terreno.

"A elevação de Madalena a Vila não é motivo de festa"

Já renovou a página electrónica da junta. E o que vai fazer aquilo que chamou de "álbum fotográfico que é a revista Notícias da Madalena"? Vai dar continuidade?

Transformámos o 'álbum fotográfico' da Madalena num jornal informativo da freguesia. Publicámos já dois números, um em Março e outro em Julho. O título foi mantido: 'Notícias da Madalena'. Transformámos aquilo que era uma colecção de fotografias num jornal. Demos voz a todas as forças políticas da freguesia. Independentemente de, por vezes, serem pouco simpáticas para nós, mas cada um é responsável por aquilo que diz e escreve. É um jornal que procura informar, da forma mais isenta possível, a Madalena.

Durante a sua candidatura, Marco António Costa referiu que Francisco Leite era "um candidato de prestígio com obra feita". Como entende estas palavras?

São palavras simpáticas do dr. Marco António, mas com alguma verdade e alguma responsabilidade. Acho que ele se referia a dois projectos que se puseram de pé - no Atlântico da Madalena - enquanto fui presidente. O pavilhão...

Farmácia da Madalena
Propriedade e Direcção Técnica:
Dr.ª Conceição Perez Fragoso Amorim

R. Tapada da Marinha, 348
4405-791 Madalena Vila Nova Gaia
Tel.: 227 122 090 - Fax: 227 122 091

Constantino Sampaio Correia
Construtor Civil
Executa todos os trabalhos inerentes à construção

R. dos Guiões, 489 - Madalena
4405-752 Vila Nova de Gaia
Telf/Fax. 227 132 456

Atelier de Cerâmica José Fraga

Rua Trás do Maninho, 93 - 1.º Esq.
4405-794 Madalena
Telf/Fax: +351 22 711 68 73
Tlm.: +351 91 925 25 59
Email: fragajose@iol.pt

DROGARIA DA MADALENA, LDA.

FERRAGENS, ARTIGOS DE PICHELARIA, TINTAS, ARTIGOS ELÉCTRICOS, PRODUTOS QUÍMICOS, PRODUTOS DOMÉSTICOS, ETC.

R. Nossa Senhora de Fátima, 76 | Madalena | 4405-770 Vila Nova de Gaia
Telef. 227 124 260 | Fax: 227 125 801

J. Marques Pinto, Lda.

SERRALHARIA CIVIL
Fabrico e montagem de portas, janelas duplas e normais, portões, gradeamentos. Todos os trabalhos em ferro, alumínio e inox

R. Marinha, 320 Madalena 4405-761 Vila Nova de Gaia
Tlf/Fax. 227 128 602 - Tlm. 919 502 887

deu muito trabalho a concretizar e que, em abono da verdade, não teve qualquer interferência da então junta de freguesia. Não digo isto com o sentido de criticar a junta: digo porque ela não teve mesmo interferência. Até poderei dizer mais... houve uma altura em que a junta de freguesia foi um bocadinho entrave. O terreno era propriedade do Atlântico, o projecto era propriedade do Atlântico e o Atlântico da Madalena, quando tentou negociar a construção do pavilhão, negociou sempre como sendo pavilhão de sua propriedade. Houve uma fase em que a junta de freguesia foi um pouco força de bloqueio, porque não entendia a razão do pavilhão ser do Atlântico. Foi uma fase ultrapassada. Na prática, acabou por ser construído um pavilhão municipal. Obviamente, o Atlântico acautelou-se na sua utilização, fez um direito de superfície e negociou as contrapartidas, mas isto foi uma das obras que estive, desde o início, como o responsável da obra. O outro projecto foi o aproveitamento do resto do terreno do parque desportivo, onde o pavilhão está integrado. Este parque foi uma obra de consolidação. Até de consolidação do Atlântico, que consolida a forma de sobreviver, porque pode rentabilizar o espaço: o sintético. Duas obras onde estive desde o início. Duas obras que são uma mais-valia para a freguesia, e não só para o Atlântico.

Por que é que não celebrou o primeiro aniversário da elevação da freguesia a Vila da Madalena?

Estava à espera dessa pergunta... Entendemos que o tempo não está para grandes festas e que, se calhar, a elevação a Vila é, digamos, a mesma coisa que atribuir um título nobiliárquico a qualquer duque ou arquiduque que, eventualmente, numa monarquia se cria. Não estamos muito de acordo quando se diz que a elevação a Vila é o reconhecimento do desenvolvimento da freguesia. Se formos ver quais são os atributos que qualquer povoação tem de ter para a atribuição a Vila, são atributos que conferem à grande maioria das nossas populações a capacidade de ser Vila.

No seu entender é apenas um título?

Exactamente. É um título. Um título que se consegue em final de mandato, numa altura muito próxima das eleições e com uma carga eleitoral muito grande. Não entendemos muito importante esta celebração. Gostaria muito mais - e tenho feito alguma pesquisa nesse sentido - de tentar descobrir uma data em que a freguesia da Madalena tenha tido alguma referência. Alguma data histórica de referência à freguesia. Isso talvez fosse motivo de transformar essa data numa data de festa. Uma data do dia da freguesia da Madalena. Ou uma data do dia da Vila da

Madalena, se lhe quiserem chamar assim!

Contos de Natal oferecidos

A freguesia está a promover dois concursos de Natal: o dos postais e o dos contos. Destinam-se a quem?

O de postais é direccionado aos jardins-de-infância e às EB1. Depois desse concurso de postais, vamos adoptar os melhores para serem os postais de boas festas da junta de freguesia. Os contos são para o segundo e terceiro ciclo do agrupamento da Madalena.

E o resultado dos contos vai ter alguma utilização?

Sim. Os contos vão ser editados e distribuídos a todos os alunos nas escolas, por altura do Natal.

É o presente de Natal do executivo...

Exactamente. Já o ano passado distribuimos um livro a cada aluno das nossas escolas, desde o jardim-de-infância até ao nono ano. Um livro é sempre uma prenda com valor, que tem alguma substância. Neste momento, para além de divulgar o trabalho dos próprios alunos, para além de fomentar a escrita e a leitura, oferecemos um livro em que todos participaram.

Tânia Tavares

Apresentação do Núcleo da Juventude Socialista da Madalena



Decorreu no passado dia 5 de Novembro, na Secção da Vila da Madalena do Partido Socialista, a apresentação do secretariado do Núcleo da Madalena da Juventude Socialista (JS).

Esta apresentação contou com a presença de muitos militantes da Madalena, tendo a mesa sido composta pelo secretário coordenador do núcleo da JS, Sérgio Morais, pelo secretário coordenador do PS da Madalena, José Carlos Cidade, e pelo presidente da concelhia de Gaia do PS, Eduardo Vitor Rodrigues.

No uso da palavra, o secretário coordenador do núcleo da JS referiu que "a constituição deste núcleo, se verifica num momento extremamente importante para a Juventude e para o PS Gaia. Uma vez que quer a câmara municipal, assim como a Junta de Freguesia da Madalena, decorrido um ano de mandato, nada fizeram, em prol dos milhares de jovens do município de Gaia e em particular da juventude madalenense". Os jovens admitem que a excepção vai para o "Festival de Bandas de Garagem", realizado, na praia Madalena.

