



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária

**CUIDAR DE QUEM CUIDA:  
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**LOOK AFTER WHO CARES:  
INTERVENTION OF SPECIALIST NURSE IN COMMUNITY  
NURSING**

**Por**

Marta Soares Dias

**Lisboa, 2019**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária

**CUIDAR DE QUEM CUIDA:**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**LOOK AFTER WHO CARES:**

**INTERVENTION OF SPECIALIST NURSE IN COMMUNITY  
NURSING**

**Por**

Marta Soares Dias

Sob a orientação de Prof. Doutora Amélia Maria de Fonseca Simões Figueiredo

**Lisboa, 2019**



*Cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação. Cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação e também uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, para que quem cuida não fique por cuidar.*

*Marta Soares Dias*



Meus filhos Pedro e Miguel, vocês são o espelho da minha alma e a concretização do meu ser. Nunca se esqueçam de serem felizes e de encantarem o mundo com a vossa beleza e simplicidade. Um beijo do tamanho do mundo às voltas...

Mãe



## **Agradecimentos**

À Professora Amélia Simões Figueiredo pela disponibilidade, tranquilidade que sempre me transmitiu e por todo o apoio facultado durante o meu percurso.

À enfermeira Vera Tiago, que sempre esteve lá para mim principalmente nas vicissitudes, sem ela jamais as “sinergias” para execução do projeto teriam sido possíveis, nunca esquecendo toda a equipa da UCC em representação da sua coordenadora, enfermeira Susana Santos.

João, meu doce, companheiro e amor para toda a vida, um eterno agradecimento por teres tornado esta jornada bem mais fácil.

Aos meus filhos, Pedro e Miguel, o meu coração estará sempre convosco, obrigada pela paciência e por existirem na minha vida.

Aos meus pais e sogros, os meus braços direitos e esquerdos, por terem sempre uma palavra de incentivo e por jamais pedirem algo em troca.

À minha irmã, Helga que sem saber é e sempre será o meu porto de abrigo... Jorge, Carlitos, Márcia e meus lindos sobrinhos... sem mais palavras um muito obrigado.

Às minhas companheiras de mestrado, pela amizade, companheirismo e apoio, fomos e somos sem dúvida todas umas “Guerreiras”.

Por últimos a todos os meus amigos, desculpem as ausências e as negas, haveremos de continuar juntos a navegar...



## **RESUMO**

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão comportamental, estrutural e epidemiológico das famílias na sociedade, têm vindo a determinar novas necessidades em saúde, para as quais emerge organizar respostas mais adequadas.

Para além da tradição cultural portuguesa, também as políticas de saúde e sociais aconselham a manutenção da pessoa idosa e dependente no domicílio, o que leva à diminuição de custos económicos associados a internamentos para o SNS, mas também ao aumento da qualidade emocional do próprio utente que assim se encontra rodeado por quem lhe é querido.

Os profissionais de saúde e de um modo particular, os cuidados de saúde primários, devem desenvolver respostas ajustadas às necessidades de cuidados específicos dos utentes e das suas famílias prestadoras de cuidados, numa abordagem compreensiva e multidimensional, pois grande parte destes cuidadores, por diversos fatores intrínsecos ao cuidar, sentem-se incapazes de lidar com a dependência física e mental do indivíduo alvo de atenção, o que resulta em sobrecarga do prestador de cuidados informal.

A enfermagem comunitária tem no seu contributo, uma mais valia na sua intervenção, uma vez que com recurso à metodologia do planeamento em saúde, promove a monitorização do estado de saúde de uma população, desenvolvendo estratégias de intervenção, promovendo a capacitação para redução dos seus próprios problemas e necessidades. Estabelece, também a articulação e parcerias com os recursos existentes na comunidade, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

O projeto desenvolvido ao longo de todo o estágio baseou-se no referencial teórico que assenta no modelo conceptual de sistemas de Betty Neuman. O seu principal objetivo foi capacitar ao nível de conhecimento, do apoio psicológico e social os cuidadores



informais, de acordo com as necessidades identificadas, para assim, diminuir os seus níveis de sobrecarga.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, deverá conhecer a família e as suas necessidades para potenciar o exercício saudável e competente do papel de prestador de cuidados, pois uma família capacitada pode: defender os seus direitos, minimizar o stress, evitando a sobrecarga do cuidador; garantir cuidados de qualidade para o seu familiar doente e estar efetivamente incluída no processo de cuidar. Esta realidade tem levado a uma maior consciencialização da importância da manutenção da qualidade de vida de quem é cuidado, mas também de quem cuida, pois, o seu contributo é fundamental.

Nunca esquecendo que quem cuida, também envelhece com todo o desgaste físico, psicológico e social, o cuidador informal deve emergir como foco de atenção para que o seu envelhecer seja com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, e constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

**Palavras-chave:** cuidador informal, idoso, necessidades, enfermagem comunitária.



## **ABSTRACT**

Demographic aging and changes in the behavioral, structural and epidemiological patterns of families in society have been determining new health needs, for which emerges to organize more adequate responses.

In addition to the Portuguese cultural tradition, health and social policies also advise the maintenance of elderly and dependent people at home, which leads to a decrease in the economic costs associated with hospitalization for the NHS, but also to an increase in the emotional quality of the patient himself who is surrounded by his beloved.

Health professionals and, in primary health care should develop responses adjusted to the specific care needs of users and their caregivers, in a comprehensive and multidimensional approach, since a large part of these caregivers, due to several factors intrinsic to caregiving, feel unable to cope with the individual's physical and mental dependence on care, which results in overloading the informal caregiver.

Community nursing has a contribution in its contribution, since using the methodology of health planning, it promotes the monitoring of the health status of a population, developing intervention strategies, promoting capacity building to reduce problems and needs. It also establishes the articulation and partnerships with the existing resources in the community, in order to obtain health gains.

The project developed throughout the internship was based on the theoretical reference and conceptual model of Betty Neuman. Its main objective was to train the informal caregivers, according to their needs, at the level of knowledge, psychological and social support, in order to reduce their levels of overload.

The nurse specialist in community nursing should know the family and their needs to promote healthy and competent exercise of the role of caregiver, since a qualified family can: protect their rights, minimize stress, avoiding the caregiver's overload; ensure quality care for your sick relative and be effectively included in the care process. This reality has



led to a greater awareness of the importance of maintaining the quality of life of those who are cared for, but also of those who care, therefore, their contribution is fundamental.

Never forgetting that caregivers also age with all the physical, psychological and social exhaustion, the informal caregiver should emerge as a focus of attention, so that their aging will be done with health, autonomy and independence, as long as possible, today, a challenge to individual and collective responsibility, with significant translation in countries' economic development.

**Key Words:** informal caregiver, elderly, needs, community nursing



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EU – União Europeia

MS – Modelo de Sistemas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UF – Unidade Funcional



## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

<b>1. Do Cuidar Holístico ao Cuidar do Idoso</b> .....	17
1.1 A Problemática da Dependência e do Envelhecimento .....	18
1.2 Cuidador Informal – Caraterísticas e Sobrecarga .....	20
1.3 Modelo de Sistemas de Betty Neuman .....	24
1.4 Necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio: a <i>scoping review</i> .....	26
<b>2. Contextualização do local de Estágio de Intervenção Comunitária</b> .....	31
2.1. A Unidade de Cuidados na Comunidade S .....	31
2.2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados .....	32
2.3. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados .....	33
2.4. Projeto “ <i>Cuidar de quem Cuida - S</i> ” .....	35
<b>3. Metodologia do Planeamento em Saúde</b> .....	37
3.1. Diagnóstico de Situação de Saúde .....	37
3.1.1. Caracterização dos Cuidadores Informais da ECCI S e avaliação da sua sobrecarga .....	39
3.1.2. Diagnóstico de Situação de Saúde dos cuidadores informais dos utentes da ECCI S .....	41
3.1.3. Identificação de problemas de saúde/necessidades .....	47
3.1.4. Identificação de Diagnósticos de Enfermagem .....	48
3.2. Determinação de Prioridades .....	49
3.3. Fixação de Objetivos .....	51
3.4. Seleção de Estratégias .....	55
3.5. Elaboração do Projeto/Preparação da Execução .....	56



3.6. Operacionalização do Projeto “ <i>Cuidar de quem Cuida - S</i> ” na UCC S .....	57
3.7. Avaliação .....	60
<b>4. Alargamento e Sustentabilidade do Projeto .....</b>	<b>63</b>
<b>5. As Competências Adquiridas e Considerações Éticas .....</b>	<b>65</b>
<b>6. Considerações Finais .....</b>	<b>71</b>
<b>7. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>73</b>

## APÊNDICES

<b>Apêndice 1</b> - Necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio: a <i>scoping review</i> .....	79
<b>Apêndice 2</b> - Poster: Necessidades do Cuidador Informal de Pessoas Idosas no domicílio: a “ <i>scoping review</i> .....	105
<b>Apêndice 3</b> - Dados obtidos sobre a aplicação da escala de Zarit (01/05 a 15/09/2018).107	
<b>Apêndice 4</b> – Ficha Programa/Projeto do Projeto “ <i>Cuidar de quem Cuida-S</i> ”.....	109
<b>Apêndice 5</b> - Cronograma de Atividades .....	123
<b>Apêndice 6</b> - Sessão de apresentação e esclarecimento para a equipa da UCC – S sobre o projeto .....	125
<b>Apêndice 7</b> - Manual SClinic® .....	131
<b>Apêndice 8</b> - Minutas de Reuniões com Parceiros .....	141



## **ANEXOS**

<b>Anexo 1</b> – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit .....	145
<b>Anexo 2</b> – Modelo de Sistemas de Betty Neuman .....	147
<b>Anexo 3</b> – Índice de Barthel .....	149

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1** - Género do Cuidador Informal

**Gráfico 2** - Habilitações Literárias do Cuidador Informal

**Gráfico 3** - Situação Profissional do Cuidador Informal

**Gráfico 4** - Capacidade de Cuidar (perspetiva do cuidador)

**Gráfico 5** -Tempo de Prestação de Cuidados

**Gráfico 6** - Tempo de Prestação de Cuidados por dia

**Gráfico 7** - Avaliação da execução do Diagnóstico Realizado

**Gráfico 8** - Caracterização do Diagnóstico Realizado

**Gráfico 9** – Tendência e Projeção da tendência da proporção/incidência de cuidadores informais com grau elevado de stress por sobrecarga

## **ÍNDICE DE QUADROS**

**Quadro 1** – Plano de Saúde de Biscaia para definição de prioridades

**Quadro 2** – Indicadores de Execução

**Quadro 3** – Indicadores de Resultado



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno atual, reflexo do aumento da esperança média de vida e da inversão das pirâmides etárias, tendo por base, o progresso científico e tecnológico no âmbito da saúde, bem como, no desenvolvimento e aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados prestados nas últimas décadas. Este contributo reflete-se na longevidade dos utentes, ainda que com doenças crónicas e incapacitantes no seio familiar, resultando inequivocamente na sua dependência, vindo deste modo, colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não se encontram preparados.

Para além da tradição cultural portuguesa responsabilizar a família pelo cuidar da pessoa idoso com dependência para a satisfação das atividades de vida diária, também as políticas de saúde e sociais atuais recomendam privilegiar a manutenção da pessoa no seu domicílio (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010).

Esta realidade tem levado a uma maior consciencialização da importância da manutenção da qualidade de vida de quem é cuidado, mas também de quem cuida, pois, o seu contributo é fundamental. (Sequeira, 2010).

Apesar de o caminho ainda ser longo, os cuidados de saúde primários têm vindo a assumir uma elevada importância para a evolução da manutenção e/ou melhoria da saúde das populações, e sabendo que a enfermagem comunitária pode e deve ser aplicada aos cuidados de saúde hospitalares, a mestranda com base na motivação pessoal, optou por enveredar por esta área de especialização.

O presente relatório, encontra-se inserido na Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Comunitária, tem o objetivo de relatar todo o percurso efetuado durante o estágio de intervenção comunitária que decorreu de 3 setembro de 2018 a 2 fevereiro de 2019.

O estágio revela-se de extrema importância, pois será a partir dele que a mestranda irá desenvolver as competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, tal como, as competências inerentes a um Mestre em Enfermagem.

Este foi realizado na UCC S, integrado dentro do ACES A-S, sendo que a intervenção realizada foi executada dentro do âmbito das atividades realizadas da ECCI, com a elaboração de um projeto inovador nesta UCC, denominado por “*Cuidar de quem Cuida – S*”, este tem como principal objetivo, o capacitar ao nível de conhecimento, de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes da ECCI S, de acordo com as suas necessidades, para assim, se conseguir diminuir os seus níveis de sobrecarga.

Como objetivo geral do estágio definiu-se o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde comunitária, em novos contextos e não familiares, tendo o presente relatório como finalidade a sistematização das competências científicas, técnicas e socioculturais de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolvidas, tendo por base a metodologia de planeamento em saúde, capacitando os cuidadores informais da ECCI S na gestão do stress do prestador de cuidados.

As competências comuns do enfermeiro especialista, tal como as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e as de Mestre, foram transversais a todo o projeto e, consequentemente, demonstrados no relatório. Desta forma, também o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman norteou toda a intervenção efetuada, no que à disciplina de enfermagem diz respeito, em termos conceptuais e de prática clínica.

De salientar que além de toda a pesquisa bibliográfica exaustiva, foi realizada uma *scoping review*, que deu suporte a toda a tomada de decisão baseada na evidência científica, competência intrínseca ao grau de Mestre.

O presente relatório é um resumo de toda a intervenção comunitária realizada, análise e justificação do percurso académico ao longo do estágio, encontrando-se dividido em 7 capítulos. No primeiro encontra-se todo o enquadramento teórico que dá suporte ao interesse e importância da intervenção escolhida e seu contexto dentro dos cuidados de saúde primários. No segundo capítulo é realizada a contextualização do local de estágio, permitindo deste modo, uma identificação mais rigorosa dos problemas de saúde pertinentes na área a intervir. No terceiro capítulo é apresentado todo o percurso realizado em estágio, que teve por base a metodologia de planeamento em saúde, passando por

todas as suas etapas e relatando as intervenções realizadas. Os últimos capítulos referem-se ao alargamento e sustentabilidade do projeto elaborado seguida de uma reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária, bem como, as questões éticas inerentes à realização deste projeto. Por último apresentam-se as considerações finais e as referências bibliográficas.



## **1. Do Cuidar Holístico ao Cuidar do Idoso**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Este conceito é, sem sombra de dúvida uma meta. Atingir o máximo de bem-estar será, no entanto, sempre uma incerteza existencial. Mas é por ser de difícil delineamento e conceptualização, que o bem-estar pleno será sempre um objetivo válido.

O avanço na ciência e na prática clínica possibilitou melhores condições de assistência nos cuidados de saúde, com o conseqüente aumento da esperança de vida. Associado a este facto, verificou-se um aumento de doenças crónicas algumas das quais incapacitantes e sem resposta duradoura eficaz, conduzindo a situações de doença incurável, progressiva e avançada.

O conceito de cuidar situa-se acima do simples ato ou atitude, elevando-o a uma dimensão ontológica do ser humano, argumentando que sem cuidado, o Homem deixa de ser humano. Se não receber cuidado no seu processo e ciclo de vida, ele desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Então, o Homem é um ser de interação e comunhão, não se limitando somente a intervir no outro.

Hesbeen (2004), numa linha de pensamento semelhante, enquadra o cuidado como uma necessidade da comunidade, dos humanos que a compõem. Este cuidado assenta na convicção de que, o respeito e dignidade de todo o Homem devem estar presentes no ato de cuidar.

O enfermeiro deve cada vez mais, encarar a família como um cliente, merecedor de cuidados de qualidade, com direitos e deveres para respeitar e cumprir. Para Hanson (2005), o enfermeiro deverá desenvolver vários papéis terapêuticos e sociais: educador de saúde, coordenador, colaborador e intermediário, executante, supervisor de cuidados e perito técnico, advogado da família, consultor, conselheiro, epidemiologista, modificador do ambiente, intérprete, substituto, investigador, modelo e supervisor de processos.

## **1.1 A Problemática da Dependência no Envelhecimento**

As modificações sociopolíticas ocorridas nas últimas décadas desencadearam o aparecimento de um conjunto diferenciado de novos fenómenos, o envelhecimento da população, a alteração do perfil das patologias, com maior incidência de doenças crónicas, o aumento da atividade profissional das mulheres, colocando-as fora do domicílio. Estas transformações têm conduzido a novas necessidades e à reestruturação dos cuidados de saúde, no sentido de desenvolverem estratégias adequadas aos novos desafios da sociedade. Como refere Petronilho (2008, p.3) *“o aumento da esperança média de vida, fruto da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, bem como da melhoria das condições socioeconómicas da população, em geral, tem-se traduzido num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência”*.

Segundo os últimos dados estatísticos do INE (2017) a esperança média de vida à nascença em Portugal foi estimada em 80,62 anos para o total da população, sendo de 77,61 anos para os homens e de 83,33 anos para as mulheres, no triénio 2014-2017. Estes valores representam um ganho de 1,44 anos para os homens e de 1,14 para as mulheres, comparativamente com os valores estimados para 2008-2010. No entanto, em termos de qualidade de vida entre os países europeus da OCDE, em Portugal, a média a partir dos 65 anos é de 5,4 anos nas mulheres enquanto que nos homens se situa nos 7 anos. *“Se as mulheres portuguesas esperam viver mais à nascença, a partir dos 65 anos, são os homens que podem esperar viver mais com saúde”* (Ministério da Saúde, 2018, Retrato da Saúde).

A dependência é definida segundo Pavari & Neri (2000), como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. Traduzindo-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas, que o indivíduo já não realiza porque não pode, tratando-se deste modo, de um auxílio ao papel de sobrevivência do próprio indivíduo. Contudo, a definição de dependência apresentada no Decreto-Lei no 101/2006, é mais abrangente e considera dependência:

*“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica,*

*demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”.*

Desta definição pode-se apurar que a dependência das pessoas se deve às suas incapacidades físicas, psíquicas ou intelectuais, sendo agravada pelas dificuldades familiares e escassez de apoios sociais. Esta definição revela a presença de dois fatores fundamentais para se possa falar de dependência: a presença de limitação física, psíquica ou social e a necessidade de assistência ou cuidados prestados por terceiros.

De acordo com Araújo (2009), a dependência não é um fenómeno recente, pois desde sempre existiram pessoas dependentes e com necessidades de cuidados/apoio de outrem, porém, atualmente, face ao envelhecimento demográfico e às modificações da estrutura familiar, é um problema complexo com implicações sociais, económicas e políticas.

O envelhecimento demográfico é, nas sociedades desenvolvidas, a realidade mais evidente do século XXI, tendo implicações diretas na esfera socioeconómica, no impacto que produz na família, na sociedade e no sistema nacional de saúde, para além das modificações que se refletem a nível individual (Carrilho & Gonçalves, 2006).

Apesar do envelhecimento constituir uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública gera, em simultâneo, o desafio de adaptação da sociedade (World Health Organization, 2015b). O impacto do envelhecimento da população na sociedade vai depender, em parte, da natureza das políticas que vão dar resposta a esta nova realidade (Bloom, 2015; World Health Organization, 1999, 2012).

*“A população mundial continua a envelhecer e irá exceder os 9 mil milhões de habitantes até 2050”*, confirma o relatório da ONU: World Population Prospects: The 2006 Revision. Este mesmo relatório salienta que o declínio da fecundidade e a crescente longevidade conduzirão a um envelhecimento rápido da população, num número cada vez maior de países, nomeadamente no que se refere à faixa etária de mais de 60 anos. Nos países desenvolvidos, o número de pessoas com mais de 60 anos deve praticamente duplicar, de 245 milhões, em 2005, para 406 milhões, em 2050, e o número de pessoas com menos de 60 anos deve baixar de 971 milhões, em 2005, para 839 milhões, em 2050.

Em Portugal e segundo o ENEAS (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025), em consonância com os restantes países da Europa, tem-se vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos e como referido anteriormente, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2017, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 21,7% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, o índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 153,2% (Pordata, 2017), o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso do sistema nacional de saúde.

Constata-se que os fenómenos da dependência e do envelhecimento constituem um desafio, a nível da saúde, social, político e económico. A fragilização causada pelo envelhecimento, transforma a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de doenças que podem levar à dependência resultando, em necessidades de cuidados por longos períodos de tempo.

Em síntese, pode-se afirmar que o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão comportamental, estrutural e epidemiológico das famílias na sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Os profissionais de saúde de um modo particular podem desenvolver, respostas ajustadas às necessidades de cuidados específicos das pessoas dependentes e das suas famílias prestadoras de cuidados, numa abordagem compreensiva e multidimensional.

## **1.2 Cuidador Informal- Características e Sobrecarga**

Como referem Figueiredo e Sousa (2002), é à família que cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente, o que pode implicar um desgaste da saúde física e psicológica, podendo gerar desgaste do cuidador, situação definida por Carpenito (2002 p.69) como sendo “*um estado no qual um individuo apresenta sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de cuidar de outra pessoa*”.

Os cuidadores informais segundo Carvalho (2013) prestam cerca de 80% dos cuidados na Europa sendo que em Portugal são maioritariamente familiares, são eles que preenchem lacunas dos serviços oficiais (Gomes, 2014). Poder-se-á dizer que cuidar de uma pessoa idosa dependente gera frequentemente o desgaste do cuidador, que se manifesta por uma redução da vitalidade, do desempenho físico e social, podendo causar sentimentos de frustração, culpa, raiva e até de subestima por se sentir incapaz de cumprir plenamente o seu papel (Carpenito, 2002).

Identificar as necessidades dos cuidadores informais é segundo Figueiredo (2007) um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase da prestação de cuidados e o contexto em que ocorre. Além disso, os próprios cuidadores familiares/informais sentem algumas dificuldades em formular, imaginar, bem como, até verbalizar as suas próprias necessidades, principalmente quando desconhecem as respostas que a comunidade tem ao seu dispor.

Ainda segundo esta autora, em geral estes cuidadores apresentam uma série de necessidades: necessidades de ajudas práticas e de ajudas técnicas, de apoio financeiro, de apoio psicossocial, de tempo livre, de informação e de formação (Figueiredo, p.138-141). A avaliação destas necessidades será de elevada relevância pois, apesar do crescente reconhecimento da importância dos cuidadores informais na coordenação e prestação de cuidados a longo prazo a idosos dependentes ou incapacitados, esta avaliação tem merecido pouca atenção por parte dos políticos, investigadores e profissionais. Dificilmente se poderá apoiar adequadamente as pessoas sem a compreensão abrangente das suas necessidades.

De acordo com a Resolução da Assembleia da República nº 134/2016 é recomendado ao governo português a tomada de medidas de apoio a cuidadores informais, bem como, a criação do estatuto do cuidador informal, de modo a tentar evitar ou minimizar a falta de proteção económica, social e emocional (sobrecarga) que estes sentem ao longo do processo de cuidar.

A sobrecarga do cuidador é definida, segundo Santos (2005) como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. Segundo Veríssimo e Moreira (2004, p. 49) este mesmo aspeto é definido como: *“uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos do utente.”* O

cuidador principal tem sido frequentemente estudado por se apresentar numa relação única com o seu familiar doente (Sequeira, 2010).

Se conseguirmos mensurar e caracterizar a sobrecarga do prestador de cuidados informal de tal forma, que nos permita talvez encontrar padrões de comportamento vinculativos à prestação de cuidados no seio familiar, poderemos agir de forma atempada e eficaz em situações consideradas de risco, como a depressão do prestador de cuidados informal ou da pessoa idosa dependente, o aparecimento de doenças, o agravamento da doença, a existência de maus-tratos, de negligência, de isolamento social, etc.

Neste âmbito existem já escalas validadas para avaliar a sobrecarga do cuidador, nomeadamente “The Zarit Burden Interview”, que tem como objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, se poder proporcionar respostas adequadas às suas necessidades. Esta escala encontra-se validada em diversos países, em diferentes tipologias de doentes, em internamento ou domicílio. Todos os estudos demonstraram que a Zarit Burden Interview é uma escala válida e fiável, não só com uma elevada consistência interna, mas também no que se relaciona com os seus diferentes fatores.

Esta permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui informações sobre a saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Sequeira (2007), ao traduzir e validar a escala para a população portuguesa (Anexo 1), identificou quatro fatores: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidador e perceção de autoeficácia.

Os dois primeiros fatores estão associados com a sobrecarga objetiva enquanto que os dois últimos para a sobrecarga subjetiva, tendo em conta o caráter multidimensional do conceito.

A sobrecarga objetiva é o resultado da interação dos sintomas com os comportamentos do utente que se concretizam em alterações no quotidiano, tais como, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, no lazer, na saúde física e mental do cuidador. Segundo Scazufca (2002), esta “*ocorre em consequência da natureza e da necessidade de cuidados, em função dos sintomas e sinais orgânicos e psíquicos*”. Por outro lado, a sobrecarga subjetiva, é “*a perceção pessoal dos familiares acerca do grau de sobrecarga sofrido*” (Hoening & Hamilton, 1996), sendo que por isso é “*abstrata e refere-se ao*

*universo dos sentimentos*” (Pinho et al, 2015). Resulta da responsabilidade emocional do prestador de cuidados a toda a situação, incluindo a forma como ele sente a sobrecarga, o grau de desânimo, ansiedade e depressão.

O primeiro fator (impacto da prestação de cuidados) pretende avaliar o impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, etc. O segundo fator (relação interpessoal) reflete as implicações na relação entre o cuidador e o idoso dependente (vergonha, irritação, tensão, etc).

O terceiro fator (expectativas face ao cuidador) engloba as expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro, às suas capacidades para cuidar. O quarto fator (perceção de autoeficácia) está direcionado para avaliar a perceção de auto-eficácia do cuidador, ou seja, a perceção acerca do desempenho do seu papel (Sequeira, 2009).

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- e quase sempre = (5)

Também existem versões em que a pontuação quantitativa varia em cada item entre 0 e 4 (Scazufca, 2002). Contudo, a maioria dos estudos utiliza a versão com pontuações de 1 a 5.

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 (mínimo) e 110 (máximo), em que um maior *score* corresponde a uma maior sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Os estudos demonstram-nos segundo Ferreira et al, (2014) que após a implementação da escala, os resultados mais elevados de score estão relacionados com a incerteza sobre o futuro do familiar, o fato do cuidador sentir que o familiar está dependente de si, o facto do doente sentir dependência exclusiva do seu cuidador e a insegurança em cuidar do familiar.

### **1.3 Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

Segundo Benner (2001, p. 12), a enfermagem enfrenta “*como qualquer outra prática, continuamente um desafio para o desenvolvimento*”, e para isso, é necessário que a sua prática clínica seja orientada e validada tendo por base um referencial teórico que sustente e promova esse mesmo desenvolvimento contínuo.

Deste modo, este relatório recorreu a uma base teórica que lhe fornecesse essa mesma sustentação, tendo sido escolhido pela mestranda, para o desenvolvimento do seu trabalho ao longo do estágio, a orientação teórica do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Betty Neuman desenvolveu o seu Modelo de Sistemas inicialmente em 1970, publicado pela primeira vez em 1971, tendo vindo a sofrer várias atualizações ao longos dos anos, pois tal como Neuman refere, a enfermagem dada à sua crescente complexidade, e o alcance que esta adquire, torna-se premente suportá-la de forma alargada, flexível e expansiva (Stanhope & Lancaster, 2011).

O modelo baseia-se em dois principais componentes, que são o *stress* e a reação ao mesmo, em que o indivíduo - indivíduo, grupo, família ou comunidade – é constituído por um sistema aberto e dinâmico. Ao ocorrer interação entre o indivíduo e o ambiente, estes afetam-se mutuamente, proporcionando reciprocidade de trocas e ajustes.

O Modelo dos Sistemas (Anexo 2) tem no seu núcleo os recursos de energia da estrutura básica que são considerados como os fatores básicos de sobrevivência fundamentais comuns à espécie. Estes iram sofrer influências ambientais que são denominadas por intra, inter e extrapessoais.

Por outro lado, as variáveis individuais apresentadas no modelo (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais), segundo a autora, agem

em harmonia e com estabilidade em relação aos *stressores* externos e internos, e estas variáveis são entendidas pela enfermagem.

Para promover esta harmonia existem linhas de defesa, que podem ser: a linha normal de defesa que representa o estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema, como tal, funciona como padrão para analisar os desvios no habitual bem-estar do cliente; a linha de defesa flexível é o limite externo e resposta inicial, tornando-se a proteção do sistema contra os *stressores*. Funciona como um amortecedor, cedendo, contraindo, aproximando-se da linha normal de defesa, protegendo-a, como escudo. Quanto maior a distância entre ambas, maior a proteção para o sistema; por último temos a linha de resistência que age como protetora da estrutura básica, sendo ativada quando a linha de defesa normal é invadida pelos *stressores*.

Ambiente, para Neuman, são os fatores ou influências internas/externas que circundam o cliente ou sistema, podendo ocorrer influências entre ambos, positivas ou negativas.

Os *stressores* são definidos como estímulos que produzem tensões e têm potencial para promover a instabilidade do sistema, podendo ser intra, inter e extrapessoal, estando presentes dentro e fora do sistema.

A saúde será o resultado do equilíbrio ou estado de bem-estar em determinado momento, sendo vista como continuidade do conforto para a doença, dinâmica e versátil ao longo do tempo.

Para Neuman a prevenção será a intervenção efetuada através de ações intencionais de modo a ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade. Estas podem ser primárias, secundárias e terciárias.

À prevenção primária designa-se quando a esta ocorre antes da reação ao *stressor*. A prevenção secundária ocorre após reação do sistema ao *stressor*, nos termos dos sintomas identificados, e o objetivo da intervenção deve ser o enfoque do fortalecimento das linhas internas de defesa, protegendo a estrutura do sistema, tratando-se os sintomas, adquirindo a estabilidade e conservando energia. A prevenção terciária, ocorre após as reações às intervenções secundárias, com o objetivo de manter o bem-estar e/ou reconstrução do sistema e conservando a energia, podendo reconduzir o processo de intervenção à prevenção primária (Neuman & Fawcett, 2011).

A enfermagem tem como fundamental papel proporcionar e auxiliar o indivíduo a manter, recuperar e reconstruir a estabilidade do sistema e da estrutura, estabelecendo um vínculo permanente entre o sistema do indivíduo, ambiente, saúde e enfermagem.

#### **1.4 Necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio: a *scoping review***

A dimensão da problemática das necessidades dos cuidadores informais de pessoas idosas no seu domicílio, foi desde cedo uma inquietação da mestranda, quer pelo aumento das comorbilidades associadas ao envelhecimento da população, quer pelo grau de dependência que advém de ambos.

Foi assim identificada uma preocupação e desenvolvido um protocolo de *scoping review* segundo a metodologia proposta no *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Review* (Apêndice 1).

As *scoping reviews* são usadas para mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa, bem como para esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceptuais sobre uma temática. As *scoping reviews* desenvolvem-se segundo um protocolo, que é fundamental para definir os objetivos e os métodos da revisão (Peters, 2017).

A questão de investigação foi: *Quais as necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio?*”.

Para a execução da pergunta de revisão detalhada de forma clara e significativa (JBI, 2017) teve que se ter em conta os critérios PCC (população, conceito e contexto), definindo-se como critérios de inclusão todos os cuidadores informais, maiores de 18 anos, de qualquer nacionalidade, cultura ou etnia; considerou-se necessidade, aquilo que é estritamente necessário, ou seja, que é indispensável, que é útil, que não se pode deixar de ter ou ser. Por último, o contexto foi considerado o domicílio, que segundo a lei portuguesa, denomina-se domicílio da pessoa ao lugar onde ela estabelece a sua residência com ânimo definitivo.

A pesquisa foi delimitada temporalmente aos últimos 5 anos na base de dados da *EBSCO Host* e no motor de busca *Google Academic* [2013-2018], com o intuito de obter a evidência científica mais recente. Na *PubMed* não foi possível a delimitação temporal devido à inexistência de evidência científica sobre a temática em causa neste período de tempo. Foi feita uma pesquisa de informação “aberta” para permitir a inclusão de um maior número de fontes.

Esta pesquisa decorreu entre 30 de maio a 16 de junho de 2018, procedendo-se de seguida à identificação dos descritores. Estes foram validados no MeSH (*Medical Subject Headings*) e pesquisados pela seguinte ordem: *Informal Caregiver, Needs, Home, e Eldery or geriatric or older adult*. Foi realizada a interceção dos descritores encontrados utilizando o operador booleano AND e OR. Na base de dados eletrónica *EBSCO Host* a pesquisa foi efetuada no dia 11 de junho com *full text* e com limitação temporal de 5 anos, tendo-se obtido um total de 47 artigos. Destes foram excluídos pelo título 35 artigos e 5 pelo *abstract*, sendo que 7 ficaram para leitura integral do artigo, que levou à exclusão de 6 e à inclusão de 1, que consiste numa revisão integrativa da literatura.

Na *PubMed* na mesma data, com *free full text*, em língua inglesa, sem limitação de tempo utilizando os descritores anteriormente referidos foram encontrados 83 artigos, tendo sido excluídos 72 pelo título e 7 pelo *abstract*, ficando 4 para leitura integral do texto, que levou à exclusão de 3 artigos e inclusão de 1. Este estudo é um estudo de coorte prospetivo.

No *Google Academic* foi efetuada uma pesquisa no dia 1 de junho, em língua portuguesa e com limitação temporal de 5 anos com os descritores anteriormente referidos, tendo sido obtido um total de 868 artigos, dos quais, foram excluídos pelo título 798 e 64 pelo *abstract*, ficando 6 artigos para leitura integral. Destes devido aos critérios de exclusão foram retirados 3, restando outros 3 para apreciação. Foram considerados então, 1 estudo qualitativo, descritivo e exploratório, 1 estudo exploratório misto e 1 estudo observacional descritivo. Posteriormente foi efetuada a análise dos artigos e construído um fluxograma PRISMA.

Na sequência desta execução desta *scoping review* foi efetuado um poster que participou no 1º Seminário Internacional do Curso de Mestrado em Enfermagem e que se encontra em Apêndice 2.

### *Conclusões*

Através da pesquisa realizada obtiveram-se cinco artigos que dão resposta à questão de investigação “*Quais as necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio?*”. Entre estes, dois foram publicados em 2017 e os restantes três foram publicados em 2013.

Após a sua leitura foram identificadas várias necessidades/carências que os cuidadores sentem aquando a prestação de cuidados ao idoso no domicílio, que podem ser enquadradas em 3 grandes grupos: necessidades empíricas do conhecimento para cuidar, necessidades emocionais e necessidades sociais e culturais:

#### **Necessidades Empíricas do conhecimento:**

- Informação e aquisição de conhecimento/competências para cuidar, tais como, comer, lavar, vestir, andar, etc;
- Suporte/Apoio Profissional;
- Comunicação Eficaz entre profissionais e cuidadores/utentes.