José Carlos Cidade mostrou-se muito feliz pela data escolhida para apresentar o núcleo. Porquê? Porque foi a "5 de Novembro de 1979 que se inaugurou a sede do PS Madalena, com a presença do nosso Camarada Mário Soares". Felicitou os novos dirigentes dos jovens socialistas madalenenses e referiu que "conta com eles para a (re)conquista da gestão da Vila da Madalena à coligação de direita PSD/PP".

Para encerrar esta cerimónia, tomou a palavra o presidente do PS Gaia. Vitor Rodrigues evidenciou o papel das juventudes partidárias, como ambientes favoráveis para potenciação de jovens interessados em ajudar a colmatar os problemas detectados no município e na vila, em particular, no que à juventude dizem respeito.

A finalizar a intervenção, referiu que "o Partido Socialista a nível concelhio além de respeitar a autonomia da estrutura da JS, conta com todos os jovens que estejam interessados em trabalhar em prol dos gaienses, rumo à vitória, nas próximas eleições Autárquicas no município e na Vila da Madalena".

"Magusto Socialista"

Realizou-se no passado sábado, dia 13 de Novembro, o "Magusto Socialista", na Secção do PS - Vila da Madalena em comemoração do dia S. Martinho.

Esta comemoração contou com a presença, entre outros, do presidente da comissão política concelhia do PS Gaia e vereador da câmara de Gaia, Eduardo Vitor Rodrigues, da vereadora socialista, Elisa Cidade e do secretário coordenador da secção da Vila da Madalena, José Carlos Cidade, além de numerosos militantes e simpatizantes socialistas.

Foi um evento muito divertido, no qual se fez um esforço por manter as tradições das gerações passadas, e transmiti-las aos mais jovens, (que eram muitos) de forma a não deixar "morrer" o património histórico colectivo.

No próximo ano há mais... castanhas e vinho...



Sarau Artístico de Solidariedade

A Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia organizou o "Sarau Artístico de Solidariedade a favor das crianças do centro de acolhimento N.º Sr.ª da Misericórdia", protagonizado pelo Grupo Coral da Justiça. O espectáculo teve lugar no passado dia 20 de Novembro, no Cine-Teatro Eduardo Brazão, em Valadares.



As receitas de bilheteira deste sarau artístico de solidariedade, gentilmente oferecido pelo coral da justiça, reverteram a favor das crianças do centro de acolhimento temporário N.º Sr.ª da Misericórdia.

O centro nasceu a 8 de Abril de 1999 e tem como finalidade acolher e encaminhar as situações de crianças em risco social, mediante decisão judicial ou das comissões de protecção de crianças e jovens. Estas crianças provêm de famílias de risco com os mais variados problemas, desde toxicod dependência, alcoolismo ao abandono.

Tem uma lotação máxima de 15 crianças até aos 6 anos de idade que podem permanecer na instituição, dependendo da gravidade dos casos, por um período até seis meses ou superior, havendo mesmo casos em que ficam por mais do que um ano.

Esta valência possui três técnicos: a directora técnica, que congrega também a função de assistente social, uma educadora de infância e uma psicóloga. Muitas destas crianças têm sérios problemas de saúde, cuja medicação é bastante cara.

Apesar da ajuda da Segurança Social, através de uma comparticipação mensal, por força do Acordo Atípico em vigor, e do município de Vila Nova de Gaia, que cedeu o edifício em regime de contrato de comodato e que assume os custos com a energia eléctrica, água e gás, a Misericórdia de Gaia tem um custo mensal de 615 euros mensais. Actualmente, os 15 lugares no centro de acolhimento encontram-se totalmente ocupados.

Suecos ajudam misericórdia

A Misericórdia de Gaia recebeu, na última segunda feira, diverso material hospitalar, ajudas técnicas e de lazer para os seus lares sociais, oferecidos pela Fundação AGAPE.

O material chegou num camião TIR ao Lar José Tavares Bastos, que se situa na Madalena. No momento, estiveram presentes o Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia e o representante da Fundação AGAPE em Portugal, José Augusto, uma velha glória do Benfica.

Estes equipamentos vão constituir uma importante ajuda para a misericórdia, pois vão substituir os que se encontram com alguma degradação nas unidades de exploração da Misericórdia de Gaia, das quais se destacam os lares sociais e o departamento da intervenção



comunitária.

A oferta irá dotar o acolhimento dos utentes da Misericórdia de Gaia de mais qualidade e conforto. Os lares sociais e o lar residencial da Misericórdia de Gaia são uma referência no acolhimento dos seniores gaienses, sendo, por isso, bastante procurados.

O departamento de intervenção comunitária desenvolve actividades centradas na família/comunidade e a área de intervenção abrange as 24 freguesias do município.

A Fundação AGAPE tem sede na Suécia e apoia muitas instituições e associações espalhadas por vários pontos do mundo. A Fundação é dirigida pelo português Carlos Quaresma, que coordena todo o processo de logística.



siga-nos
 NOTÍCIAS DE GAIA
 jornal

APOIE A IMPRENSA REGIONAL

t. 223 700 574 / 6 | f. 223 700 576

noticiasdegaia@net.novis.pt

ficha técnica

Nº de Registo: I.C.S. 111060

sede, redacção,
administração

av. república, 1711 s/l esq. tras.

4430-206 vn gaia

noticiasdegaia@net.novis.pt

noticiasdegaia.wordpress.com

tels.: 223 700 574/6 | fax: 223 700 576

tiragem média: 5000 exemplares

nota: os conteúdos dos artigos de opinião são responsabilidade de quem os assina

entidade proprietária e editor: **pressing - empresa jornalística comunicação e imagem, unipessoal lda.**

pressing@net.novis.pt

departamento comercial: **Lídia Oliveira**

fotocomposição: **pressing**

director: **Paulo Jorge Sousa**

paulojosousa@net.novis.pt

directores honorários: **Fernando Sousa e Prof. Artur Villares**

chefe redacção: **Tânia Tavares CP 4278**

taniatavares@net.novis.pt

redacção: **Jorge Freitas (CE 202); Luís Morais**

Ferreira (CP 7349); Olga Pinto **colaboradores:** Ademar Costa; Carlos Filipe Rodrigues (CR 362); Cláudia Oliveira; Cristina Silva; Danyel Guerra (CP 803); Elisete Marques; Ermelinda Mendes; Humberto Pinho da Silva; Isabel Andrade Monteiro; Jorge Amaral; José Barreto; José Duarte Amaral; Leonardo Júnior; Lúcia Pereira (CP 6958); Manuel Carvalho; Manuel Barbedo; Maria Graça Almeida; Mário Frota; Marta Pereira; Miguel Ângelo Luis; Nilce Costa; Nuno Filipe; Paulo Tavares; Raul Martins; Vasco Silva Paulo.



Crónica do tempo que passa

* Júlio Martins

Luta encapotada

O "Zé pagóde" não precisa de ser cientista ou economista especializado, basta-lhe um curso secundário de contabilidade para entender que esta história dos "défices" não é mais nem menos do que "uma luta encapotada entre os governos e a alta finança", isto de 1974 para cá. Até essa altura quem pagava a favas era o regime ditatorial.

E quando ouvíamos os comunistas, nos primeiros anos da actual democracia, a "descarregar" as culpas na ditadura salazarista de forma odiosa a chocante, esquecendo o descalabro económico da I República, recordamos uma afirmação de quem de direito que o modelo que funciona nas finanças, ainda hoje, é o que foi instituído por Salazar.

Evidentemente que as crises económicas, aqui ou na China, são sempre resultantes de uma outra luta, também ela encapotada, entre as duas forças em evidência: Capital e Trabalho.

E por mais voltas que lhe queiram dar não saímos disto: cada um puxa a "brasa para a sua sardinha" e quanto à unidade de valores culturais, patronais e respeito mútuo, temos conversado.

O empregador procura, habilidosamente, a forma de pagar o menos possível e o trabalhador a tentar defender-se com as armas de que dispõe, muitas das vezes altamente prejudiciais à economia global.

Com o objectivo de contribuir para um melhor conhecimento dos textos constitucionais, no que respeita ao associativismo, a Confederação Portuguesa das Colectividades de Cultura, Recreio e Desporto realizou em Alcântara uma exposição Nacional do Centenário da República, tendo os oradores abordado o direito à liberdade de pensamento, o direito de expressão, o da liberdade de reunião e o da liberdade de associação. Qual a situação destes direitos hoje e que perspectivas para o futuro? Questões levantadas por palestrantes de nomeada nacional, casos concretos de Guilherme da Fonseca (Juiz Jubilado do Tribunal Constitucional e do Supremo Tribunal de Justiça), Augusto Flor (Antropólogo/Investigador; Pedro Ventura (Arqueólogo/Historiador e Presidente Científico das Comemorações Associativas); e Sérgio Pratas (Jurista/Doutorando em Políticas Públicas e Membro do Conselho Nacional da Confederação) - entre outros.

Sem dúvida alguma que na vertente sócio - cultural ainda temos muito que fazer à escala nacional e nessa altura deixaremos o epíteto do "povo mais atrasado da Europa".

Vigília no Seminário e Rancho na Quinta de Medeiros

Vigília Missionária na Capela do Seminário da Boa Nova em Valadares, depois de pré ensaios com leituras, narrações, cânticos, acompanhados a três violas, ali se reuniram os Grupos Missionários de Gupilhares, Madalena, Valadares e Vilar do Paraíso, onde deram testemunho para o 84º Dia Mundial das Missões e Outubro Missionário. Recomendado pelo Papa Bento XVI e pelo Bispo da Diocese do Porto.

Também o Rancho Folclórico de Valadares comemorou o seu 20º Aniversário, 1900/2010. Esta coincidência culminou com uma desfolhada na tradicional Quinta de Medeiros, que como em anos anteriores, este majestoso lugar foi franqueado pelo seu rendeiro. A desfolhada alegrou os participantes com cantares, beijinhos e abraços, na presença do milho rei. Foram servidas castanhas, bebidas e caldo verde. O rancho com vestes, danças e cantares, demonstraram aos presentes as vivências de tempos vividos pelos antepassados.

Manuel Carvalho

noticiasdegaia@net.novis.pt



monólogos municipais

Barack sem Michelle... NÃO!!!

Esta semana foi muito empolgante! Tivemos orçamento. Tivemos crise. Tivemos FMI. Ou a potencial presença dos srs. do FMI! E Sócrates e Cavaco!!!

Bom, até aqui tudo básico e normal! Mas depois... chegou o sr. dólares!!!! O éxtase foi à red line!!! O sr. Obama chegou. O sr. Obama chegou acompanhado de muito protocolo...

Mas, o sr. Barack chegou sem a sua Michelle! E isso não é justo!

De que vale ver desfilar um dos homens mais importantes do mundo... se desfila sem a primeira-dama!

De que valeu então esta visita? Só a Merkel a desfilar... estilo frio e cinzento germânico! Nem vale a pena procurar as revistas cor-de-rosa... de certo, a impressão ser a cores ou a preto e branco... seria a mesma coisa!!!

Nem a inveja teve direito a ficar na frente das tv's... para quê??? O sorriso branco da senhora Obama não podia ser flashado enquanto devorava um pastelinho de Belém...

Não é justo! Nós que até nos esmeramos para receber o 'tio Sam'. Alargámos o cinto, coisa rara por estes lados. E a tia? Fez-nos uma desfeita!!! Andámos a limpar a casa a correr. Contratámos empresas para encobrir o pessimismo... para receber Barack Obama!!!!???

Nem a Madame Carla Bruni desfilou as suas plásticas! Nem as sobrinhas do monsieur Sarkozy!!! Nada! Nada! Nada!!!

Será que posso retirar-me dos euritos que 'doei' para a 'despedida de solteiros' que decorreu na minha capital?

A tal cimeira que fechou fronteiras a alguns! Fechou algumas fronteiras... com medo de atentados!!! Mas será que não estudaram a lição??? O meu país é o tal dos 'heróis valentes e imortais'.... Alguém se atreveria a atentar contra algo ou alguém????

A tal cimeira em que os homens - os nossos - estendiam a mão para cumprimentar os convidados, ansiosos para estender a outra a pedir... uma esmola para contrariar a crise em que estamos instalados!

A tal cimeira que levou o nome de Portugal bem longe, mas que para nós não trouxe nada.... Bom, trouxe mais uns milhões que temos de desembolsar... mais uma vez sem sabermos a nossa opinião... Ainda se fosse para ver os modelitos da Michelle...

Bento XVI teve, tem e terá sempre uma 'pedrinha no seu sapato': João Paulo II. Depois de um grande mito, o sucessor tem grandes problemas em assumir-se! Para além de não ter a empatia natural de Karol Wojtyła tinha...

Mas, paulatinamente, o líder religioso tem ganho a confiança do seu rebanho. Cada missa, cada vigília, cada visita internacional vai incrementando um laço maior entre a classe religiosa.

Pessoalmente, sempre admirei João Paulo II. Sem explicação, confesso! Já por Bento XVI... a coisa não funciona da mesma forma.

Mas... é verdade, há um mas... o Papa deu um grande passo para a aproximação dos 'religiosos, mas pouco'... Bento XVI mostrou uma abertura clara à utilização do preservativo no combate à Sida.

Grande atitude... Grande passo para combater um flagelo... mais um parceiro para evitar o alastramento de uma doença que mata milhares de pessoas...

As minhas expectativas em relação ao 'mandato' papal eram nulas... mas, com esta atitude, vou passar a olhar para este líder religioso de outra forma!!!

Tânia Tavares



Como se muda o pensamento

O grande cineasta português António Lopes Ribeiro ao pronunciar, anos atrás, conferência na "Associação de Jornalistas e Homens de Letras do Porto", a que tive a felicidade de assistir, afirmou: o cinema não é bom nem mau (no aspecto moral,) porque é o espelho da sociedade.