#### **Necessidades Emocionais:**

- Desajustes emocionais;
- Diminuição da liberdade, com alterações consideráveis nas suas atividades de vida diárias;
- Aumento das responsabilidades e aumento da insegurança face aos cuidados prestados, por falta de apoio e capacitação dos profissionais de saúde.
- Aumento dos problemas de saúde/comorbilidades do cuidador, devido ao elevado stress e sobrecarga;
- Aumento do próprio envelhecimento do cuidador.

#### **Necessidades Sociais e Culturais:**

- Apoio financeiro e jurídico por perda do emprego e/ou impossibilidade de progressão no mesmo;
- Isolamento social devido a maior restrição ao domicílio;
- Dificuldade da aceitação de dependência por parte do idoso (inversão de papéis).

Todos os estudos fazem referência ao papel crucial dos profissionais de saúde, em especial, aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, sendo da sua competência proporcionar o melhor acompanhamento dos cuidadores, bem como, identificar para intervir na possível sobrecarga dos mesmos.

Em síntese, os EEEEC ao terem um lugar privilegiado na intervenção comunitária, com a sua atuação centrada, no indivíduo, família e comunidade onde está inserido, poderão mobilizar os recursos e parcerias adequados a cada realidade que encontra, pois é na especificidade que se faz a diferença. Como tal, deverão ser responsáveis pela identificação das necessidades do cuidador e identificação precoce da sua sobrecarga, proporcionando-lhe o seu apoio, no sentido, de manter o seu bem-estar e do idoso.



## **2. Contextualização do local de Estágio de Intervenção Comunitária**

No âmbito da Unidade Curricular Saúde Comunitária: Estágio Final e Relatório, inserida no 3º semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, o estágio de intervenção comunitária foi realizado na UCC S, que se integra num ACES da ARSLVT. Este estágio foi realizado no mesmo local que o anterior (integrado na Unidade Curricular: Vigilância Clínica e Decisão) o que permitiu manter uma perspetiva de trabalho complementar e contínuo, através da vigilância e do diagnóstico de situação retrospectivo e atual da UCC.

O ACES em causa, integra na sua área geográfica dois concelhos onde a sua população residente, segundo os Censos 2011, é de 332,299 habitantes. Tem como missão:

*“assegurar a promoção da saúde, a prestação de cuidados e a sua continuidade através da racionalização da utilização de recursos, num quadro de articulação entre entidades e de um processo do trabalho em equipa, em parceria e em complementaridade e estimular o trabalho na comunidade”.* (ARSLVT, 2015)

É constituído por várias Unidades Funcionais, sendo elas, 13 USF, 2 UCC, 6 UCSP, 1 USP e 1 URAP.

### **2.1. A Unidade de Cuidados Continuados S**

A UCC S encontra-se integrada num município que apresenta 95Km<sup>2</sup> de superfície e é composto por 5 freguesias. A sua missão será:

*“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira*

*acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Compromete-se a trabalhar empenhadamente para a concretização do Plano de Ação de modo a garantir a qualidade dos Cuidados e dignificar a importância do trabalho comunitário.” (UCC S, 2014)*

Iniciou funções a 18 de outubro de 2010, criada de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 de fevereiro, é constituída por 14 enfermeiros que divergem em várias especialidades em enfermagem, sendo que 2 deles são especialistas em enfermagem comunitária. Fazem parte da equipa ainda 1 assistente administrativa e 2 assistentes operacionais. A fisioterapeuta existente na UCC encontra-se filiada à URAP. A UCC articula ainda em estreita ligação com a UF do ACES e com a URAP, nomeadamente com nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Tendo a UCC S como principal visão, ser um referencial de boas práticas em saúde comunitária, e com valores essenciais que assentam no respeito pela individualidade do utente e a promoção da sua autonomia, tem vindo a desenvolver ao longo do tempo vários projetos nas diversas áreas de intervenção comunitária à pessoa, família e comunidade e em estreita articulação com vários parceiros, para que deste modo se obtenham verdadeiros Ganhos em Saúde.

Os projetos da UCC S existentes e em desenvolvimento envolvem diversas áreas de intervenção e/ou especialização em enfermagem, quer sejam na área da intervenção comunitária e/ou na área da saúde materno obstétrica, bem como a área de reabilitação e saúde mental.

## **2.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**

É constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua residência, como em unidades de internamento da RNCCI, sendo constituída por diversas unidades, tais como, Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração

e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos e Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A RNCCI veio dar novas respostas de proximidade, distribuídas por todo o território de Portugal Continental e, não só contribui para a sustentabilidade do SNS, como responde às necessidades dos cidadãos no tempo e local certos pelo prestador mais adequado, quer em termos de internamento quer de apoio domiciliário. Isto, num quadro de novas realidades sociais e epidemiológicas que resultam de fatores como o aumento da esperança média de vida e o crescimento do número de doenças crónicas com dependência (Ministério da Saúde, 2018, Retrato da Saúde).

### **2.3. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

A ECCI da UCC do S, tem como finalidade, *“assegurar a prestação de cuidados domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”* (UCC S, 2014).

Funciona em estreita ligação com múltiplos parceiros existentes no concelho e tem como princípios objetivos: o de prestar cuidados de saúde domiciliários de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa com particular relevância para a reabilitação e promoção da autonomia e do bem-estar aos utentes em situação de dependência, de forma contínua e integrada, de acordo com uma avaliação multidisciplinar; Manter no domicílio os utentes com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, mediante o apoio e os cuidados terapêuticos necessários á provisão e manutenção do conforto e da qualidade de vida; Apoiar na satisfação das necessidades básicas de vida, tais como: alimentação, higiene e conforto, locomoção e lazer; Apoiar social e psicologicamente; Apoiar os familiares do utente ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; Articular e coordenar em rede, os cuidados com os diferentes serviços, parceiros e níveis de referência.

A sua população alvo, será toda a população inscrita e/ou residente no Concelho em causa, que necessite de um “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou apoio social, decorrente de avaliação conjunta”. Na sua maioria face ao grau de dependência esta resposta destina-se maioritariamente à população de uma faixa etária alargada.

Com base no histórico e tendo como referência as avaliações do Programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde do S (nível de dependência 3 e 4 – índice de Katz) referente a 2008, assim como previsto no projeto para a constituição de equipas de ECCI – ECL S-S – a UCC neste momento abrange 65 doentes.

Analisando o Diagnóstico Social do Concelho em causa (CMS, 2015), verifica-se que este, aumentou cerca de 8 vezes a sua população residente no decorrer dos últimos 50 anos (de 1960 até 2011), aumentando de 20.470 habitantes em 1960 para os 158.269 do Censo de 2011 e que o grupo etário das pessoas com 65 e mais anos o acréscimo populacional é notório, com + 3% de 1991 para 2001 e + 5,34% de 2001 para 2011, sendo que mais do que duplicou o peso dos idosos nos últimos 20 anos (de 7,1% para 15,44% do total populacional). Tal facto reforça a necessidade de intervenção prioritária nesta faixa etária, sendo que as UF e as UCC são os locais privilegiados onde os enfermeiros podem desenvolver as suas competências e intervenções, tendo sempre por base as principais necessidades e dos utentes/família/cuidadores em causa.

Desta forma, com o intuito de direcionar e intervir na realidade do Concelho no que diz respeito ao diagnóstico sociocultural, por um lado, e por outro, sabendo que existem mais de 800 mil cuidadores informais em Portugal, a mestranda decidiu elaborar um projeto de intervenção comunitária na área do apoio ao cuidador informal, efetuando o Projeto “*Cuidar de quem Cuida - S*”, dirigido a todos os cuidadores informais que prestem cuidados ao utente pertencente à ECCI, integrada na UCC S.

## **2.4. Projeto “Cuidar de quem Cuida - S”**

O Projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*”, pretende capacitar ao nível de conhecimento, ao nível de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes da ECCI S, de acordo com as suas necessidades, para que, se consiga atingir a diminuição os seus níveis de sobrecarga.

Neste ACES não existia até ao dia 10 de outubro de 2018 nenhum trabalho efetuado neste âmbito, sendo que foi assinado neste dia um protocolo de parceria para a criação e funcionamento do Gabinete Cuidar Melhor de A, entre a Câmara Municipal de A, a Associação Alzheimer Portugal e a Santa Casa da Misericórdia de A.

O Projeto Cuidar Melhor pretende

*“contribuir para a inclusão e promoção dos direitos das pessoas com demência, bem como, para o apoio e valorização dos familiares e profissionais que lhes prestam cuidados, através de uma intervenção pluridisciplinar, assente nos valores da parceria, do respeito pela dignidade humana e da personalização da intervenção”.* (<https://www.cuidarmelhor.org/projeto>)

Nasceu, em 2012, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, a Fundação Montepio, a Associação Alzheimer Portugal e o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, de modo, a contribuir para criar, com a colaboração de 3 municípios que circundam a capital, gabinetes concelhios que integram equipas técnicas multidisciplinares, disponíveis para dar resposta às necessidades dos cuidadores familiares e profissionais e às instituições com pessoas com demência a cargo.

Dentro desta narrativa e sintetizando, um dos principais objetivos do Projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*”, será juntar-se a este projeto nacional, bem como, o estabelecimento de parcerias dentro deste Concelho e nacionais, de modo, a fazer aumentar o leque de ajudas disponíveis ao habitantes a ele pertencente, para todos os cuidadores informais e não só os cuidadores de pessoas com demência.



### **3. A Metodologia do Planeamento em Saúde**

O processo de Planeamento em Saúde preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, promovendo assim a correta utilização dos serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Tavares (1990), identifica algumas características do Planeamento em Saúde: é sempre voltado para o futuro; é um processo permanente, contínuo e dinâmico; racional na tomada de decisões; visa seleccionar um percurso de ação; implica uma ação e uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados; é sistémico, multidisciplinar e iterativo; é uma técnica de alocação de recursos; é um processo cíclico, além de ser uma técnica de mudança e inovação.

A metodologia de planeamento em saúde, segundo estes dois autores anteriormente supracitados, embora dinâmico, engloba essencialmente sete etapas, o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a preparação de execução e a avaliação.

De seguida, serão abordadas todas as etapas referentes e inerentes ao planeamento em saúde desenvolvidas ao longo do estágio e que se encontram consagradas nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (OE, 2018).

#### **3.1. Diagnóstico de Situação de Saúde**

O Diagnóstico de Situação é o primeiro passo no processo de PS onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo Imperatori & Giraldes “(...) *só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação*” (1982, p. 43).

Segundo Pineault (2016), um problema de saúde corresponde a um estado de saúde considerado não eficiente, quer pelo indivíduo, ou pelo profissional de saúde e/ou pela comunidade. Por outro lado, uma necessidade de saúde corresponde a uma lacuna do que existe na realidade e do que realmente é desejado, no quadro de um processo de planeamento.

Neste caso correspondeu a um problema de saúde (sobrecarga do cuidador) e a necessidade de saúde de ver reduzido esse mesmo stress, de modo, a obtermos cuidadores mais capacitados, fornecendo-lhes aptidões para que os seus níveis de sobrecarga melhorem ou não se elevem.

Sabendo que existem mais de 100 milhões de cuidadores na Europa (OCDE), acredita-se que este é um número subestimado. Sabe-se também, que cerca de 80% dos cuidados em toda a UE são fornecidos por cuidadores informais, principalmente mulheres, frequentemente com um custo para os cuidadores em termos de saúde, bem-estar social e económico (Hoffmann & Rodrigues, 2010); 42% dos cuidadores não trabalhadores estão no último quartil de rendimento mais baixo e que o valor económico do cuidado informal representa 50 a 90% dos custos totais dos cuidados continuados nos estados membros da UE.

De acordo com os Censos 2011, no Concelho em estudo, o grupo etário das pessoas com 65 e mais anos os acréscimos são notórios, com + 3% de 1991 para 2001 e + 5,34% de 2001 para 2011, sendo que mais do que duplicou o peso dos idosos nos últimos 20 anos (de 7,1% para 15,44%) do total populacional. Verifica-se então, que a população residente no Concelho em causa, encontra-se com tendência acrescida para o envelhecimento (Diagnóstico Social do S, 2015).

Sabendo também, que o envelhecimento trará consigo residentes no Concelho com mais comorbilidades associadas e taxas de dependência (22,6%) maiores, poderá afirmar-se que a necessidade/existência de cuidadores informais irá também aumentar exponencialmente e em correlação. Desta forma, e partindo destes dados a mestranda deparou-se a pertinência da temática, de modo a tentar efetuar uma intervenção comunitária para dar resposta a este fenómeno.

### 3.1.1. Caracterização dos Cuidadores Informais da ECCI S e avaliação da sua sobrecarga

Assim, por forma a verificar a pertinência do projeto, não só pelo descrito no enquadramento, como no anteriormente referido e também para obter um conhecimento mais aprofundado da realidade local partiu-se para uma recolha de dados.

Segundo Fortin (2009, p.240) o **método de recolha de dados** consiste em “*colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medidas escolhidos para esse fim*”.

Os métodos de recolha de dados, são então estratégias que possibilitam aos investigadores obter dados empíricos que lhe possibilitam responder às suas questões de partida. Os dados que daí advêm devem ser analisados, interpretados de forma a poderem ser transformados em resultados e conclusões.

Nesta caracterização retrospectiva como na execução do diagnóstico de situação, o método de recolha de dados foi efetuado através de inquéritos por questionário, instrumento de recolha de dados da avaliação inicial de enfermagem utilizado pela equipa da ECCI S, que teve início de aplicação no primeiro dia de maio de 2018, bem como, a partir da avaliação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.

Os **Recursos** utilizados no que diz respeito a material foi o questionário da avaliação inicial de enfermagem, onde se encontra inserida a escala de Zarit e os Recursos Humanos (enfermagem e administrativos) pertencentes à ECCI S.

Para iniciar esta caracterização retrospectiva foi solicitado à enfermeira orientadora o fornecimento, para análise dos mesmos, de todos os questionários de recolha de dados da avaliação inicial de enfermagem, efetuada pelos enfermeiros pertencentes à ECCI, aquando da admissão de qualquer novo utente, referentes ao período temporal de 1 de maio de 2018 (data de início da aplicação do instrumento em causa) até ao dia 15 de setembro do mesmo ano. Foi também solicitado, à assistente administrativa todos os processos em suporte papel dos utentes já com alta da ECCI S, quer por encaminhamento para as suas UF's, quer por motivo de óbito. Posteriormente, foi efetuada pesquisa através do sistema de informação disponível na UCC, o SClinic ®, do levantamento do

Foco/Diagnóstico de Enfermagem e suas respetivas intervenções associadas à avaliação do diagnóstico, *Avaliar stress do prestador de cuidados*, que é efetuado através da aplicação da escala de sobrecarga do cuidador.

Designa-se por **população**, uma coleção de unidades observacionais, que podem ser pessoas, animais, objetos ou resultados experimentais, com uma ou mais características em comum que se pretendem analisar.

Segundo Pestana & Velosa (2010 p.53), “*Chama-se população ao conjunto de todos os valores que descrevem um fenómeno que interessa ao investigador. De um modo geral, a população é conceptualizada por um modelo*”.

Sendo assim, após a análise da população (todos os utentes entrados - Apêndice 3 - na data anteriormente referida, num total de 107 utentes) verificou-se que 20% tinham na totalidade o item referente à caracterização dos cuidadores informais preenchido e que 62% dos utentes, não tinham em SCLinic® levantado o Foco/Diagnóstico de enfermagem, *Avaliar stress do prestador de cuidados*, sendo que, apenas 8% tinham as duas avaliações efetuadas da escala de sobrecarga do cuidador (1ª avaliação está perconizada ser efetuada na primeira semana de entrada do utente na ECCI e a 2ª avaliação após um mês, evido à elevada rotatividade dos utentes).

A partir dos resultados obitos verificou-se, que não se conseguiria alcançar e fazer emergir resultados do diagnóstico de saúde que fossem representativos, tendo sido identificados alguns problemas adjacentes a estes resultados, tais como, a baixa adesão por parte dos profissionais de saúde (enfermeiros) da UCC para o preenchimento e levantamento do Foco/Diagnóstico/Intervenções de Enfermagem associados à Sobrecarga do Cuidador, bem como, a falta de tempo útil de trabalho para a execução de registos em plataforma informática e o déficít na sensibilização para a importância da temática em estudo.

Deste modo e partindo destes resultados foram efetuadas várias intervenções por parte da mestranda, com o intuito do melhoramento destes indicadores, para que no momento seguinte, na execução do diagnóstico de situação, se obtivesse indicadores fidedignos e representativos. As intervenções foram as seguintes:

- Efetuada nova ação de sensibilização em reunião de equipa semanal com incentivo verbal, demonstrando através dos dados estatísticos a baixa adesão ao preenchimento da escala e recolha de dados (Apêndice 3);
- Mudou-se a folha de recolha de dados referente ao cuidador informal e escala de Zarit para a frente do questionário da avaliação inicial de enfermagem;
- Alargamento do período temporal para 2 meses (15 de agosto a 15 de outubro), pois assim, abrangeria mais utentes que ainda estariam ao cuidado da ECCIS;
- Realização de visitas domiciliárias direcionadas, ou seja, no decorrer da normalidade do trabalho executado dentro das atividades da ECCI, fazer o acompanhamento e aplicação da escala de Zarit de modo a identificar o nível de sobrecarga do cuidador informal visitado.

### 3.1.2. Diagnóstico de Situação de saúde dos cuidadores informais dos utentes da ECCIS

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982, p. 18), a qualidade do diagnóstico depende da qualidade e quantidade da informação, bem como as etapas seguintes do planeamento em saúde estão intrinsecamente ligados à boa utilização dos sistemas de informação, ou seja, do melhoramento dos seus *in-puts*, para que se veja aperfeiçoada a consulta de dados para a execução de um diagnóstico mais acertado e bem delineado, quer para a vigilância epidemiológica, quer para a avaliação do projeto e melhoria do trabalho em rede, numa perspetiva multiprofissional e multidimensional.