Não seria melhor asseverar que a sociedade pode ser o espelho: do cinema, da literatura e da mass-media?; não é assim que nos ensina o velho anexam: "Água mole em pedra dura, tanto dá até que fura".

O vulgo não pensa, embora pense o contrário; limita-se a repetir o que a minoria diz. Se a elite, pelos meios de comunicação, afirma que é bom, o povo repete que é ótimo, e não é fácil convencê-lo que pode ser vítima de máquina bem montada pela minoria pensante.

Sem a minoria as "massas" seriam acéfalas. É a elite, a que tem o poder, que lança a ideia.

São "emissores" que transmitem ondas invisíveis, que o publico, leitor e ouvinte, capta como bom "receptor", mesmo sem o desejo.

É costume dizer-se: "Anda qualquer coisa no ar". Não se sabe o que é, mas presente-se a força do pensamento, que vagueia como vento, que vai e vem e não se sabe onde está. Paulatinamente infiltra-se na mente, anestesia, ao ponto de esta tolerar e aceitar, como natural, o que rejeitava.

A minoria conhece essa "força" esse "poder" incontestável, e usa-a para plasmar o povo, consoante interesses e desejos de ocasião.

Se o cristianismo perde influência é porque desapareceram, ou poucos são, os postos "emissores".

O vulgo não consegue "sintonizar" a Palavra, porque não há quem escreva, quem pregue, quem ensine e difunda a Mensagem; infelizmente, para os crentes, forças modernistas, pais da Nova Moral, assentaram baterias, que ribombam na TV, rádio e imprensa, e ecoam nas mentes indefesas.

Bom é recordar aqui Gabriel Marcel: " Não se pode negar a possibilidade de manipular a opinião pública. Pelo contrário, sabemos que é a coisa mais maleável do mundo".

Como se disse, o povo não pensa, e como os intelectuais cristãos receiam - nem todos, - mostrar-se ao mundo como tal, porque temem serem apelidados de retrógrados e perderem privilégios, preferem serem duplos: cristãos no templo e agnósticos, na escola, na imprensa e na política.

Vemos então cristãos escreverem livros obscenos; políticos aprovando leis que bradam aos Céus e à natureza; e cançonetistas que interpretam letras brejeiras, porque esquecem que não se pode servir dois senhores: a Deus e ao dinheiro

Humberto Pinho da Silva
humbertopinhosilva@sapo.pt

A má vontade contra os ciganos

Parece estar na moda. Talvez não seja só esse o problema. Pode ser só o aproveitamento do momento. Também algumas vozes portuguesas estão a levantar-se contra etnia cigana. Nomeadamente contra aqueles que vivem dependentes da Segurança Social. Defendem a integração plena dos ciganos que o mesmo será dizer obrigá-los a pagar impostos. Insurgem-se contra aqueles que, aparentemente, nada mais fazem do que esperar pela pensão mensal estatal. Vêem muito do seu dinheiro a ser gasto sem necessidade. E há muita gente a concordar com esta posição. Revoltam-se contra os benefícios que, ao que parece, lhes dão direito até a casa. Vão mesmo mais longe, ao ponto de até apoiarem a decisão do presidente francês, Nicholas Sarkozy (este, antes de os expulsar, não deveria ter realizado um esforço, a nível nacional, para os integrar?). Vamos analisar a questão. Para começar, esta não pode ser pensada de forma localizada. Tem de ser apreciada no conjunto da sociedade na qual, integrados ou não, os ciganos vivem. E é aí que começa o erro de quem está a reflectir sobre o assunto (pelo menos dos que ouvi até agora). Há ciganos pobres assim como há ciganos ricos. Os pobres, tal como outros quaisquer pobres, têm de ser ajudados. Prefiro contribuir, com os meus impostos, para quem tem pouco ou nada do que para aqueles que têm muito e não querem abdicar do pouco que extraem do seu principesco salário em favor dos que não podem contribuir com tanto ou mesmo nada (refiro-me, por exemplo, aos gestores das empresas públicas e à posição de alguns neste momento de crise que atravessamos). Depois, para se pagar impostos, tem de se ter rendimentos e quem não os tem não pode inventá-los. Tem de se ter emprego para ter rendimentos ou trabalhar por conta própria. Ora, numa sociedade onde prolifera o desemprego, todos sabemos que se torna mais difícil arranjar-los para os ciganos que, ainda por cima, não estão, muito deles, bem vistos. E por uns pagam os outros. Mas isto não é regra, pois todos conhecemos pessoas que são mais "ciganos" que os próprios. Depois, parte-se do princípio que, quem tem tais benefícios, precisa mesmo. Acho que, ao pensarmos, de forma global, na erradicação total da pobreza, estaremos a contribuir para a verdadeira solução dos ciganos. Se eles pagam impostos ou não? Bem, vamos dar uma olhadela pela situação geral do país. Todos sabemos que em matéria fiscal há muita injustiça. Muitos daqueles que poderiam (e deveriam) contribuir para o bem-estar geral do país, limitam-se a declarar números equivalentes ao rendimento mínimo nacional, mais ou menos, pelo que não pagam impostos e recebem ainda o dinheiro do reembolso. Ora, assim sendo, e partindo do princípio que também há ciganos que fazem o mesmo, não podemos focalizar a nossa atenção neles, só por serem ciganos, temos de pensar esta questão, a nível do país, e resolvê-la deste modo. Toda e qualquer acção que não seja assim realizada, deixa muito a desejar e está longe de satisfazer as reais necessidades do país. São estas injustiças que criam a má vontade contra quem não tem culpa limitando-se a seguir a prática de outros.

Fátima Nascimento

Nova Onda

Áurea versus musicalidade multifacetada no panorama da música em Portugal



Foi lançado recentemente pela Sony-Bmg um trabalho discográfico da intérprete citada.

O contexto do trabalho discográfico é definido numa qualidade extremamente apreciável para apreciadores de música anglo-saxónica, os temas bem elaborados com um gosto apreciável da Soul Music tem uma influência dentro dos Soul Singers Americanos na vertente feminina.

Muito precoce para a idade o trabalho de Áurea tem esse contexto com qualidade acompanhada de excelentes músicos, os temas atingem uma fasquia elevada para a produção nacional.

Recentemente o cd do espectáculo de Las Vegas Viva Elvis inseriu na edição nacional o tema "Love me Tender" em que a interprete canta junto com Elvis recorrendo às novas tecnologias de remasterização, na qual sobressai a sua qualidade de interprete.

Sendo o mercado nacional muito heterogéneo de gostos com bastante iliteracia musical latente o gosto é predominantemente indefinido. No entanto a critica especializada tem dado ênfase e notoriedade ao CD da cantora, em apreciação os temas que compõe o álbum são de apreciável qualidade.

Uma boa oferta em surpresa de Natal para apreciadores de boa musica e interpretes no contexto nacional.

Jorge Amaral

DIREITO DE RESPOSTA

EXMO. SENHOR DIRECTOR:

MADALENA... CIDADE OU VILA - EISA QUESTÃO!...

Ainda sobre a questão da passagem de cidade a "vila" da simpática freguesia da Madalena e, implicitamente, sobre o "direito de resposta", assinado pelo ilustre colunista do nosso prestigiado jornal "Notícias de Gaia", Exmo. Senhor José Carlos Cidade, cumpre-me, apenas, pedir-lhe que responda às perguntas, abaixo transcritas e que foram inseridas no meu escrito, o qual deu origem ao citado direito de resposta (direito que lhe assiste, obviamente), mas que às quais o meu ilustre concidadão não fez referência, preferindo incluir as simpáticas freguesias de Gulpilhares e de Valadares, as quais não estão referenciadas no meu escrito, pura e simplesmente porque, de facto, estas, não fazem parte integrante da Cidade de Gaia e, por isso, Valadares (por exemplo) foi, merecidamente e em tempo oportuno, elevada à categoria administrativa de "Vila".

As perguntas, acima citadas são as seguintes:

"(...) porque é que a freguesia de Avintes passou a Vila e, não, a vizinha freguesia de Oliveira do Douro?... Então, esta, não merecia mais que aquela?... Que me desculpem os avintenses e a sua vila, que bem a merecem!... Mas... e os oliveirenses e a sua freguesia?... Não mereceriam ter passado à categoria administrativa de vila?... Não e explico porquê: o principal motivo, foi o de que Oliveira do Douro - tal como a Madalena e todas as freguesias da periferia do centro da cidade de Vila Nova de Gaia (Afurada, Canidelo, Vilar do Paraíso e Vilar de Andorinho) - têm a categoria administrativa de Cidade... (...)"

José Duarte Amaral
latino_na_frente@tvitel.pt

Notícias de Gaia, n.º 488 de 25 de Novembro de 2010



Gaveto da Rua Ernesto Gonçalves
com a Rua da Igreja, número 1133
SEIXEZELO - VILA NOVA DE GAIA

A CARGO DA NOTÁRIA
Márcia Almeida Rola

JUSTIFICAÇÃO

Certifico narrativamente, para efeitos de publicação, que, neste Cartório e no livro de notas para escrituras diversas, número Trinta-A de folhas trinta e três a folhas trinta e seis, se encontra exarada uma escritura de justificação notarial, outorgada em dezoito de Novembro do ano em curso, na qual,

A) **JOAQUIM FERNANDES DE SOUSA LOPES**, viúvo, natural da freguesia de Sandim, deste concelho, onde reside na Rua da Costa, número 118, contribuinte fiscal número 101545932;

B) **MANUEL AFONSO DUARTE LOPES**, divorciado, natural da freguesia de Canedo, concelho de Santa Maria da Feira, residente na Rua António Rodrigues da Rocha, número 279, quarto direito, freguesia de Mafamude, deste concelho, contribuinte fiscal número 145404722;

C) **MARIA DE FÁTIMA DUARTE LOPES**, divorciada, natural da referida freguesia de Canedo, residente na mencionada Rua da Costa, número 118, contribuinte fiscal número 144936283;

D) **JOSÉ ARMINDO DUARTE DE SOUSA LOPES** e mulher **MARIA ARLETE MARIANO REBELO DE SOUSA LOPES**, casados no regime da comunhão de adquirido, natural, da referida freguesia de Sandim, residente na Rua do Rosário, número 297, dita freguesia de Mafamude, contribuinte fiscal número 161973574;

E) **JOAQUIM DUARTE DE SOUSA LOPES**, divorciado, natural da aludida freguesia de Sandim, onde reside na dita Rua da Costa, número 118, contribuinte fiscal número 161715974;

F) **RUI MANUEL DUARTE DE SOUSA LOPES**, casado com **Maria de Fátima Martins da Silva Tavares**, no regime da comunhão de adquiridos, natural da mencionada freguesia de Sandim, onde reside na Rua da Costa, número 148, contribuinte fiscal número 147879310.

Declararam que são donos e legítimos possuidores, em comum e sem determinação de parte ou direito, com exclusão de outrém, dos seguintes prédios:

UM - **RÚSTICO**, denominado "Leira Quadrada das Fontes", composto por terra a mato e pinheiros, sito no Lugar de Gende, freguesia de Sandim, concelho de Vila Nova de Gaia, com a área de mil duzentos e oitenta metros quadrados, a confrontar do norte com Alexandre Nunes da Mota, do sul com os outorgantes, do nascente e poente com António Pinto Tavares, inscrito na respectiva matriz sob o **artigo 3995 (parte)**, com o valor patrimonial e atribuído de onze euros e setenta e sete centimos, descrito na Segunda Conservatória do Registo Predial de Vila Nova de Gaia sob o número **dois mil setecentos e cinquenta e quatro**, aí registado a favor de Alexandre Fernandes da Mota, casado, pela inscrição apresentação quatro, de onze de Agosto de mil oitocentos e noventa e oito;

DOIS - **RÚSTICO**, denominado "Leira das Fontes de Cima", composto por terra a mato e pinheiros, sito no Lugar de Gende, freguesia de Sandim, concelho de Vila

Nova de Gaia, com a área de mil duzentos e oitenta e cinco metros quadrados, a confrontar do norte e sul com os outorgantes, do nascente e poente com António Pinto Tavares, inscrito na respectiva matriz sob o **artigo 3995 (parte)**, com o valor patrimonial e atribuído de onze euros e setenta e sete centimos, descrito na Segunda Conservatória do Registo Predial de Vila Nova de Gaia sob o número **dois mil setecentos e cinquenta e cinco**, aí registado a favor de Alexandre Fernandes da Mota, casado, pela inscrição apresentação quatro, de onze de Agosto de mil oitocentos e noventa e oito;

TRÊS - **RÚSTICO**, denominado "Lameiros e Monte da Fonte Velha", composto por terreno lavradio e monte, sito no Lugar de Gende, freguesia de Sandim, concelho de Vila Nova de Gaia, com a área de mil duzentos e oitenta e cinco metros quadrados, a confrontar do norte com os outorgantes, do sul com herdeiros de Roque Alves Santos, do nascente e poente com António Pinto Tavares, inscrito na respectiva matriz sob o **artigo 3995 (parte)**, com o valor patrimonial e atribuído de onze euros e setenta e oito centimos, descrito na Segunda Conservatória do Registo Predial de Vila Nova de Gaia sob o número **dois mil setecentos e cinquenta e seis**, aí registado a favor de Alexandre Fernandes da Mota, casado com Joaquina Guedes Vieira da Silva, pela inscrição apresentação quatro, de vinte e três de Dezembro de mil oitocentos e noventa e três;

Que, por escritura de doação, outorgada no dia cinco de Janeiro de mil novecentos e cinquenta e sete, na Secretaria Notarial de Vila Nova de Gaia, exarada a folhas quarenta e duas, do livro Cinco - C, António de Sousa Lopes e mulher Maria Fernandes Guedes, já falecidos, doaram a seu filho Joaquim Fernandes de Sousa Lopes e mulher, a raiz dos ditos prédios.