Fortin (2009), refere que a **população** deve ser caracterizada estabelecendo critérios de seleção. Distinguem-se assim, segundo a autora, os conceitos de população alvo, população acessível e amostra.

População alvo é a população que se quer estudar e para a qual se deseja fazer generalizações. População acessível, será a porção da população alvo para a qual existe alcance por parte do investigador. Por último, a amostra é um conjunto de sujeitos que

fazem parte da mesma população e deve ser representativa da população visada (Fortin, 2009). Para este diagnóstico de situação definiram-se assim:

População alvo: os cuidadores informais de utentes pertencentes ao SNS existentes em Portugal;

População acessível: os cuidadores informais de utentes pertencentes ao Concelho do S;

Amostra: todos os cuidados informais de utentes abrangidos pela ECCI S, no período temporal de 15 de agosto a 15 de outubro.

Consideraram-se ainda os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: Todos os cuidadores informais de utentes ao cuidado da ECCI S, durante o período temporal de 15 de agosto a 15 de outubro;

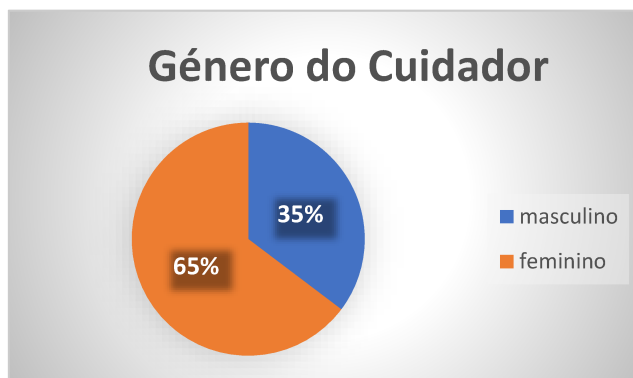
Critérios de exclusão: Uteses que tinham cuidadores formais (pagos) encarregues de efetuar o seu acompanhamento diário.

Obteve-se deste modo, uma amostra de 54 utentes, um aumento, após intervenção, do preenchimento da caracterização dos cuidadores para cerca de 88% dos utentes entrados na ECCI S, no período temporal já referido, bem como, um aumento para cerca de 57% no preenchimento da escala de sobrecarga do cuidador, considerando a mestranda, que se conseguiu a partir destes dados apresentar resultados representativos.

Após a **análise dos dados** verificou-se:

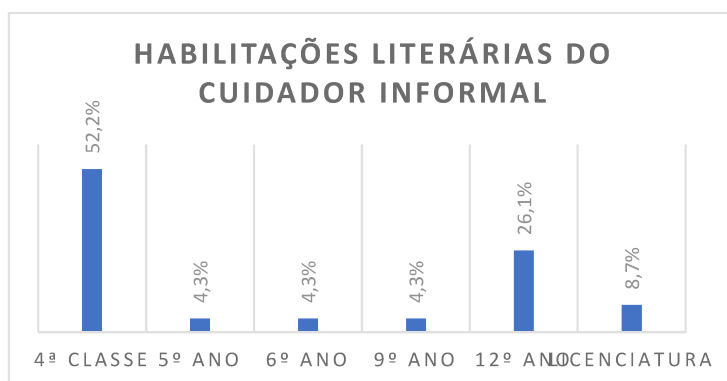
A média de idades destes cuidadores é de 63 anos, sendo que (como a literatura descreve) a maioria são mulheres (65%), entre elas, esposas, filhas e noras.

**Gráfico 1** - Género do Cuidador Informal



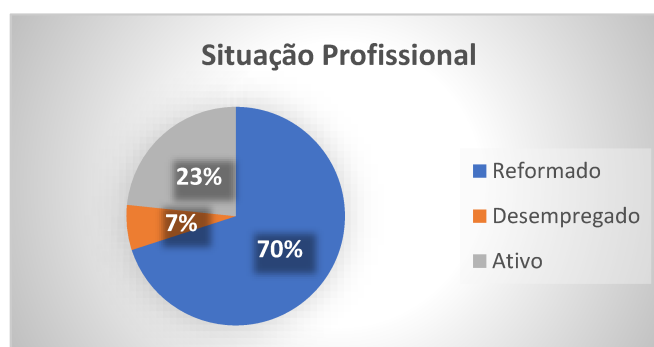
Relativamente às suas habilitações literárias, verificou-se que a maior parte tem a 4ª classe (52,2%), mas também existe uma percentagem relativa alta com escolaridade diferenciada (12º ano – 26,1% e licenciatura – 8,7%).

**Gráfico 2** - Habilidade Literárias do Cuidador Informal



Como seria expectável a maioria dos cuidadores estudados/analísados encontram-se reformados, representando uma relação de 70%, no entanto, verificou-se que 23% são trabalhadores ativos. De referir, que nem todos os utentes da ECCI S tem um elevado grau de dependência. Esta apreciação também é efetuada neste instrumento de avaliação de enfermagem, através da escala de Barthel (Anexo 3).

**Gráfico 3 - Situação Profissional do Cuidador Informal**

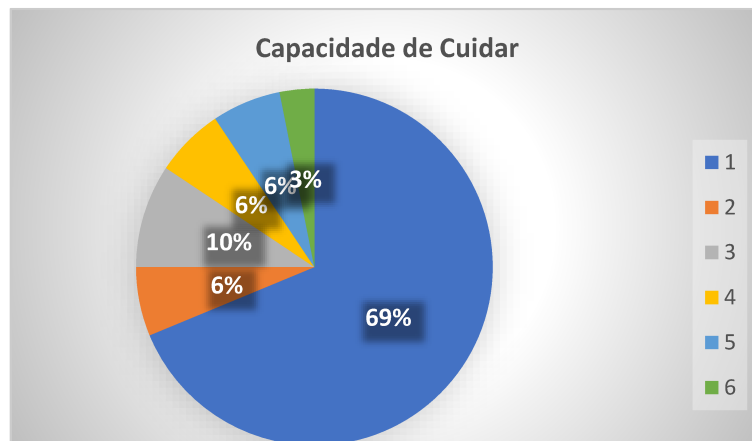


No que diz respeito à capacidade de cuidar na perspetiva do cuidador, são avaliados de acordo com os seguintes itens:

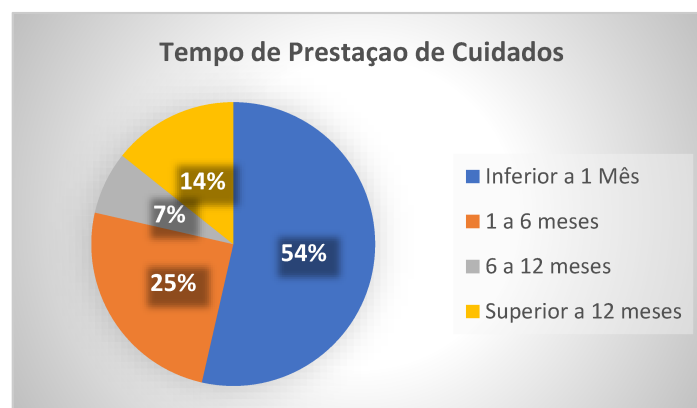
- 1 - Sente-se capaz de continuar a cuidar;
- 2 - Sente-se incapaz de continuar a cuidar;
- 3 - Solicita algum apoio na prestação de cuidados;
- 4 – Declara esgotamento emocional e físico;
- 5 – Não se aplica;
- 6 – Situação de acolhimento em instituição.

Tendo verificado que 69% dos cuidadores referem que se sentem capazes de continuar a cuidar, no entanto, se tivermos em consideração o tempo de prestação de cuidados, 54%, cuidam à menos de 1 mês, podendo aqui existir uma correlação.

**Gráfico 4** - Capacidade de Cuidar (prespetiva do cuidador)

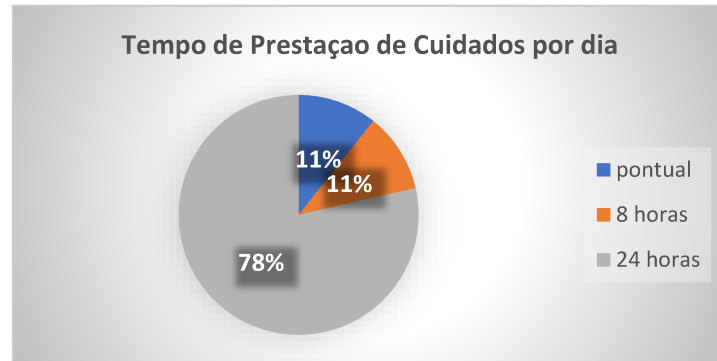


**Gráfico 5** -Tempo de Prestação de Cuidados



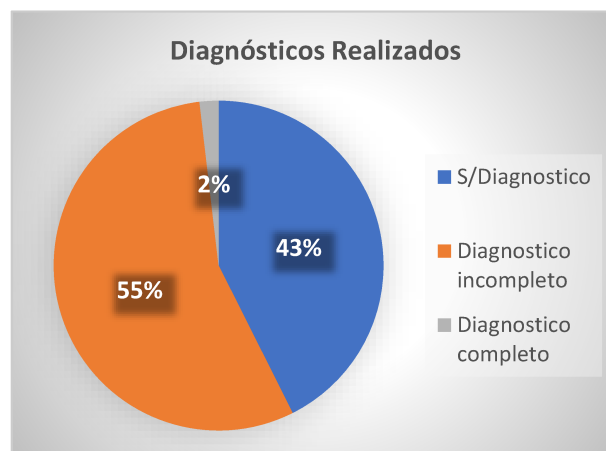
Por último verifica-se que quem cuida, o faz na sua grande maioria durante as 24 horas do dia (78%).

**Gráfico 6 - Tempo de Prestação de Cuidados por dia**

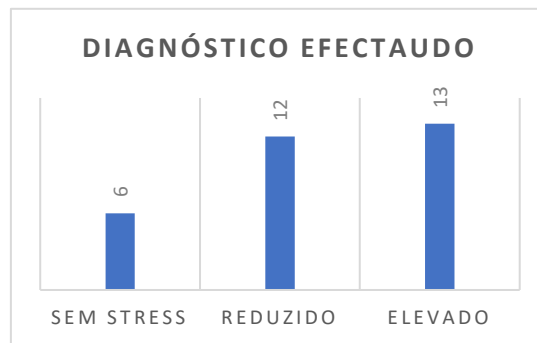


No que diz respeito, ao levantado o Foco/Diagnóstico de enfermagem, *Avaliar stress do prestador de cuidados* em SClinic®, verificou-se que 31 utentes (57%) da amostra total tinham este indicador avaliado parcialmente ou na sua totalidade, sendo que 13 (42%) apresentaram um grau elevado de stress e 12 (39%) um grau reduzido; por último 6 (19%) dos cuidadores apresentaram-se sem stress aquando a sua avaliação:

**Gráfico 7 - Avaliação da execução do Diagnóstico Realizado**



### Gráfico 8 - Caracterização do Diagnóstico Realizado



De salientar que da **análise dos dados** constata-se que o diagnóstico de saúde dos cuidadores da ECCI S apresenta características muito idênticas às existentes na literatura e ao atestado em estudos de tendência nacional e europeia validando, no entender da mestranda, a sua representatividade.

#### 3.1.3. Identificação de problemas de saúde/necessidades

Os problemas de saúde identificados pretendem dar resposta às necessidades de saúde da população (Tavares, 1990).

Da avaliação realizada e de acordo também com a *scoping review* efetuada (Apêndice 1) foram identificadas as seguintes necessidades:

- **Necessidades do conhecimento:**
  - Informação e aquisição de conhecimento/competências para cuidar, tais como, comer, lavar, vestir, andar, etc;
  - Aumento das responsabilidades e da insegurança face aos cuidados prestados, por falta de apoio dos profissionais de saúde;
  - Comunicação Eficaz entre profissionais e cuidadores/utentes.

- **Necessidades Sociais, Emocionais e Culturais:**
  - Isolamento social devido a maior restrição ao domicílio;
  - Diminuição da liberdade, com alterações consideráveis nas suas atividades de vida diárias;
  - Desajustes emocionais;
  - Dificuldade da aceitação de dependência por parte do idoso (inversão de papéis).
  - Aumento dos problemas de saúde/comorbilidades do cuidador, devido ao elevado stress e sobrecarga;
  - Aumento do próprio envelhecimento do cuidador;
  - Apoio financeiro e jurídico por perda do emprego e/ou impossibilidade de progressão no mesmo.

#### 3.1.4. Identificação de Diagnósticos de Enfermagem

Os problemas de saúde identificados traduziram-se em diagnósticos de enfermagem, de forma a dar resposta às necessidades e problemas identificados na população em estudo.

Assim, os diagnósticos (seguindo a CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) resultam nos seguintes:

- Risco de papel de cuidador comprometido;
- Risco para *stress* do prestador de cuidados;
- *Stress* do prestador de cuidados.

Perante estes diagnósticos há que definir prioridades. Foi realizada uma reunião de peritos que, tendo em conta, diversos fatores, incluindo a duração do estágio contribuíram para a definição das prioridades. Esta reunião de peritos foi realizada na

UCC, tendo estado presentes 5 enfermeiros da UCC (gestores de caso), a coordenadora da UCC e uma estudante do CME.

### 3.2. Determinação de Prioridades

Na metodologia de Planeamento em Saúde, a definição de prioridades é a segunda etapa, tornando-se necessário à sua seleção para se poder definir que problemas se devem tentar solucionar prioritariamente (Imperatori & Giraldes, 1982).

Para Pineault (2016) nem todas as necessidades podem ser satisfeitas ao mesmo tempo ou ao nível desejado, uma vez que existem limitações ao nível dos recursos no sistema de saúde, ou relacionados com o financiamento ou até com a gestão dos recursos humanos disponíveis.

As etapas de determinação de prioridades são na sua essência duas, em que na primeira se define os critérios de decisão atribuindo-lhe um peso e na segunda comparam-se os problemas, resultando daí a determinação de prioridades (Tavares, 1990).

Foi determinado a utilização do Plano de Saúde de Biscaia, atribuindo um peso ao problema/diagnóstico de enfermagem de acordo com os critérios da magnitude, transcendência social, económica e vulnerabilidade ou factibilidade tecnológica. O valor da escala foi atribuído consoante o critério obtido em consenso do grupo de peritos presentes na reunião anteriormente referida e que resulta no seguinte quadro:

**Quadro 1** – Plano de Saúde de Biscaia para definição de prioridades

Diagnóstico Enfermagem	Magnitude (A)	Transcendência social (B)	Transcendência económica (C)	Factibilidade tecnológica (D)	Total (A+B+C+D)	Ordem de prioridades
Risco de papel de cuidador comprometido	2	2	1	2	7	3

Risco para <i>stress</i> do prestador de cuidados	3	2	2	2	9	2
<i>Stress</i> do prestador de cuidados	3	3	2	3	11	1

Perante a ordem de prioridades definidas foi determinado pela mestranda com o aval da orientadora de estágio e dos restantes peritos, direcionar a sua intervenção para o diagnóstico de enfermagem “*Stress do Prestador de Cuidados*”. Tendo em conta o diagnóstico de situação apresentado anteriormente, optou-se por estabelecer que a prioridade de intervenção seria efetuar uma ação de intervenção individualizada nos 4 cuidadores informais (dos utentes ao cuidado da ECCI, durante a execução do diagnóstico de situação), diagnosticados com um grau elevado de stress com score de 4 ou 5 nos itens da escala de Zarit, referentes à avaliação da perceção de auto-eficácia do cuidador, ou seja, como já explicado na fundamentação teórica, à perceção acerca do desempenho do seu papel. E são eles os seguintes:

16: Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?

19: Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?

20: Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?

21: Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?

Esta ação de intervenção individualizada será direcionada para a amostra existente de acordo com as necessidades de cada cuidador informal, sendo esta orientada para a área do conhecimento e da capacitação nas seguintes intervenções existentes na CIPE e que advém do diagnóstico alvo deste projeto “*Stress do Prestador de Cuidados*”, que apresento de seguida:

- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress;

- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados face a tomar conta;
- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para os recursos na comunidade.

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman a intervenção realizada no âmbito deste projeto, será efetuada a partir da prevenção secundária, pois irá ocorrer após reação do sistema ao *stressor*, nos termos dos sintomas identificados, e o objetivo da intervenção será o enfoque do fortalecimento das linhas internas de defesa, protegendo a estrutura do sistema, fortificando também as linhas de defesa flexíveis, tratando os sintomas, de modo a alcançar a estabilidade e a harmonia.

### **3.3. Fixação de Objetivos**

Esta etapa é segundo Imperatori & Giraldes (1982, p. 43) fundamental pois só após uma “*correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos*”. Para isso é necessário ter em conta, a seleção dos indicadores, a determinação da tendência do problema, a fixação dos objetivos a médio prazo e a tradução dos objetivos em metas.

Imperatori e Giraldes (1982), afirmam que um **indicador** é uma relação entre uma situação específica, ou seja, atividade desenvolvida ou resultado esperado e uma população em risco, existindo dois tipos de indicadores, os indicadores de execução e os de resultado. Os primeiros pretendem medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde para atingir um ou mais indicadores de resultado, os segundos desejam medir a alteração verificada num problema de saúde.