Que, por sua vez, Maria Fernandes Guedes e marido António de Sousa Lopes, adquiriram estes prédios, por escritura de sucessão e partilha, outorgada no dia quinze de Maio de mil novecentos e cinquenta e um, na Secretaria Notarial de Vila Nova de Gaia, exarada a folhas trinta e cinco, do livro Quinhentos e vinte e sete - B, aberta por morte de, respectivamente, seu pai e sogro, Alexandre Fernandes da Mota, que faleceu no estado de viúvo de Joaquina Vieira Guedes da Silva.

Que, o referido Alexandre Fernandes da Mota, adquiriu, no estado de viúvo, os mencionados prédios, por escritura de divisão e partilha, por óbito de sua falecida mulher, Joaquina Guedes Vieira da Silva, por volta do ano de mil novecentos e vinte e dois, que não conseguem localizar, apesar das buscas efectuadas nos cartórios da região.

Que, em consequência das referidas escrituras de habilitação de herdeiros, doação, sucessão e partilha e ainda divisão e partilha, por si e sucedendo na posição dos seus antecessores, estão na posse e fruição dos identificados prédios, há mais de vinte anos, limpando-os, lavrando-os, colhendo as culturas e pagando os respectivos impostos, com ânimo de quem exerce direito próprio, fazendo-o de boa fé por ignorarem lesar direito alheio, tudo isto ininterruptamente, sem violência ou oposição de quem quer que seja e à vista de toda a gente, como seus exclusivos proprietários.

Que, esta posse titulada, de boa fé, contínua, pacífica e pública, conduziu à aquisição do direito de propriedade dos mencionados prédios por usucapião.

ESTÁ CONFORME AO ORIGINAL.

Cartório Notarial de Seixezelo - Vila Nova de Gaia, dezoito de Novembro de dois mil e dez.

A Notária,
(Lic. Márcia Almeida Rola)

Notícias de Gaia, n.º 488 de 25 de Novembro de 2010



EXTRACTO DE JUSTIFICAÇÃO NOTARIAL

Laurinda Maria Teixeira Gomes, Notária do Cartório Notarial de Laurinda Gomes, sito na Rua das Carmelitas, n.ºs 26, 2º andar, no Porto:

Certifica narrativamente, para efeitos de publicação, que, por escritura de onze de Novembro de dois mil e dez, exarada a folhas onze e seguintes do livro cento e cinquenta, deste Cartório, foi lavrada uma escritura de Justificação Notarial, na qual foi justificante:

Margarida Manuela Barbosa Alves Moreira e Silva casada sob o regime da comunhão de adquiridos com **Manuel Joaquim Sousa Da Silva**, natural da freguesia de Gulpilhares, concelho de Vila Nova de Gaia, residente na Rua de Casais, n.º 164, Gulpilhares, Vila Nova de Gaia

Mais certifica que, nessa escritura, foi pela justificante declarado o seguinte:

Que é dona e legítima possuidora, com exclusão de outrem, do seguinte:

Prédio urbano, com dependência e pátio, sito na Rua do Paniceiro n.º 354 freguesia do Canidelo, concelho de **Vila Nova de Gaia**, inscrito na respectiva matriz em seu nome sob o artigo 103, e encontra-se descrito na **Primeira Conservatória do Registo Predial de Vila Nova de Gaia como parte da descrição número quatro mil setecentos e trinta e dois**;

Que o referido prédio veio à sua posse por adjudicação em inventário por óbito de seus pais, **Manuel Alves Moreira** e mulher, **Margarida Celeste da Silva Barbosa Morgado**, que correu os seus termos no Tribunal Judicial de Vila Nova de Gaia sob o n.º 1.857, com transito em julgado em 19 de Fevereiro de 1995;

Que o identificado prédio se encontra registado em comum a favor de Manuel Alves Moreira, e Joaquim Alves Moreira pela apresentação cinco de vinte e cinco de Março de mil novecentos e quarenta e dois, tendo este Joaquim Alves Moreira transmitido o seu direito no dito prédio não se sabe a que título, e em data que não se sabe precisar ao seu irmão Manuel Alves Moreira, passando o mesmo a possuí-lo na sua totalidade, não tendo, apesar de buscas várias maneira de obter qualquer título para fins de registo predial;

Que assim, justifica por este meio o seu direito de propriedade sobre o citado imóvel;

Está conforme.

PORTO e referido Cartório, aos 11 de Novembro de dois mil e dez.

A Notária,
a) **Laurinda Gomes**

av. república, 1711 s/l esq. tras.
4430-206 vn gaia
tels.: 223 700 574/6
fax: 223 700 576
pressing@net.novis.pt



empresa jornalística
comunicação e
imagem, unipessoal
lda.

António Oliveira apresenta *Pedra d'Água*

António Oliveira, escritor e professor, apresentou no passado dia 18 de Novembro o seu mais recente romance "Pedra d'Água".. A cerimónia de apresentação decorreu no ISLA Gaia e contou com a presença de cerca de 70 pessoas, desde o editor da obra, Jorge Castelo Branco, amigos do autor, colegas de trabalho e alunos. Artur Villares, que ficou incumbido da apresentação do livro, define-o como uma obra com "muita criatividade", onde "as personagens ganham vida própria".

O livro mistura ficção com realidade e a lenda com o presente e conta a história de uma sereia encontrada numa praia algures entre a Ericeira e a Serra da Lua. De acordo com o autor este livro é composto por "histórias que levaram muito tempo a investigar e muito prazer a escrever".

Perguntado sobre o porquê de ter continuado a escrever, António Oliveira afirma ser um escape: "a escrita permite-me sair desta realidade e criar outros mundos paralelos onde me entretenho, onde vou vivendo outras vidas (...) esta rotina a certa altura cansa." O autor, que afirmou "escrever sempre para a gaveta", já tem publicados mais dois livros: "O que resta de Deus", de 2008, e "Nove Contos Menos Mais Um", de 2009.

Cláudia Lopes e Ana Oliveira



Campanha de recolha de brinquedos e alimentos

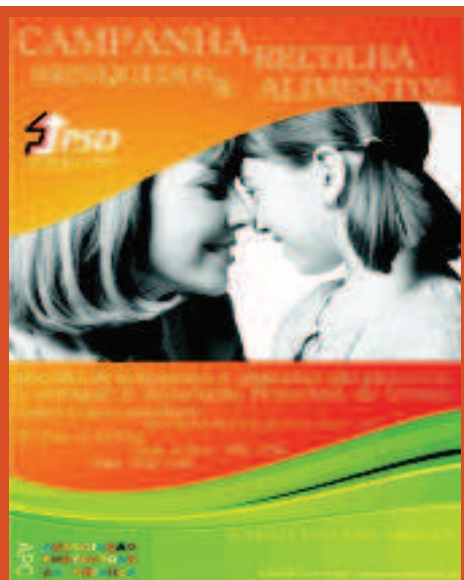
A Comissão Política Núcleo PSD Valadares está a preparar uma campanha de recolha de brinquedos e alimentos não perecíveis que vai reverter a favor da Associação Protectora da Criança.

A acção desenrola-se entre os dias 27 de Novembro a 18 de Dezembro, de segunda a sexta, das 16 às 19 horas, e aos sábados das 10 às 13 horas. Os interessados devem dirigir-se à sede do núcleo, na rua Manuel Moreira da Costa Júnior, número 549.