Assim, foram definidos os seguintes indicadores de execução e de resultado, tendo por base os diagnósticos/prioridades de Intervenções de enfermagem como poderemos verificar nos quadros seguintes:

**Quadro 2 – Indicadores de Execução**

<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Indicador de execução</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Meta</b>
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir o <i>stress</i>	Nível de participação e disponibilidade dos cuidadores informais na ação de intervenção individualizada e no grupo de suporte	Nº de cuidadores informais com conhecimento para gerir o <i>stress</i> /Nº de cuidadores informais com potencial para gerir o <i>stress</i>	Melhorar o conhecimento em 80% dos cuidadores informais
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados face a tomar conta	Nível de participação e disponibilidade dos cuidadores informais na ação de intervenção individualizada	Nº de cuidadores informais disponíveis/ Nº total de cuidadores informais identificados	Envolver 80% dos cuidadores informais
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para os recursos na comunidade	Nível de participação e disponibilidade dos cuidadores informais na ação de intervenção individualizada	Nº de cuidadores informais disponíveis/ Nº total de cuidadores informais identificados	Envolver 80% dos cuidadores informais

**Quadro 3 – Indicadores de Resultado**

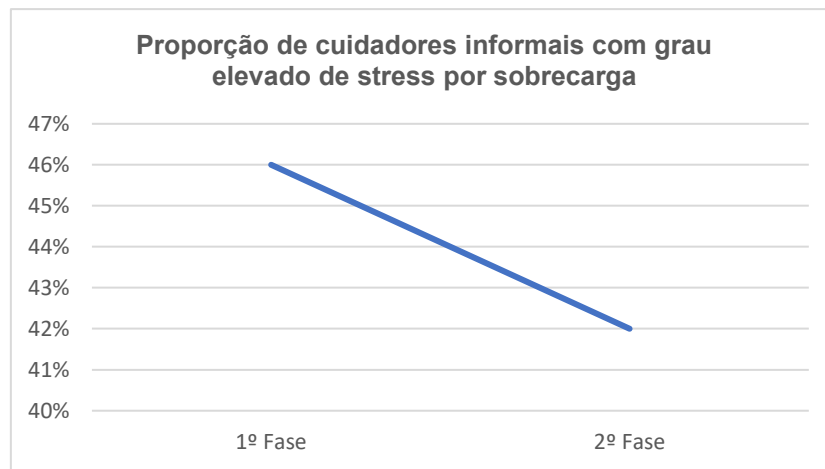
<b>Indicador de Resultado</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Meta</b>
Proporção de utentes com ganhos na gestão do stress do prestador de cuidados (avaliada através da aplicação da escala de Zarit)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes com diagnóstico de enfermagem com stress do cuidador com melhoria nos itens identificados}}{\text{N}^\circ \text{ utentes com diagnóstico de enfermagem com stress do cuidador elevado com scores 4 ou 5 nos itens identificados}}$	Diminuir em 20% os scores de 4 ou 5 para igual ou inferior a 3
Proporção de Encaminhamento dos cuidadores informais para o grupo de suporte	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores encaminhados}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores com necessidades de encaminhamento identificadas}}$	Encaminhamento da totalidade dos cuidadores com necessidades identificadas em 100% no prazo de 1 ano.

Para a obtenção de indicadores de resultados fidedignos e de acordo com o que está preconizado na evidência científica, a reaplicação de qualquer instrumento de avaliação deverá ser efetuado nos próximos 3, 6 e 12 meses, no entanto, devido à elevada rotatividade dos utentes/cuidadores informais acompanhados pela ECCI, a mestranda sugeriu à equipa a aplicação desta mensalmente, pois só assim se irá conseguir efetuar um maior acompanhamento e obter uma melhor transversalidade de resultados.

Segundo Imperatori & Giraldes (1982) após a seleção dos indicadores que melhor fazem emergir os problemas de saúde identificados e priorizados será necessário determinar a sua respetiva **tendência**. Sendo considerada pelos autores a evolução natural do problema, caso as condições atuais se mantenham. A projeção a tendência é realizada mediante os valores que o problema revelou no passado comparando com os valores que apresenta no momento atual.

Sendo assim foi efetuada a comparação na fase de caracterização retrospectiva (datada do início da aplicação da escala de Zarit e conseqüentemente a avaliação da sobrecarga do cuidador na ECCI S) com a fase de diagnóstico atual, como se demonstra no gráfico seguinte:

**Gráfico 9** – Tendência e Projeção da tendência da proporção/incidência de cuidadores informais com grau elevado de stress por sobrecarga



Pode-se verificar que a tendência e projeção estão numa inclinação descendente, no entanto a taxa de incidência da sobrecarga do cuidador é muito elevada, pois em ambas as fases estão acima dos 40%. O objetivo principal deste projeto será diminuir esses indicadores, através de uma intervenção comunitária delineada.

Entende-se por **objetivo** segundo Imperatori & Giraldes (1982, p.45) “*o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível*”, que terá como propósito alterar a tendência de evolução natural do problema identificado ou por outro lado coincidir com a tendência caso se considerar que esta será favorável em termos de ganhos em saúde.

Para Tavares (1990) devem ser hierarquizados, definindo assim objetivos gerais e específicos. Estruturalmente estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e

mensuráveis. Com base nestes princípios foram definidos um objetivo geral e 6 objetivos específicos apresentados de seguida:

*Objetivo Geral:*

- Capacitar os cuidadores informais abrangidos pela ECCI S na gestão do stress do prestador de cuidados informais em paralelo com o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e socioculturais de Enfermeiro Especialista em enfermagem comunitária, tendo por base a metodologia de planeamento em saúde.

*Objetivos Específicos:*

1. Integrar a Equipa de Intervenção Comunitária da UCC S e em particular a Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
2. Realizar a vigilância epidemiológica da caracterização dos cuidadores informais da ECCI S, bem como, a avaliação do Stress do Prestador de Cuidados (maio a setembro de 2018; agosto a outubro de 2018);
3. Realizar com supervisão o Projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*”;
4. Instruir sobre tarefas/atividades do cuidador informal e sobre recursos existentes na comunidade;
5. Demonstrar e treinar técnicas de gestão de stress;
6. Diminuir os níveis de stress do prestador de cuidados para score igual ou inferior a 3 nos itens selecionados num período de 3 semanas.

### **3.4. Seleção de Estratégias**

Para Imperatori & Giraldes a seleção de estratégias “*é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento*” (1982, p. 65), isto porque será a partir dela que se irá definir o processo mais apropriado para reduzir os problemas identificados, através de um conjunto de técnicas específicas e organizadas. Face aos problemas/necessidades detetados nos cuidadores informais na realidade encontrada, delineou-se as seguintes estratégias:

- Envolver toda a equipa para uma melhor caracterização, avaliação das necessidades e sobrecarga do prestador de cuidados dos utentes da ECCI S;
- Melhorar a eficácia dos recursos já existentes, nomeadamente dos sistemas de informação disponíveis, o SClínic ®;
- Otimizar as visitas domiciliárias da ECCI S para melhorar o apoio a estes cuidadores;
- Envolver a enfermeira orientadora, bem como, os enfermeiros gestores nas atividades efetuadas;
- Efetuar reuniões com possíveis parceiros de modo a incluídos no Projeto “*Cuidar de quem Cuida-S*”.
- Execução da ficha/projeto “*Cuidar de quem Cuida-S*” e apresentação à equipa de modo a incluídos na operacionalização do mesmo.

### **3.5. Elaboração do Projeto/Preparação da Execução**

Após a realização de todas as etapas do planeamento anteriormente delineadas e apresentadas, procede-se de seguida à elaboração dos programas e projetos. Para Imperatori & Giraldes (1982, p. 85)), este define-se “*como o conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia*”.

Como tal, este projeto irá encontrar-se inserido dentro dos objetivos proposto no PNSM e do PNSPI e terá como missão assegurar aos cuidadores informais a promoção da sua saúde e prevenção da doença, a melhoria na prestação de cuidados e favorecer a sua continuidade, através da articulação entre parceiros existentes na comunidade.

Pretenderá capacitar ao nível de conhecimento, de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI S, de acordo com as suas necessidades, para assim, se conseguir diminuir os seus níveis de sobrecarga. O enfoque da intervenção comunitária na execução inicial deste projeto será a sua elaboração, o estabelecimento de parceiras com recursos da comunidade, bem como, proporcionar o envolvimento de toda a equipa e posteriormente da rede.

Procedeu-se assim, à elaboração de uma Ficha Programa/Projeto “*Cuidar de quem Cuida-S*” (Apêndice 4), de acordo com as fichas tipo existentes na UCC do S, que foi apresentada à equipa e à sua coordenadora e que após a sua aceitação irá ser enviada para aprovação superior, do Exmo. Sr. Diretor executivo do ACES em causa.

O estágio em questão decorreu no período de 1 de setembro a 2 de fevereiro, tendo a mestranda efetuado todas as etapas do planeamento em saúde durante este período, como se encontra refletido no Cronograma das Atividades do Projeto “*Cuidar de quem Cuida-S*” (Apêndice 5).

### **3.6. Operacionalização do Projeto “*Cuidar de quem Cuida - S*” na UCC S**

Na operacionalização do projeto em causa foram efetuadas várias atividades que convergem entre si com o intuito de alcançar os objetivos definidos e os melhores resultados, que de seguida serão descritas:

- *Execução da ficha programa/projeto “Cuidar de quem Cuida – S”*

Foi efetuada uma ficha programa/projeto (Apêndice 4), como anteriormente referido, de acordo com as fichas tipo existentes na UCC S, onde é descrito a sua missão, finalidade, objetivos gerais e específicos, bem como, a descrição das principais necessidades identificadas de acordo com a *scoping review* e análise integrativa da literatura efetuada pela mestranda, terminando com um fluxograma de atuação para encaminhamento dos cuidadores informais com necessidades de conhecimento, emocionais e/ou culturais identificadas.

- *Criação de grupo de suporte*

No âmbito do início de formação e conceptualização de qualquer projeto, é necessária descrição da sua finalidade, seus responsáveis e comprometimentos dos seus intervenientes, bem como, o estabelecimento de parceiras com os recursos da comunidade. Sendo assim foi delineado em reunião de peritos, onde estavam presentes a coordenadora da UCC, a enfermeira orientadora do estágio em que a mestranda se integra que a finalidade deste grupo será:

*Avaliação, articulação e acompanhamento especializado dos cuidadores informais acompanhados pela ECCI S com necessidades emocionais, sociais e culturais identificadas.*

De seguida foi efetuada uma reunião de trabalho, onde estiveram presentes a coordenadora, a enfermeira orientadora, o enfermeiro de saúde mental da UCC e a assistente social responsável pelo Programa de Voluntariado do ACES, no sentido de pedir o apoio desta parceria e de ficar delineado as responsabilidades de cada interveniente sendo elas as seguintes:

Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária:

- Responsável pela articulação com os parceiros do projeto;
- Criação de mais parcerias com recursos da comunidade;
- Apresentação, acompanhamento e orientação do voluntário de acordo com as necessidades identificadas.

Enfermeiro Especialista em Saúde Mental:

- Responsável pela avaliação, acompanhamento e articulação com psicólogo da parceria com necessidades emocionais identificadas.

Assistente Social:

- Avaliação e acompanhamento de cuidadores informais com necessidades sociais identificadas;
- Aumento da bolsa de voluntários;
- Dinamização de cursos de formação para voluntários;
- Apresentação e acompanhamento do voluntário à família.

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a criação desde grupo de suporte pode ser a principal fonte de aquisição de estratégias para o reequilíbrio do sistema destes cuidadores, pois os *stressores* que estão a causar os distúrbios na linha de defesa do individuo, podem ser mais facilmente identificados e reajustados com a ajuda de

intervenções que levem de novo o utente à sua harmonia e equilíbrio. Se estas intervenções fossem efetuadas logo antes da interferência do *stressores* poderíamos dizer que os enfermeiros intervenientes, estariam a efetuar uma intervenção primária.

- *Sessão de apresentação e esclarecimento para a equipa da UCC – S sobre o projeto*

Foi efetuada segundo o cronograma de atividades, uma sessão de apresentação do projeto à equipa da UCC S (Apêndice 6), com o principal intuito de dar a conhecer o projeto que é inovador dentro da UCC, bem como, a partilha de ideias e sugestões para melhoramento do projeto em causa. Esta ação foi efetuada na UCC S, onde estiveram presentes, os enfermeiros gestores de caso, a coordenadora e estudantes do curso de enfermagem.

- *Ações de intervenção individualizada*

Foram identificados aquando o diagnóstico de situação, 4 cuidadores informais com necessidades de conhecimento, e tendo estes cuidadores grande dificuldade em se deslocarem de sua casa, foi decidido em reunião de peritos que a intervenção seria individualizada e direcionada para cada cuidador, no seu domicílio.

Foram utilizadas várias técnicas de intervenção, sendo elas a comunicação terapêutica, instrução e demonstração de conhecimentos.

Foi também deixado com os cuidadores informais o link de acesso ao [Manual do Cuidador](#) informal, para que estes possam efetuar mais algum esclarecimento de que necessitem.

- *Manual SClinic®*

O manual de registos de enfermagem para SClinic® com CIPE® é um tutorial para os registos de enfermagem no âmbito da avaliação do “*Stress do Prestador de Cuidados*”, adaptado à UCC e que pode ser utilizado pelas UF’S (Apêndice 7).

Segundo a OE (2007) a “*linguagem utilizada para descrever Enfermagem é um aspeto importante para a formalização do conhecimento próprio da disciplina e para o seu respetivo desenvolvimento*”, deste modo, as aplicações informáticas e seus sistemas de informação adjacentes permitem documentar de modo universal a prática de enfermagem, garantindo o seu desenvolvimento e o acompanhamento de fenómenos em todos os contextos da disciplina.

Achou-se pertinente a construção de um manual, tendo em conta principalmente a novidade da temática, que demonstrasse de modo prático, sistemático e com rapidez de consulta a execução dos diagnósticos de enfermagem e suas intervenções associadas. Pois de acordo com a OE (2007):

*“A finalidade do tratamento informático deverá visar a articulação entre diferentes instituições, tendo por base a partilha de informação necessária à continuação de cuidados”.*

O manual foi apresentado e aprovado em reunião de equipa na UCC juntamente com a apresentação da caracterização e necessidades dos cuidadores informais da ECCI S.

### **3.7. Avaliação**

Avaliar é uma forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar as atividades efetuadas e planear mais eficazmente todas as etapas anteriormente descritas, para que num futuro todas as intervenções decorram de maneira a alcançar de forma aperfeiçoada os objetivos pretendidos (Imperatori & Giraldes, 1982).

Já segundo Pineault (2016), avaliar será efetuar um julgamento sobre um fenómeno ou atividade que implicará um processo normativo (entendido como metas) que servirão para a avaliação.

É primordial afirmar que a avaliação terá como finalidade melhorar os programas/projetos e orientar a distribuição dos recursos com base na informação que a experiência fornece. Para esta fase é fundamental que a informação recolhida, tanto no diagnóstico de situação, como nos indicadores de execução e resultado, seja registada em sistemas de informação.

A avaliação permite o desenvolvimento de uma cultura organizacional centrada na qualidade e na melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Deste modo, procedeu-se a avaliação do Projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*”, através da aplicação novamente da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, após a execução da ação de sensibilização aos 4 cuidadores informais e obteve-se um decréscimo em 100% nos scores de 4 ou 5 para igual ou inferior a 3, podendo-se afirmar deste modo que se atingiu a meta pretendida de melhorar o conhecimento em 80% dos cuidadores informais, quer no que diz respeito a gerir o seu *stress*, quer referente ao tomar conta.

No que diz respeito à meta estabelecida para o encaminhamento da totalidade dos cuidadores informais da ECCI S, com necessidades identificadas em 100% no prazo de 1 ano, esta só poderá ser avaliada a partir do prazo estabelecido.

Em síntese, poder-se-á afirmar que as mais valias relatadas anteriormente demonstram a pertinência e atualidade do projeto, os seus ganhos em saúde, bem como, o potencial impacto na redução nos custos socioeconómicos para o SNS. A prevenção em articulação com o fortalecimento, acompanhado pelo EEEEC, deverá sempre ser primordial antes do internamento e/ou institucionalização dos utentes devido à sobrecarga dos seus cuidadores.



#### **4. Alargamento e Sustentabilidade do Projeto**

Espera-se de um projeto de intervenção comunitária que este tenha implicações para a prática, para a investigação e para o enaltecimento da enfermagem enquanto disciplina.

No que diz respeito ao Projeto “*Cuidar de quem Cuida-S*”, pode afirmar-se que as suas implicações para a prática se revelam nos documentos elaborados e aprovados pela equipa, nomeadamente, o Manual, a Ficha Programa/Projeto, bem como, a criação do grupo de suporte que será o grande pilar para a manutenção e sucesso deste Projeto. À mestrandia e à sua prática clínica, a elaboração destes documentos, permitiu-lhe dar o seu contributo, bem como, experienciar o quão importante é a uniformização de procedimentos e sistematização de registos, de modo a se conseguir alcançar a qualidade em enfermagem e melhoria contínua.

No que concerne às implicações para a investigação, este Projeto espera também ter dado o seu contributo, pois ao ser inovador no Concelho estará a contribuir para conhecimento epidemiológico do perfil desta comunidade específica com estas necessidades particulares.

A referir também que os dados recolhidos para a execução do diagnóstico de situação do Projeto, foram utilizados por dois enfermeiros da UCC para a execução de trabalho/candidatura. Um deles, efetuado pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, é referente ao pedido para uma “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental Comunitária”, denominado por Projeto: “COSMiC, no âmbito do Orçamento Participativo da Ordem dos Enfermeiros SRSul. O outro, efetuado pela Enfermeira Coordenadora da UCC em causa, foi enquadrado dentro da sua Pós-Graduação em Administração de Unidades de Saúde: Unidade Curricular – Métodos e Técnicas de Análise em Serviços de Saúde.