A Associação Protectora da Criança nasceu há 55 anos, fruto do interesse do Dr. Leonardo Coimbra pela causa das crianças abandonadas, órfãs e com grandes dificuldades.

O objectivo da instituição é facultar todos os instrumentos necessários às crianças, ao nível da educação (quer escolar quer social), regras base em sociedade, para que no futuro possam ingressar nas famílias ou directamente na vida adulta com todos os factores de que foram privados durante a infância e juventude: carinho, atenção e educação.

A associação está sedeadada na freguesia de Valadares. Contactos: Rua Professor Amadeu Santos, 472; telefone 227 110 983; email: geral@apcrianca.pt
ALIMENTE ESTA IDEIA. OBRIGADO!



RESTAURANTE



LA DOLCE ITALIA,
situado em Vila Nova de Gaia, é uma pizzaria e restaurante com
AMBIENTE FAMILIAR E ACOLHEDOR
onde poderá saborear as melhores especialidades Italianas:
confeccionadas no **FORNO RÚSTICO**
TRADIÇÃO, QUALIDADE E REQUINTE no paladar.
e o que lhe oferecemos com os nossos deliciosos pratos.

Prove também as nossas **FRANCISINAS E GRELHADOS MISTOS.**
Escola à terça-feira.

La Dolce Italia
Rua de Aquilino Ribeiro, 94 | Alto do Freixo | Oliveira do Douro | 4430-310 Vila Nova de Gaia
Tel. 227 828 211 | Email: geral@ladolceitalia.eu | www.ladolceitalia.eu

Natal

NATAL - Campanha de Reutilização e Solidariedade no Natal

Reutilização de Brinquedos

1.000	1.000
2.000	2.000
3.000	3.000
4.000	4.000
5.000	5.000
6.000	6.000
7.000	7.000
8.000	8.000
9.000	9.000
10.000	10.000

OBJECTOS QUE PODE ENCONTRAR NA REUTILÂNDIA:

- Brinquedos de Plástico
- Brinquedos de Madeira
- Brinquedos de Metal
- Brinquedos de Têxtil
- Brinquedos de Papel
- Brinquedos de Outros Materiais

VILA NOVA

REUTILÂNDIA

a recolha e reutilização de jogos infantis

av. república, 1711 s/l esq. tras.
4430-206 vn gaia
tels.: 223 700 574/6
fax: 223 700 576
pressing@net.novis.pt



INFORMAÇÕES

A informação necessária para ter acesso e participar neste programa psicoeducativo será disponibilizada pelo enfermeiro responsável pelo projecto ou pelo enfermeiro de família que presta cuidados domiciliários ao seu familiar

Enfermeiro responsável
pelo projecto :

Graça Barbedo

Enfermeiro de família : _____

Local:

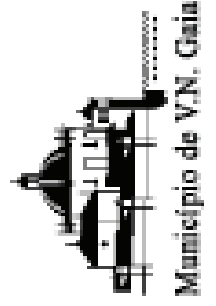
Unidade de Saúde familiar Camélias

Rua João de Deus 106

Telef: 223774390

Fax: 2237774392

Endereço electrónico: enfuscamelias@cssoaresreis.min-



CUIDAR DE QUEM CUIDA



CUIDAR DE QUEM CUIDA

A família tem sido considerada como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência.

Os cuidadores familiares prestam cuidados a membros da família que estão incapazes de cuidar de si próprios.

O cuidar de pessoas nas suas residências implica procedimentos complexos e específicos. Para isso é necessário que todos os cuidadores tenham treino voltado para a realidade de cada caso, ou que pelo menos recebam orientação mais específica fornecida pela equipe.

O desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que possam facilitar a sua tarefa e promover um cuidado mais livre de desgaste, é a aposta que tem de ser ganha, uma vez que, dominando as acções necessárias na promoção do cuidado, o cuidador terá mais facilidade no planeamento do seu quotidiano, tendo mais tempo para dedicar ao seu auto cuidado.

O projecto “CUIDAR DE QUEM CUIDA” pretende ser um serviço comunitário de

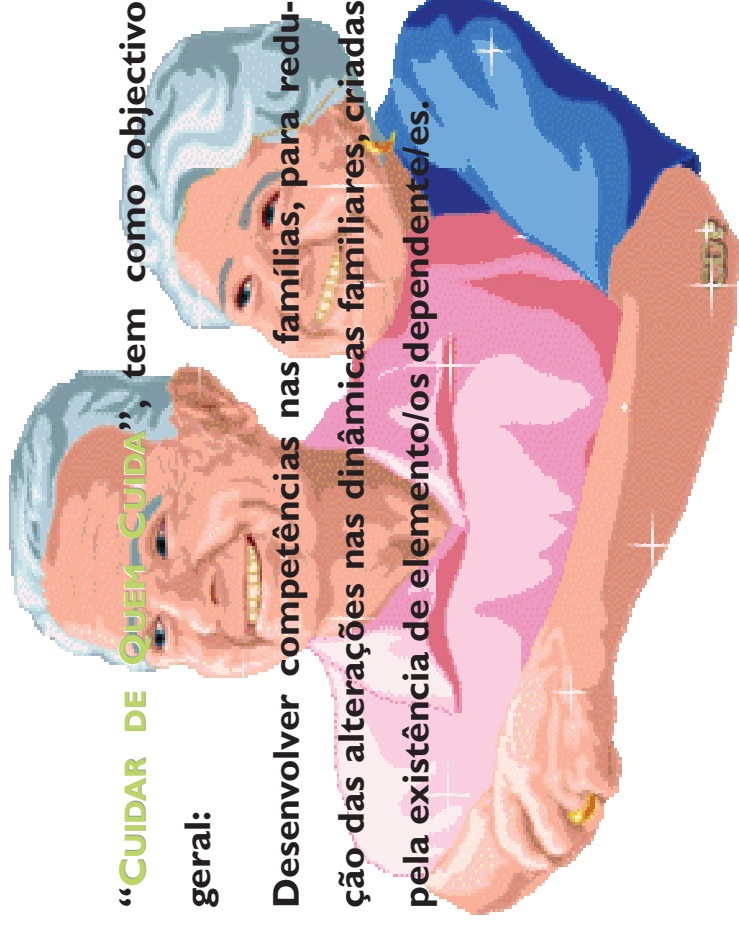
alívio para o cuidador, onde este terá acesso a formação e informação, com envolvimento dos profissionais de

enfermagem que prestam cuidados no domicílio a seus familiares dependentes, contribuindo para o seu bem estar biopsicossocial



“CUIDAR DE QUEM CUIDA”, tem como objectivo geral:

Desenvolver competências nas famílias, para redução das alterações nas dinâmicas familiares, criadas pela existência de elemento/os dependente/es.



Projecto de Implementação da componente operativa do MDAIF no SAPE ao nível dos CSP

Enf. António Dias

Enf. Graça Barbedo

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Decorrente do Mestrado de Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, os enfermeiros António Dias e Graça Barbedo, encontram-se presentemente a desenvolver projectos de intervenção comunitária e familiar no âmbito da unidade curricular Estágio, do referido Mestrado, nas Unidades de Saúde Familiar Saúde no Futuro e Camélias do Centro de Saúde de Soares dos Reis, pertencente ao ACES Grande Porto VIII\Gaia.

Nesse âmbito, pretendemos implementar a componente operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), da Professora Doutora Henriqueta Figueiredo, no SAPE das USF a que pertencemos (USF Camélias e USF Saúde no Futuro). Para isso solicitamos já autorização à Professora Henriqueta que gentilmente autorizou, tendo sido já possível levar a cabo uma reunião preparatória no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta, para observar *in loco* a utilização da componente operativa do MDAIF.

Esta solicitação tem como objectivo a implementação dos conhecimentos e competências adquiridas com as aulas do Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, em particular as competências em Enfermagem de Família e sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Mais gostaríamos que esses conhecimentos e competências fossem alargados aos restantes colegas para que dele possam retirar as mais-valias inerentes à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, ao desenvolvimento da autonomia profissional e da própria profissão e, à maior satisfação dos utentes e famílias, por intermédio de formação interna que fomente a Enfermagem de Família, enquanto tal e o MDAIF como suporte á actuação do Enfermeiro de Família.

2. JUSTIFICACÃO:

Na nossa prática profissional, podemos constatar algumas insuficiências da parte dos sistemas de informação disponíveis, para uma adequada documentação e registo do processo de cuidados de enfermagem às famílias, em contexto de cuidados de saúde primários. Dessa forma o MDAIF e a sua operacionalização no actual sistema de informação disponível permitiriam colmatar essa lacuna e conseqüentemente actuar como factor promotor da prática efectiva de uma Enfermagem de Família.

Esta experiência tem vindo já a ser levada a cabo na ULS Matosinhos, com resultados positivos, restando apenas verificar a sua potencialidade ao nível dos CSP num contexto diferente das Unidades Locais de Saúde.

3. OBJECTIVO:

Importar a Avaliação Inicial, Diagnósticos e Intervenções do SAPE do CS de S. Mamede de Infesta da ULS Matosinhos, para o servidor do Centro de Saúde de Soares dos Reis do ACES Porto VIII/Gaia, de forma a que todos os enfermeiros tenham acesso ao MDAIF e o possam utilizar nas suas consultas à família.

4. IMPLEMENTACÃO

Certamente que a importação da Avaliação Inicial, Diagnósticos e Intervenções do SAPE da ULS Matosinhos, não será o único passo necessário para promover a implementação do MDAIF na praxis corrente do enfermeiro de família, mas é sem sombra de dúvida, um passo essencial, sem o qual toda a formação que possa ser dada em Enfermagem de Família e sobre o próprio modelo (como pretendemos internamente fazer), não tem conseqüências imediatas no desenvolvimento de competências operacionais, daí a importância da sua disponibilização no SAPE.

Solicitamos que este processo ocorra em duas etapas:

Etapa Inicial – Instalação de uma versão teste no servidor das USF referidas, para familiarização dos elos de ligação com a componente operacional do MDAIF;

Etapa Complementar – Formação para os restantes elementos das equipas de enfermagem, levada a cabo a nível interno nas USF referidas, para possibilitar para análise dos ganhos em saúde decorrentes da prestação de cuidados à família em Cuidados de Saúde Primários, utilizando o MDAIF inserido no SAPE, em particular, fora do contexto de uma Unidade Local de Saúde.

Os elos de ligação seriam:

Enfermeiro António Dias – USF Saúde no Futuro

Enfermeira Graça Barbedo – USF Camélias

Enfermeiro Jorge – ARS Norte, IP

Enfermeira Alcina – ARS Norte, IP.

Professora Doutora Henriqueta Figueiredo – ICS-UCP

A implementação da fase inicial, teria lugar até ao final do ano de 2010, iniciando-se em Janeiro de 2011 a segunda fase, alargada à participação dos restantes elementos das equipas de Enfermagem das USF envolvidas.

Os mestrandos actuariam como elos de ligação na formação referente às competências iniciais necessárias à utilização deste modelo no SAPE, progredindo até final de Março, com o intuito de sugerir alterações tidas como convenientes e com a avaliação final da experiência de utilização.

A Professora Doutora Henriqueta Figueiredo disponibilizou-se também acompanhar todo o processo e participar na formação a nível local.

5. PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS:

As sessões formativas nas USF em questão seriam dinamizadas pelo Enf. António Dias, na USF Saúde no Futuro e, pela Enf. Graça Barbedo, na USF Camélias, contando com a colaboração da Prof. Doutora Henriqueta Figueiredo.

Seriam levados a cabo sessões formativas de 45 minutos de duração com periodicidade semanal, ao longo de um semestre, tal como previsto no mapa em anexo.

6. AVALIAÇÃO:

A avaliação final constará de um relatório resultante da experiência com o MDAIF no SAPE, de onde farão parte as propostas de alteração da versão informática,

do plano formativo a desenvolver e das competências adquiridas que se constituam como ganhos em saúde.

Esta experiência seria piloto para uma eventual generalização posterior aos CS da ARS Norte, sendo que o momento é deveras oportuno, pois cogitam-se para breve alterações no SAPE, pelo que a incorporação do MDAIF, constitui uma excelente oportunidade para a Enfermagem de Família.

ANEXO 1 – PLANO FORMATIVO

PLANO DO PROCESSO FORMATIVO

Conteúdo a desenvolver	Tempo	Metodologia/Meios auxiliares	Formadores
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CSP no contexto geral da saúde no contexto geral da saúde e modelo organizacional de Enfermeiro de Família; ▪ Família: o contexto e a unidade de cuidados; ▪ Abordagem sistémica como paradigma de intervenção nos cuidados à família; 	<p>1h 1h 1h</p>	<p>Expositiva: <i>Microsoft PowerPoint Slideshow</i></p> <p>Interrogativa</p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O Ciclo Vital da Família: Mudança e Complexificação; ▪ Enfermagem de Saúde Familiar: contextos e aplicação; ▪ Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; ▪ Instrumentos de Avaliação Familiar; 	<p>1h 30min. 2h 1h</p>	<p>Expositiva: <i>Microsoft PowerPoint Slideshow</i></p> <p>Interrogativa</p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O contributo dos SIE no desenvolvimento da Enfermagem de Família; ▪ A CIPE como instrumento de unificação da linguagem em Enfermagem de Família; 	<p>30min. 1h</p>	<p>Expositiva: <i>Microsoft PowerPoint Slideshow</i></p> <p>Interrogativa</p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese integradora dos vários conteúdos; ▪ Análise e discussão de estudos de caso práticos decorrentes do contacto directo com a aplicação informática SAPE com o MDAIF; 	<p>1h</p>	<p>Expositiva Activa: <i>Trabalho e discussão em grupo</i> <i>Desenvolvimento de estudos de caso em situações problema</i></p>	<p>Enf. António Dias Enf. Graça Barbedo Prof. Henriqueta Figueiredo</p>