Relativamente às implicações para a enfermagem estas são de extrema importância no que diz respeito ao Projeto: “*Cuidar de quem Cuida S*” uma vez, que a aplicação na prática quer dos documentos, quer o trabalho contínuo de acompanhamento dos cuidadores

informais por parte do grupo de suporte permite a efetiva implementação dos pressupostos do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, pois ao reduzirmos os níveis de stress, reduziremos os níveis de sobrecarga e estes cuidadores alcançaram a harmonia e permaneceram em bem-estar e equilíbrio com o sistema.

Tendo em conta os resultados obtidos e as implicações descritas anteriormente, espera-se que este Projeto tenha contribuído e continue a contribuir para a prática profissional baseada na evidência científica.

## **5. As Competências Desenvolvidas e Considerações Éticas**

### *Competências na Área de Especialidade em Enfermagem Comunitária*

A Enfermagem Comunitária assume um papel determinante nos cuidados de saúde primários, uma vez que o EEEC é, por excelência um profissional detentor de competências no que diz respeito à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, na capacitação das pessoas, grupos e comunidades, na contribuição para a afetiva implementação dos programas nacionais de saúde, no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção comunitária, bem como, na realização de vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico, de modo a alcançar ganhos em saúde (OE, 2018).

A realização deste Projeto, assim como todas as atividades inerentes e o percurso académico realizado, permitiu desenvolver estas competências utilizando para esse fim a metodologia de planeamento em saúde, competências essas que foram sendo mencionadas ao longo do relatório.

O EEEC “*estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*” (OE, 2018b, p.3):

Conhecer as necessidades da população onde está inserido constitui um dos deveres do enfermeiro, sendo este responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta em cuidados de enfermagem (OE, 2015).

No sentido de desenvolver esta competência, foi realizado um diagnóstico de situação de saúde perante um fenómeno considerado como urgente para intervenção – sobrecarga do cuidador informal - e que conduz cada vez mais a internamentos de utentes devido a este mesmo fenómeno. Este diagnóstico foi realizado tendo por base, todos os cuidadores informais da ECCI S, no espaço temporal de 15 de agosto a 15 de outubro, de onde emergiram 4 cuidadores que apresentavam score 4 ou 5 na escala de avaliação de

sobrecarga do cuidador de Zarit, nos itens referentes à autoeficácia e identificados nesse capítulo do relatório.

Procedeu-se à comparação com a análise retrospectiva, efetuada também pela mestrand, e comunicação dos resultados aos profissionais de saúde da UCC S e mais especificamente aos gestores de caso integrados na ECCI, tendo sido de seguida, definidas prioridades em reunião de peritos, determinados objetivos e definidas estratégias de intervenção. As estratégias estabelecidas foram não só decorrentes das prioridades definidas, mas também enquadradas nos programas nacionais de saúde prioritários e confluindo para a execução dos objetivos do PNS.

Todas as fases do planeamento em saúde foram desenvolvidas tendo como modelo conceptual, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Este permitiu compreender e efetuar uma intervenção que permita na sua essência a consolidação das linhas defesa dos sistemas em causa, diminuindo desta forma os *stressores* identificados.

O EEEEC, no âmbito das suas competências especializadas, “*contribui para a capacitação de grupos e comunidades*” (OE, 2018b, p.4):

O desenvolvimento desta competência foi atingido através da realização de ações de sensibilização individualizada aos cuidadores informais identificados, e também, através de uma ação de apresentação e sensibilização para os intervenientes (enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeuta) da ECCI S, de modo a, primeiro realçar a importância da temática estudada, depois para promover a identificação e encaminhamento precoce dos cuidadores em sobrecarga e por último para dar a conhecer todo o âmbito do Projeto efetuado, bem como, a criação do grupo de suporte, que será a grande alavanca e auxílio dos enfermeiros e dos utentes.

A realização de sessões de informação para estes diferentes sistemas, teve como objetivo operacionalizar os vários programas nacionais de saúde – PNS, PNSPI, PNSM.

Foram concebidos documentos que permitirão o estabelecimento de novos métodos de trabalho, tais como o Manual SCLinic® e a Ficha programa/projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*”, com que se pretenderá conduzir para um processo normativo e institucionalizado do Projeto efetuado e que permita maximizar a eficácia das intervenções.

O EEEC “*realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*” (OE, 2018b, p.5):

Esta competência desenvolveu-se no decorrer do estágio, pois foi transversal à entrada de novos utentes da ECCI S, no entanto, para a análise de dados apresentada em relatório, esta foi efetuada durante a primeira etapa do planeamento em saúde, ou seja, para a execução do diagnóstico de situação de saúde e implicou a avaliação de todos os novos utentes e seus cuidadores informais no período já referenciado. Foi efetuado de seguida, a comparação e analogia com os dados epidemiológicos europeus e nacionais.

As competências desenvolvidas tiveram por base também os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2018), da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e as aprendizagens profissionais.

### *Competências de Mestre em Enfermagem*

O Quadro Europeu de Qualificações (QEQ), adotado em 2008 pelo Parlamento Europeu e pelo Governo Português, consiste num modelo comum que permite fazer corresponder e comparar os sistemas de qualificações educacionais dos seus vários países integrantes.

Na realidade, funciona como um dispositivo de tradução/comparação dos níveis de qualificação de diferentes países, que visa tornar as qualificações mais claras e perceptíveis entre sistemas e promover a mobilidade dos estudantes e trabalhadores entre países.

Do mesmo modo que vários Quadros Nacionais de Qualificações na Europa, incluindo Portugal, o Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior (QQ-EEES) tem descritores de qualificações genéricos para cada ciclo, chamados “*descritores de Dublin*”. Estes ilustram as competências típicas e os objetivos associados às qualificações que traduzem a conclusão de cada ciclo.

De acordo com o Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações (2013), o sistema nacional de graus e diplomas do ensino superior, aprovado pelo decreto-lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelo decreto-lei nº 107/2008, de 25 de junho, e decreto-lei nº 230/2009, de 14 de setembro, o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem:

*a. possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que:*

i) *baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde*, sendo que neste ponto toda a aprendizagem adquirida ao longo do meu curso base, bem como, adquirida com a experiência profissional, foi sempre aplicada e desenvolvida ao longo do estágio;

ii) *sejam capazes de desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação*: A execução deste relatório, bem como, a consciência adquirida da importância das metodologias constituem ferramentas importantíssimas para o futuro da prática clínica e consequentes ganhos em saúde para toda a comunidade que poderá ser transportada para outros universos mais abrangentes.

*b. saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo*: a análise e implementação realizada traduzem a aplicação dos conhecimentos adquiridos em contexto comunitário, num ambiente rico e diversificado, em constante mutação.

*c. possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem*: este descritor também se encontra descrito ao longo de todas as fases de planeamento em saúde, bem como, nas considerações finais.

*d. ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*: foi efetuado através a divulgação de conhecimento a partir de um poster no I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Universidade Católica Portuguesa, das ações de sensibilização e de intervenção individualizada referenciadas anteriormente, bem como, será efetuado na discussão pública do relatório.

*e. possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*: todo o estágio, execução do Projeto e em consonância a concretização do relatório, contribuíram de forma muito significativa para o autoconhecimento da

mestranda. Toda a metodologia do planeamento em saúde efetuada, a pesquisa bibliográfica, a *scoping review*, o estudo aprofundado e utilização do modelo conceptual de Betty Neuman, sempre com a orientação das professoras da Universidade Católica de Lisboa, tal como, da orientadora de estágio, permitiram sistematizar o conhecimento de modo a basear a prática clínica na evidência científica e na enfermagem enquanto disciplina científica.

### *Questões Éticas*

No decorrer do percurso de estágio e da execução do relatório, a mestranda patou todas as minhas intervenções, tendo por base o Código Deontológico da profissão de Enfermagem, bem como na gestão e prestação de cuidados.

Toda a recolha de dados foi realizada no âmbito do normal funcionamento da equipa de cuidados continuados integrados, e por isso, não foi solicitado o consentimento livre e esclarecido aos cuidadores informais intervencionados, no entanto, todos foram informados pelos enfermeiros gestores de caso, no momento da aplicação do instrumento de avaliação utilizado pela equipa do objetivo desta avaliação.

Todos os dados recolhidos foram registados em sistema de informação disponível na UCC, onde foram mantidos no processo clínico dos utentes, fazendo parte integrante deste.



## **6. Considerações Finais**

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro contacto do utente com o SNS. Este nível de assistência não se limita a cuidados curativos, mas tem essencialmente como objetivo, de acordo com a Declaração de Alma Ata, trabalhar os principais problemas de saúde de uma comunidade, através da promoção e prevenção da saúde, e do tratamento e reabilitação dos doentes.

Os cuidados no domicílio devem representar estratégias preventivas, de modo a que as pessoas permaneçam na sua residência sempre que possível. É fundamental dar prioridade aos agentes de saúde que prestam apoio domiciliário, sendo imprescindível tecer a imagem real das necessidades da população.

Poder-se-á dizer que cuidar de uma pessoa dependente, gera frequentemente o desgaste do cuidador informal, que se manifesta de várias formas e identificar essas necessidades é um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase da prestação de cuidados e o contexto em que este ocorre, no entanto, a identificação da sobrecarga do cuidador dar-nos-á as competências para ajudá-los a alcançar a harmonia.

A identificação desta temática tão importante que emerge na nossa sociedade, quer para a sustentabilidade do SNS, quer para o equilíbrio familiar, emocional e cultural dos utentes/cuidadores informais, poder-se-á afirmar que este foi o mote central para a construção do Projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*”.

No âmbito das competências de EEEEC e de acordo com OE (2018), após a realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade e de determinar objetivos, prioridades e estratégias de intervenção, articulando com parceiros da comunidade e utilizando o modelo conceptual de Betty Neuman, foi possível alcançar todo o processo de criação deste projeto. Intervindo num grupo/comunidade tendo em conta os vários sistemas que interagem, o EEEEC tem a possibilidade de instruir a comunidade para hábitos/atividades de vida de promovam o seu bem-estar em todas as dimensões.

Assim sendo, a criação de um programa centrado na preparação destes cuidadores, assente nas necessidades vivenciadas pelos intervenientes e nos diferentes enquadramentos dos sistemas é essencial, para que os elementos *stressores* sejam diminuídos ou mesmos anulados, fortalecendo as linhas de defesa dos indivíduos, de modo a alcançar o equilíbrio entre a doença do utente e a saúde do prestador de cuidados informal.

Nunca esquecendo que quem cuida, também envelhece com todo o desgaste físico, psicológico e social, o cuidador informal deve emergir como foco de atenção para que o seu envelhecer seja com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível.

De realçar também, o percurso espelhado neste relatório permite compreender todas as etapas percorridas pela mestranda ao longo do estágio, no desenvolvimento das competências referidas como especialista na área e como mestre. Etapas estas que foram fundamentadas e todas elas essenciais numa perspetiva futura para a prática de enfermagem especializada.

Torna-se premente cuidar de quem cuida, para que quem cuida não fique por cuidar!

## 7. Referências Bibliográficas

André, S.M. (2014). Estado de ânimo dos cuidadores informais: Contributos para melhor cuidar (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Araujo, I. M., Paúl, C., Martins, M. M. (2009). Cuidar de Idosos Dependentes no Domicílio: Desafios de Quem Cuida. *Ciência Cuidar Saúde*, (abril-junho) pp. 191-197.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B. Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649–657. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)

Carrilho, M. J., Gonçalves, C. (2006). *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento*.

Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica*. 8ª ed. Porto Alegre: Artes médicas.

Carvalho, A.S. (2013). *Preparação do regresso a casa: Dificuldades da família na continuidade de cuidados (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Deodato, S. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Duarte, S. (2010) *Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

ENEAS, 2017. *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*.

Figueiredo, D., Sousa, L. (2002). Cuide (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. *Geriatrics*. Lisboa. Vol. XV: nº 144, p. 15 – 19.

Gomes, M. (2014). O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado: Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

Gort A., Mingot M, Gomez X, Soler T, Torres G, Sacristán O., et al. (2007). Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.2:957-962

Karsch M. (2003). Dependent seniors: families and caregivers. *Cad. Saúde Pública*;19(3):861-866.

Lai D. (2007). Validation of the Zarit Burden Interview for Chinese Canadian caregivers. *Social Work Research*. literature review from an international perspective. *Journal of Advance Nursing*; 31(1): 45-53.

Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal.

Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson.

OE (2007). SIE. Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa: OE.

OE (2018a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: OE.

OE (2018b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: OE.

OE (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Pública Familiar. Lisboa: OE.

OMS (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

Pavarini, I., Neri, L. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, pp. 49-70.

Pestana, D., Velosa, S. (2010). Introdução à Probabilidade e à Estatística, Volume I, 4ª ed, Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-1150-7

Peters M. (2017). Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11: Scoping Reviews Scoping Reviews. Em: Joana Briggs Institute Reviewer's Manual

Pineault, R. (2016). Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão (1ª ed.). Brasília: LEIASS. ISBN 978-85-8071-037-3.

Pinho, L.M.G, Pereira, A.M.S (2015). Intervenção familiar da esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 14, p. 15-23.

Salgueiro H, Lopes M. (2010). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. Rev. Gaúcha Enferm;31(1):26-32.

Santos P. (2005). O familiar Cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado em saúde pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa.

Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 1, p.33-39.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Scazufca, M. (2002). Versão Brasileira da escala Burden Interview para avaliação da sobrecarga em cuidados de indivíduos com doenças mentais. Revista Portuguesa de Psiquiatria. 2002. 25(6):12-17. In: Sequeira, C. Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. 2010.

Veríssimo C. (2004). Os Cuidadores familiares/informais – cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*; 8(1): 60-65.

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária* (7ª ed.). Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teóricas de Enfermagem)* (5ª ed.). Lusociência.

World Health Organization. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.

World Health Organization. (2014). “Ageing well” must be a global priority.

World Health Organization. (2015b). *Ageing*.

Zarit S. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*; 20:649-655.

Zarit S, Zarit J. (1987). *Instructions for the Burden Interview*. University Park: Pennsylvania State University.

Zarit, S. H. Zarit, J.M. (1983). *The memory and behavior problems checklist – and the burden interview*. Technical report, Pennsylvania State University.

*Validação da escala de Zarit: sobrecarga... (PDF Download Available)*. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/259653870\\_Validacao\\_da\\_escala\\_de\\_Zarit\\_so\\_brecarga\\_do\\_cuidador\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_domiciliarios\\_para\\_populacao\\_portuguesa](https://www.researchgate.net/publication/259653870_Validacao_da_escala_de_Zarit_so_brecarga_do_cuidador_em_cuidados_paliativos_domiciliarios_para_populacao_portuguesa) [accessed May 28 2018].

## **Lei**

Lei n.º 21/2016 de 19 de julho. Resolução da Assembleia da República, n.º 134/2016. Diário da República, 1ª série - n.º 137 - 19 de julho de 2016.

Lei n.º 21/2016 de 19 de julho. Resolução da Assembleia da República, nº 135/2016. Diário da República, 1ª série - nº 137 - 19 de julho de 2016.

### **Decretos-Lei**

Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República, 1ª Série A - nº 109 - pp.3856-3865.

Decreto-Lei nº 101/06. Diário da República, 1ª Série A - nº 109 de 06/06/2006 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

### **Documentos Não Publicados**

UCC do Seixal (2017) – Plano de Ação UCC Seixal. Seixal: UCC Seixal

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado de natureza profissional. 2016/2017

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - “Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional). 2015

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional. DESPACHO NR/C/1072/2012. 2012



# Apêndices



## **Apêndice 1**

- Necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio: a *scoping review* -





**CATOLICA**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

**Enfermagem Comunitária II:**

**Necessidades do cuidador informal das pessoas idosas**

**no domicílio:**

***a scoping review***

**Docente:**

Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo

**Docente Colaboradora:**

Professora Doutora Cândida Ferrito

**Trabalho realizado por:**

Marta Soares Dias nº 192017018

**Lisboa**

**Junho 2018**



***“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis e pessoas incomparáveis”.***

**- Fernando Pessoa –**



## Índice

INTRODUÇÃO .....	4
1. PROTOCOLO <i>THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE</i> .....	5
1.1 Informação dos Autores .....	5
1.2 Título .....	5
1.3 Objetivo .....	5
1.4 Questão .....	5
1.4.1 Pergunta de revisão detalhada (PCC).....	5
1.5 Enquadramento .....	6
1.6 Critérios de inclusão .....	9
1.7 Tipos de fonte .....	9
1.8 Estratégia de pesquisa.....	10
2. FLUXOGRAMA PRISMA.....	12
3. RESULTADOS.....	13
4. DISCUSSÃO.....	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	18
APÊNDICES.....	21
Apêndice I – Tabela de Análise de Artigos Incluídos.....	22



## **Introdução**

No âmbito da Unidade Curricular Saúde Comunitária II, inserida no 2º semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, foi-me proposto a realização de um trabalho para avaliação. Este trabalho tem como objetivo desenvolver um protocolo de *scoping review* segundo a metodologia proposta no *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Review*.

As *scoping reviews* são usadas para mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa, bem como para esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceptuais sobre uma temática. As *scoping reviews* desenvolvem-se segundo um protocolo, que é fundamental para definir os objetivos e os métodos da revisão (Peters, 2017).

A temática escolhida para o desenvolvimento deste trabalho foi mapear “*Quais as necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio*”. Sendo que para isso, irei realizar tendo em conta literatura científica uma breve referência sobre o cuidar, cuidador informal – características e sobrecarga, bem como, identificar o instrumento de avaliação validado em Portugal para a sobrecarga do cuidador (The Zarit Burden Interview).

A escolha deste assunto deve-se essencialmente à inquietação sentida pela mestranda sobre as necessidades que o cuidador informal sente aquando do acompanhamento das pessoas idosas no domicílio. Sendo assim, passarei de seguida ao desenvolvimento do protocolo, no sentido de tentar alcançar esse objetivo.

# **1. Protocolo *The Joanna Briggs Institute***

## **1.1. Informação dos Autores**

A autora desta scoping review é:

- Marta Soares Dias: martita.mestre@gmail.com – Enfermeira no Hospital Garcia de Orta – Serviço de Urgência Geral; Mestranda de Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem – Lisboa.

## **1.2. Título**

Necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio: a *scoping review*.

## **1.3. Objetivo**

Mapear as necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio.

## **1.4. Questão**

### **1.4.1. Pergunta de Revisão Detalhada (PCC)**

P- População: Cuidador informal

C- Conceito: Necessidades

C - Contexto: Domicílio

## **1.5 Enquadramento**

### **Cuidar**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Este conceito é, sem sombra de dúvida uma meta.

O avanço das ciências biotecnológicas possibilitou melhores condições de assistência nos cuidados de saúde, e como consequência o aumento da esperança de vida. Associado a este facto, verificou-se um aumento de doenças crónicas, algumas das quais incapacitantes e sem resposta curativa, conduzindo a situações de doença incurável, progressiva e avançada.

Se a atenção sobre a família for centrada na questão da qualidade de vida, e se existir alguma transição significativa do ciclo de vida, como a prestação de cuidados a um familiar dependente, temos segundo Meleis (2000), um fenómeno de enfermagem no qual investir. Pode afirmar-se assim, que a vinculação entre os membros familiares, a natureza dos seus laços, a força com que se relacionam, influenciam de forma significativa as transições vividas no seio familiar.

O conceito de cuidar situa-se acima do simples ato ou atitude, elevando-o a uma dimensão ontológica do ser humano, argumentando que sem cuidado, o Homem deixa de ser humano. Se não receber cuidado no seu processo e ciclo de vida, ele desestrutura-se, define-se, perde sentido e morre. Então, o Homem é um ser de interação e comunhão, não se limitando somente a intervir no outro.

Hesbeen (2004), numa linha de pensamento semelhante, enquadra o cuidado como uma necessidade da comunidade, dos humanos que a compõem. Este cuidado assenta na convicção de que, o respeito e dignidade de todo o Homem devem estar presentes no ato de cuidar.

## **Cuidador Informal- Características, Necessidades e Sobrecarga**

Como referem Figueiredo e Sousa (2002), é à família que cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente, o que pode implicar um desgaste da saúde física e psicológica, podendo gerar desgaste do cuidador, situação definida por Carpenito (2002) como sendo *“um estado no qual um individuo apresenta sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de cuidar de outra pessoa”*.

Os cuidadores informais segundo Carvalho (2013) prestam cerca de 80% dos cuidados na Europa sendo que em Portugal são maioritariamente familiares, sendo eles que preenchem lacunas dos serviços oficiais (Gomes, 2014). Poder-se-á dizer que cuidar de uma pessoa idosa dependente gera frequentemente o desgaste do cuidador, que se manifesta por uma redução da vitalidade, do desempenho físico e social, podendo causar sentimentos de frustração, culpa, raiva e até de subestima por se sentir incapaz de cumprir plenamente o seu papel (Carpenito, 2002).

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação. Para Virgínia Henderson todas as necessidades encontram-se relacionadas, sendo a satisfação de qualquer uma delas diferente de pessoa para pessoa, variando de acordo com os fatores psicológicos, sociais, culturais, bem como, de acordo com sua perceção do que é certo ou normal.

Identificar as necessidades dos cuidadores informais é segundo Figueiredo (2007) um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase da prestação de cuidados e o contexto em que ocorre. Além disso, os próprios cuidadores familiares/informais sentem algumas dificuldades em formular, imaginar, bem como, até verbalizar as suas próprias necessidades, principalmente quando desconhecem as respostas que a comunidade tem ao seu dispor.

Ainda segundo esta autora, em geral estes cuidadores apresentam uma série de necessidades: *necessidades de ajudas práticas e de ajudas técnicas, de apoio financeiro, de apoio psicossocial, de tempo livre, de informação e de formação*. A avaliação destas necessidades será de elevada relevância pois, apesar do crescente reconhecimento da importância dos cuidadores informais na coordenação e prestação de cuidados a longo prazo a idosos dependentes ou incapacitados, esta avaliação tem merecido pouca atenção por parte dos políticos, investigadores e profissionais. Dificilmente se poderá apoiar adequadamente as pessoas sem a compreensão abrangente das suas necessidades.

A sobrecarga do cuidador é definida, segundo Santos (2005) como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. Segundo Veríssimo e Moreira (2004) este mesmo aspeto é definido como: *“uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos do utente.”* O cuidador principal tem sido estudado por se apresentar numa relação única com o seu familiar doente (Sequeira, 2010).

Se conseguirmos mensurar e caracterizar a sobrecarga do prestador de cuidados informal de tal forma que nos permita, encontrar padrões de comportamento vinculativos à prestação de cuidados no seio familiar, poderemos agir de forma atempada e eficaz em situações consideradas de risco.

Neste âmbito existem já escalas validadas para avaliar a sobrecarga do cuidador, nomeadamente *“The Zarit Burden Interview”*, que tem como objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, se poder proporcionar respostas adequadas às suas necessidades. Esta escala encontra-se validada em diversos países, em diferentes tipologias de doentes, em internamento ou domicílio. Em Portugal foi traduzida e validada por Sequeira em 2007. Todos os estudos demonstraram que a Zarit Burden Interview é uma escala válida e fiável, não só com uma elevada consistência interna, mas também no que se relaciona com os seus diferentes fatores.

Em forma de resumo, a temática deste trabalho centra-se nas necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio. Face ao enquadramento anteriormente exposto, o enfermeiro deverá cada vez mais, encarar a família e suas necessidades como um cliente, merecedor de cuidados de qualidade, com direitos e deveres para respeitar e cumprir.

Após pesquisa preliminar não se encontrou nenhuma *scoping review* sobre o tema.

## **1.6. Critérios de Inclusão**

**População:** Serão incluídos cuidadores informais, maiores de 18 anos, de qualquer nacionalidade, cultura ou etnia;

**Conceito:** Considera-se Necessidade, aquilo que é estritamente necessário, ou seja, que é indispensável, que é útil, que não se pode deixar de ter ou ser.

**Contexto:** Domicílio, considera-se segundo a lei portuguesa, domicílio da pessoa o lugar onde ela estabelece a sua residência com ânimo definitivo.

## **1.7. Tipos de Fontes**

A pesquisa foi delimitada temporalmente aos últimos 5 anos na base de dados da *EBSCO Host* e no motor de busca *Google Academic* [2013-2018], com o intuito de obter a evidência científica mais recente. Na *PubMed* não foi possível a delimitação temporal devido à inexistência de evidência científica sobre a temática em causa neste período de tempo. Foi feita uma pesquisa de informação “aberta” para permitir a inclusão de todas e quaisquer fontes.

## **1.8. Estratégia de Pesquisa**

Tal como recomendado pelo Protocolo *The Joanna Briggs Institute* (2015) foi adotada a estratégia de pesquisa de três etapas.

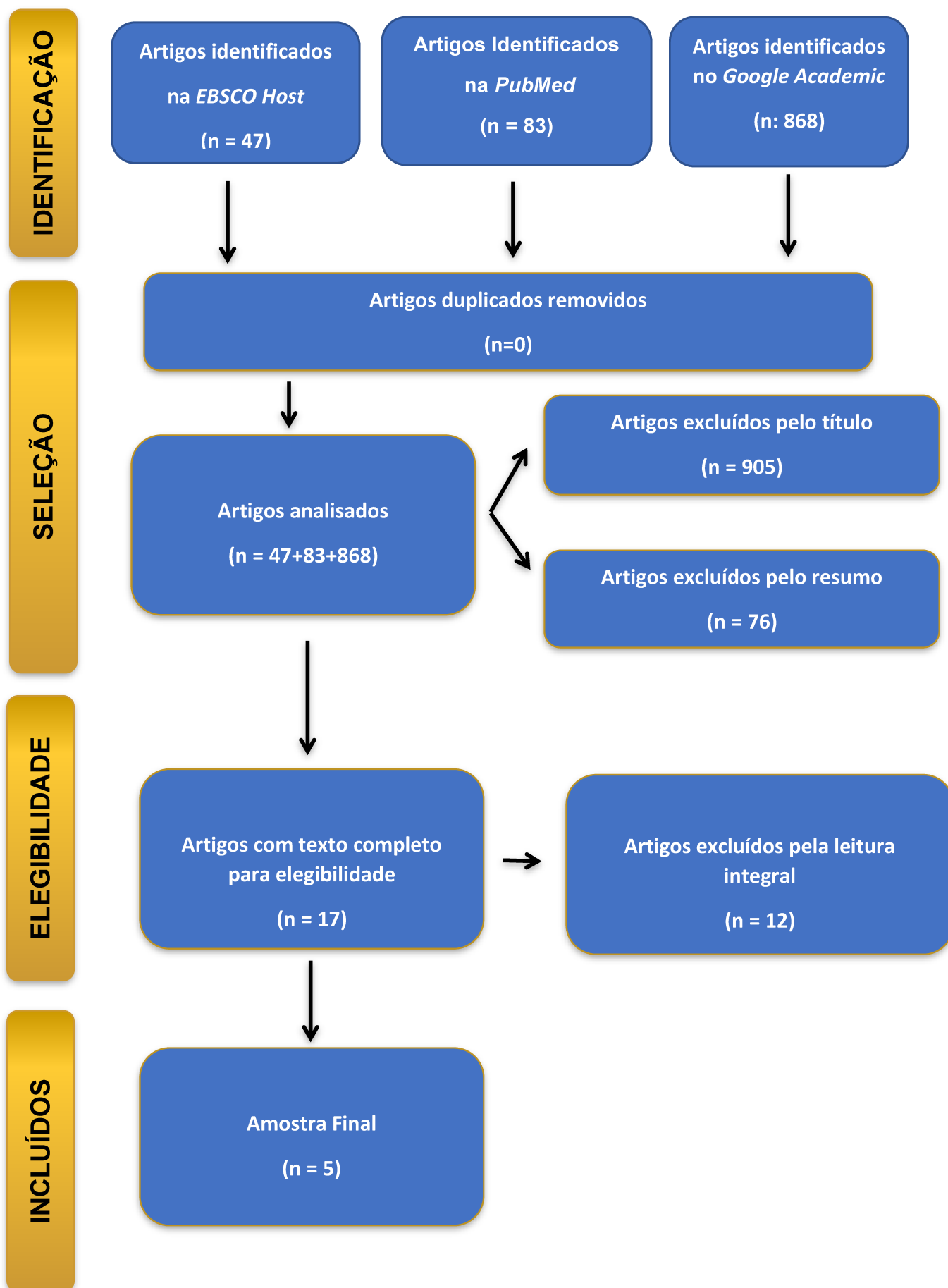
Foi realizada uma pesquisa relevante sobre o tema no contexto da Unidade Curricular: Saúde Comunitária – Vigilância e Decisão Clínica que decorreu entre 30/05/2018 a 16/06/2018, de seguida procedeu-se a uma pesquisa na qual foram identificados os descritores. Estes foram validados no MeSH (*Medical Subject Headings*) e pesquisados pela seguinte ordem: *Informal Caregiver, Needs, Home, e Elderly or geriatric or older adult*. Foi realizada a interceção dos descritores encontrados utilizando o operador booleano [AND e OR]. Na base de dados eletrónica *EBSCO Host* a pesquisa foi efetuada no dia 11/06/2018 com *full text* e com limitação temporal de 5 anos, tendo-se obtido um total de 47 artigos. Destes foram excluídos pelo título 35 artigos e 5 pelo *abstract*, sendo que 7 ficaram para leitura integral do artigo, que levou à exclusão de 6 e à inclusão de 1, que consiste numa revisão integrativa da literatura <sup>(1)</sup>.

Na *PubMed* na mesma data, com *free full text*, em língua inglesa, sem limitação de tempo utilizando os descritores anteriormente referidos foram encontrados 83 artigos, tendo sido excluídos 72 pelo título e 7 pelo *abstract*, ficando 4 para leitura integral do texto, que levou à exclusão de 3 artigos e inclusão de 1. Este estudo é um estudo de coorte prospetivo <sup>(2)</sup>.

No *Google Academic* foi efetuada uma pesquisa no dia 01/07/2018, em língua portuguesa e com limitação temporal de 5 anos com os descritores anteriormente referidos, tendo sido obtido um total de 868 artigos, dos quais, foram excluídos pelo título 798 e 64 pelo *abstract*, ficando 6 artigos para leitura integral. Destes devido aos critérios de exclusão foram retirados 3, restando outros 3 para apreciação. Foram considerados então, 1 estudo qualitativo, descritivo e exploratório <sup>(3)</sup>, 1 estudo exploratório misto <sup>(4)</sup> e 1 estudo observacional descritivo <sup>(5)</sup> (Análise dos artigos – Apêndice I). Após esta análise procedeu-se à construção do Fluxograma PRISMA.

Por fim, no mesmo período da segunda etapa, foi realizada uma pesquisa por artigos semelhantes aos incluídos anteriormente, nas respetivas bases de dados onde foram identificados (a *PubMed* e a *EBSCO Host*), bem como, no motor de busca *Google Academic*. Utilizaram-se os mesmos critérios de inclusão e os mesmos limitadores da pesquisa, tendo sido obtidos os mesmos resultados.

## 2. Fluxograma Prisma



### **3. Resultados**

Através da pesquisa realizada obtiveram-se cinco artigos que dão resposta à questão de investigação “*Quais as necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio?*”. Entre estes, dois foram publicados o ano passado (2017) e os restantes três foram publicados em 2013.

Após a sua leitura foram identificadas várias necessidades/carências que os cuidadores sentem aquando a prestação de cuidados ao idoso no domicílio, passando elas por várias conceptualizações do cuidar. Tais como, necessidades empíricas do conhecimento sobre as atividades pertencentes às atividades de vida diárias, necessidades emocionais, sociais e culturais, sendo que as retiradas dos estudos encontrados foram as seguintes:

#### **Necessidades Empíricas do conhecimento:**

- Informação e aquisição de conhecimento/competências para cuidar, tais como, comer, lavar, vestir, andar, etc;
- Suporte/Apoio Profissional;
- Comunicação Eficaz entre profissionais e cuidadores/utentes.

#### **Necessidades Emocionais:**

- Desajustes emocionais;
- Diminuição da liberdade, com alterações consideráveis nas suas atividades de vida diárias;
- Aumento das responsabilidades e aumento da insegurança face aos cuidados prestados, por falta de apoio e capacitação dos profissionais de saúde.
- Aumento dos problemas de saúde/comorbilidades do cuidador, devido ao elevado stress e sobrecarga;
- Aumento do próprio envelhecimento do cuidador.

### **Necessidades Sociais e Culturais:**

- Apoio financeiro e jurídico por perda do emprego e/ou impossibilidade de progressão no mesmo;
- Isolamento social devido a maior restrição ao domicílio;
- Dificuldade da aceitação de dependência por parte do idoso (inversão de papéis).

Todos os estudos fazem referência ao papel crucial dos profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, no apoio e identificação precoce de sobrecarga do cuidador, no sentido, de manter o bem-estar do idoso e do seu cuidador.

## **4. Discussão**

Viver mais anos é uma aspiração de qualquer pessoa em qualquer sociedade, no entanto, para isso é importante que envelheçam com qualidade de vida de modo a manterem a sua autonomia e independência.

O avanço das ciências biotecnológicas possibilitou melhores condições de assistência nos cuidados de saúde, e como consequência o aumento da esperança de vida. Associado a este facto, verificou-se um aumento de doenças crónicas, algumas das quais incapacitantes e sem resposta curativa, conduzindo a situações de doença incurável, progressiva e avançada.

Segundo os últimos dados estatísticos do INE (2017) a esperança média de vida à nascença em Portugal foi estimada em 80,62 anos para o total da população, sendo de 77, 61 anos para os homens e de 83,33 anos para as mulheres, no triénio 2014-2017. Estes valores representam um ganho de 1,44 anos para os homens e de 1,14 para as mulheres, comparativamente com os valores estimados para 2008-2010. No entanto, em termos de qualidade de vida entre os países europeus da OCDE, em Portugal, a média a partir dos 65 anos é de 5,4 anos nas mulheres enquanto que os homens se situa nos 7 anos. *“Se as mulheres portuguesas esperam viver mais à nascença, a partir dos 65 anos, são os homens que podem esperar viver mais com saúde”* (Retrato da Saúde, 2018).

O complexo conceito de qualidade de vida é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de

independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente,

Pelos fatores identificados anteriormente, o envelhecimento traz-nos a dependência e com a ela a diminuição da capacidade funcional e cognitiva adjacente. Como consequência, os idosos necessitam de cada vez mais de cuidados próximos, durante mais tempo.

A família é a primeira instituição que oferece o cuidado ao idoso em situação de dependência, é fonte de suporte e tem como principais motivos a obrigação moral, o vínculo afetivo e os laços consanguinidade.

Após a análise cuidada dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, e após toda a pesquisa abrangente da literatura efetuada pela mestranda, esta pode afiançar, que as necessidades mais objetivas dos cuidadores prendem-se com os conhecimentos empíricos do cuidar, posteriormente, temos as necessidades emocionais que se baseiam nas alterações das atividades de vida diária dos próprios cuidadores, bem como, dificuldades que possam enfrentar com a diminuição da sua própria liberdade, aumento do stress e sobrecarga por incapacidade/falta de capacitação para cuidar, depois será de muita relevância, ter em atenção a questão laboral/financeira que daqui advém.

É da competência do profissional de saúde e, mais especificamente, do enfermeiro de cuidados de saúde primários, proporcionar melhor acompanhamento destes cuidadores, bem como, identificar para intervir na possível sobrecarga dos mesmos.

## **5. Considerações Finais**

A temática deste trabalho centra-se nas necessidades do cuidador informal das pessoas idosas no domicílio. Face ao enquadramento e resultados do mapeamento efetuado e anteriormente exposto, o enfermeiro deverá cada vez mais, encarar a família e suas necessidades como um cliente, merecedor de cuidados de qualidade, com direitos e deveres para respeitar e cumprir. Cuidar de um idoso no seu meio será, com certeza, uma situação a ser preservada e estimulada, pois a institucionalização representa sempre uma mudança significativa no modo de vida e uma rutura com o seu meio social de pertença, exigindo uma reconstrução da identidade que nem sempre é fácil. Todavia, cuidar de um idoso no seu seio, a par de todas as transformações sociais, culturais e financeiras que têm vindo a ocorrer nas estruturas familiares no contexto contemporâneo, ocasionam inquietações/transformações em todo o suporte familiar de apoio.

Ouvir e avaliar a perspetiva do cuidador, torná-lo parte integrante do processo de decisão e não decidir por ele, dar-lhe oportunidade para expressar o que sente, capacitá-lo nas suas dificuldades, são passos fundamentais para uma articulação genuína entre as respostas formais e informais de apoio e para que as primeiras possam, efetivamente, construir uma fonte de apoio para estes cuidadores e, indiretamente, para os seus familiares dependentes.

É importante realçar a falta de evidência científica produzida em torno desta temática nos últimos anos, provavelmente em muito se deve, ao desinvestimento financeiro por parte do governo em matéria de saúde, no entanto, será nosso papel também a sua realização, bem como, evidenciar e alertar para o mesmo.

Sendo assim, torna-se premente cuidar de quem cuida, para que quem cuida não fique por cuidar.

## **Referências Bibliográficas**

André, S.M. (2014). Estado de ânimo dos cuidadores informais: Contributos para melhor cuidar (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Carpenito, L. J. (2002). Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica. 8ª ed. Porto Alegre: Artes médicas.

Carvalho, A.S. (2013). Preparação do regresso a casa: Dificuldades da família na continuidade de cuidados (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Duarte, S. (2010) Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Figueiredo, D., Sousa, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. Geriatria. Lisboa. Vol. XV: nº 144, p. 15 – 19.

Gomes, M. (2014). O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado: Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

Gort A , Mingot M, Gomez X, Soler T, Torres G, Sacristán O et al . – Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. International Journal of Geriatric Psychiatry.2007.2:957-962

Karsch UM. Dependent seniors: families and caregivers. Cad. Saúde Pública 2003;19(3):861-866.

Lai D. Validation of the Zarit Burden Interview for Chinese Canadian caregivers. Social Work Research. literature review from an international perspective. Journal of Advance Nursing: 2007; 31(1): 45-53.

Peters M. Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11 : Scoping Reviews Scoping Reviews. Em: Joana Briggs Institute Reviewer's Manual [Internet]. 2017. p. 141–6. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/319713049\\_2017\\_Guidance\\_for\\_the\\_Conduct\\_of\\_JBI\\_Scoping\\_Reviews?enrichId=rgreq2c63bf47a03bf1c379fed09bf9a175b4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTcxMzA0OTtBUzo1NDA5MDcxMjY4ODY0MDBAMTUwNTk3MzcxNjg4MA%3D%3D&el=1\\_x\\_2&](https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews?enrichId=rgreq2c63bf47a03bf1c379fed09bf9a175b4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTcxMzA0OTtBUzo1NDA5MDcxMjY4ODY0MDBAMTUwNTk3MzcxNjg4MA%3D%3D&el=1_x_2&)

Pinho, L.M.G, Pereira, A.M.S (2015). Intervenção familiar da esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 14, p. 15-23.

Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. Rev. Gaúcha Enferm 2010;31(1):26-32.

Santos P. O familiar Cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado em saúde pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa; 2005.

Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 1, p.33-39.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Scazufca, M. – Versão Brasileira da escala Burden Interview para avaliação da sobrecarga em cuidados de indivíduos com doenças mentais. Revista Portuguesa de Psiquiatria. 2002. 25(6):12-17. In: Sequeira, C. Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. 2010.

Veríssimo C, Moreira I - Os Cuidadores familiares/informais – cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar Enfermagem. 2004; 8(1): 60-65.

Zarit S. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist, 1980; 20:649-655.

Zarit S, Zarit J. Instructions for the Burden Interview. University Park: Pennsylvania State University;1987.

Zarit,S. H., e Zarit, J.M. (1983). The memory and behavior problems checklist – and the burden interview. Technical report, Pennsylvania State University.

*Validação da escala de Zarit: sobrecarga... (PDF Download Available)*. Available from:  
[https://www.researchgate.net/publication/259653870\\_Validacao\\_da\\_escala\\_de\\_Zarit\\_sobrecarga\\_do\\_cuidador\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_domiciliarios\\_para\\_populacao\\_portuguesa](https://www.researchgate.net/publication/259653870_Validacao_da_escala_de_Zarit_sobrecarga_do_cuidador_em_cuidados_paliativos_domiciliarios_para_populacao_portuguesa)  
[accessed May 28 2018].



## **Apêndices**



## **Apêndice I – Tabela de Análise de Artigos Incluídos**



Titulo	Autores	Ano	Tipo de Estudo	População	Conceito	Contexto	Resultados
<i>(1) The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review</i>	Alcione Leite Silva, Helena Jorge, Teixeira Maria, João Cardoso Teixeira, Susana Freitas	2013	Revisão Integrativa da Literatura	Cuidador Informal	Necessidades	Domicílio	Este estudo identifica cinco estudos qualitativos, oito estudos quantitativos e um estudo de método misto, sendo que foram descritas como principais necessidades pelos cuidadores informais as seguintes necessidades: 1) Informação e aquisição de competências para cuidar do seu familiar; 2) Suporte /Apoio Profissional; 3) Comunicação eficaz entre profissionais e cuidadores/utentes; 4) Apoio financeiro e jurídico.
<i>(2) Differential impacts of caregiving across three caregiver groups in Canada: end-of-life care, long-term care and short-term care</i>	Allison M. Williams, Li Wang, Peter Kitchen	2013	Estudo de Coorte Prospetivo	Cuidador Informal, com 45 anos ou mais, mulheres, terem emprego e viverem na mesma área geográfica (Canadá) (n: 5574)	Necessidades	Domicílio	Este estudo explora as necessidades /impactos na qualidade de vida entre três grupos de cuidadores informais no domicílio: 1) cuidador informal em fim de vida (n: 471); 2) cuidador informal por tempo prolongado (mais de 2 anos) (n: 2722); 3) cuidador informal a curto prazo (menos de 2 anos) (n: 2381). Os resultados demonstram que os cuidadores informais em fim de vida experienciam mais impactos negativos como: desajustes emocionais, alterações consideráveis nas suas atividades de vida diária, perda do emprego e/ou de possibilidade de

							progressão no mesmo e diminuição de rentabilidade financeira.
<i>(3) The care of dependent elderly on the family context</i>	Cheila Mocelin, Tatiana Gaffuri da Silva, Katia Celich, Valéria Faganello Madureira, Sílvia Silva de Souza, Liane Colliselli	2017	Estudo Qualitativo Descritivo e exploratório	5 cuidadores informais (pertencentes a uma Unidade de Saúde Familiar), observados e acompanhados durante 9 meses	Necessidades	Domicílio	Este estudo demonstra que as rotinas destes cuidadores foram alteradas pela sua nova condição, sendo que as principais necessidades identificadas passam por: diminuição da liberdade, maior restrição ao domicílio e isolamento social, aumento das responsabilidades e aumento da insegurança face aos cuidados prestados por falta de apoio e capacitação por parte dos profissionais de saúde.
<i>(4) Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos</i>	Carla Bierhals, Naiana Santos, Fernanda Fengler, Kamila Raubustt, Dorothy Forbes, Lisiane Paskulin	2017	Estudo Exploratório Misto	16 cuidadores informais, residentes em Porto Alegre (uma amostra intencional), observados durante 12 meses	Necessidades	Domicílio	Neste estudo os cuidadores relataram e foram identificadas como principais necessidades: apoio de uma segunda pessoa para ajudar a facilitar o cuidado, falta de informação/conhecimentos empíricos sobre as atividades a serem desempenhadas, os próprios problemas de saúde do cuidador, bem como, a aceitação da situação de dependência por parte do idoso (inversão de papéis).
<i>(5) Living together and family care at the fourth age: quality of life for seniors and their caregivers</i>	Lucia Gonçalves, Marinês Leite, Leila Hildebrandt, Silvana Bisogno, Sandra Biasuz, Bruna Falcade	2013	Estudo Observacional Descritivo	100 idosos e os seus cuidadores, (dados foram recolhidos desde setembro de 2009 a outubro	Qualidade de vida/ Necessidades dos idosos e seus cuidadores	Domicílio	Este estudo demonstra que os cuidadores revelam aumento comprometimento do seu convívio social, aumento da incidência e prevalência de doenças nos cuidadores, associado a este fenómeno está o elevado stress e sobrecarga relacionada com a tarefa de cuidar, aumentando assim o seu próprio envelhecimento e

				de 2010, através de uma amostra não probabilística, do tipo intencional)			desgaste. É demonstrado também a dificuldade na adaptabilidade às mudanças de papéis e aos novos estilos de vida.
--	--	--	--	--	--	--	---



## **Apêndice 2**

- **Poster:** Necessidades do Cuidador Informal de Pessoas Idosas no domicílio: a “*scoping review*” -





## CUIDADOR INFORMAL

### NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO: A "SCOPING REVIEW".

Soares Dias, Marta <sup>(1)</sup>; Simões Figueiredo, Amélia <sup>(2)</sup>; Ferrito, Cândida <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Garcia de Orta, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências das Saúde – Escola de Enfermagem de Lisboa; <sup>(2)</sup> Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências das Saúde – Escola de Enfermagem de Lisboa; <sup>(3)</sup> Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências das Saúde – Escola de Enfermagem de Lisboa

## INTRODUÇÃO

Os cuidadores informais prestam cerca de 80% dos cuidados na Europa, sendo que em Portugal são maioritariamente familiares <sup>(1,3)</sup>, preenchendo assim as lacunas dos serviços oficiais<sup>(2)</sup>. Poder-se-á dizer, que cuidar de uma pessoa idosa dependente gera frequentemente o desgaste do cuidador, que se manifestará por uma redução da vitalidade, do desempenho físico e social, podendo causar sentimentos de frustração, culpa, raiva e até de subestima por se sentir incapaz de cumprir plenamente o seu papel <sup>(4)</sup>.

## OBJETIVOS

Mapear as necessidades do cuidador informal de pessoas idosas no domicílio. “Quais as necessidades do cuidador informal de pessoas idosas no domicílio” foi a questão de investigação definida.



## METODOLOGIA

Através de uma “scoping review” segundo a metodologia proposta no “The Joanna Briggs Institute Reviewers”, a pesquisa efetuada foi delimitada temporalmente aos últimos 5 anos na base de dados da EBSCO Host e no motor de busca Google Academic [2013-2018], estabelecendo como população todos os cuidadores informais, maiores de 18 anos, de qualquer nacionalidade, cultura ou etnia. Foi feita uma pesquisa de informação “aberta” para permitir a inclusão de todas e quaisquer fontes. Os descritores utilizados após validação no MeSH (Medical Subject Headings) foram os seguintes: *Informal Caregiver, Needs, Home, e Elderly or geriatric or older adult*. Após esta análise procedeu-se à construção do Fluxograma PRISMA.

## RESULTADOS

Foram identificadas três grandes áreas de necessidades/carências que os cuidadores sentem aquando a prestação de cuidados ao idoso no domicílio, que passam por várias conceptualizações do cuidar:

### Conhecimento

- Informação e aquisição de conhecimentos/competências para cuidar, tais como, comer, lavar, andar, etc.;
- Aumento das responsabilidades e da insegurança face aos cuidados prestados.

### Emocionais

- Isolamento social devido à maior restrição no domicílio;
- Desajustes emocionais;
- Aumento do próprio envelhecimento do cuidador.

### Sociais/Culturais

- Diminuição da liberdade com alterações consideráveis nas suas atividades de vida diárias;
- Aumento das comorbilidades do cuidador devido ao elevado stresse e sobrecarga;
- Carência de apoio financeiro e jurídico por perda do emprego e/ou impossibilidade de progressão no mesmo.

## CONCLUSÕES

As necessidades mais objetivas dos cuidadores prendem-se com **incapacidade/falta de capacitação para cuidar**, posteriormente temos as **necessidades emocionais** que se baseiam nas alterações das atividades de vida diária dos próprios cuidadores, bem como, dificuldades **sociais/culturais** que possam enfrentar com a diminuição da sua própria liberdade com inevitável aumento de stresse e sentimento de **sobrecarga**. De muita relevância a **questão laboral/financeira** que advém desta condição.

Todos os estudos fazem referência ao **papel crucial dos profissionais de saúde**, em especial, os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, no apoio e identificação precoce da sobrecarga do cuidador, no sentido, de manter o bem-estar do idoso e do seu cuidador. Ao mensurar e caracterizar a sobrecarga do prestador de cuidados informal de tal forma que nos permita encontrar padrões de comportamento vinculativos à prestação de cuidados poderemos agir de forma atempada e eficaz em situações consideradas de risco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho, A.S. (2013). Preparação do regresso a casa: Dificuldades da família na continuidade de cuidados (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
2. Gomes, M. (2014). O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado: Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
3. André, S.M. (2014). Estado de ânimo dos cuidadores informais: Contributos para melhor cuidar (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
4. Carpenito, L. J. (2002). Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica. 8ª ed. Porto Alegre: Artes médicas.
5. Duarte, S. (2010) Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.
6. Figueiredo, D., Sousa, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. Geriatria. Lisboa. Vol. XV: nº 144, p. 15 – 19.
7. Gort A , Mingot M, Gomez X, Soler T, Torres G, Sacristán O et al. – Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. International Journal of Geriatric Psychiatry.2007.2:957-962



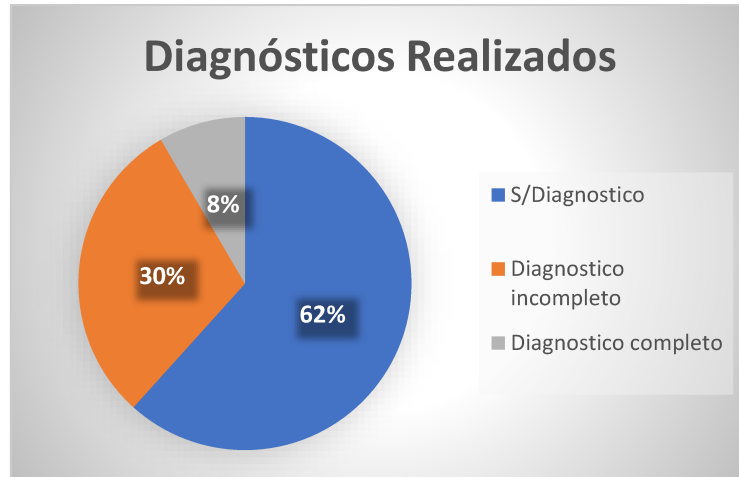


## **Apêndice 3**

- Dados obtidos sobre a aplicação da escala de Zarit (01/05 a  
15/09/2018) -



**Gráfico 1:** Avaliação da execução do Diagnóstico Realizado



**Gráfico 2:** Caracterização do Diagnóstico Realizado





## **Apêndice 4**

- Ficha Programa/Projeto do Projeto “*Cuidar de quem Cuida-S*”-



## **Programa/Projeto**

### **Identificação**

**Nome do Centro de Saúde:** UCC S – ACES A - S

**Programa:** Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM)

**Problema Diagnóstico:** Elevada incidência do Stress do Cuidador em grau elevado no Concelho do S.

**Projeto:** “*Cuidar de quem Cuida – S*”: a intervenção do enfermeiro especialista na articulação com os parceiros da comunidade e encaminhamento indicado de acordo com as necessidades sentidas e reveladas pelos cuidadores informais.

**Responsável:** Vera Tiago - enfermeira Mestre em Saúde Comunitária; Marta Soares Dias – mestranda do Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

**Gestores:** UCC S/Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem de Lisboa

**Data de Início:** 3 de setembro de 2018

**Data de Fim:** 2 de fevereiro de 2019

### **Missão**

Assegurar aos cuidadores informais a promoção da sua saúde e prevenção da doença, a melhoria na prestação de cuidados e favorecer a sua continuidade, através da articulação entre parceiros existentes na comunidade.

## **Finalidade**

Pretende capacitar ao nível de conhecimento, de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes da ECCI S, de acordo com as suas necessidades, para assim, se conseguir diminuir os seus níveis de sobrecarga.

## **População Alvo**

Todos os cuidadores informais dos utentes da ECCI-S

## **Parceiros Privilegiados**

- Programa Nacional de Voluntariado – ACES A - S que disponibilizam voluntários para se deslocarem ao domicílio dos utentes;
- Associação Nacional de Cuidadores Informais (ANCI) que disponibilizam ajudas técnicas gratuitas e apoio psicológico aos sábados das 10h-12h.

## **Necessidades de Saúde a que o projeto pretende dar resposta**

Sabendo que existem mais de 100 milhões de cuidadores na Europa (OCDE), acredita-se que este é um número subestimado. Sabe-se também, que cerca de 80% dos cuidados em toda a UE são fornecidos por cuidadores informais, principalmente mulheres, frequentemente com um custo para os cuidadores em termos de saúde, bem-estar social e económico (Hoffmann & Rodrigues, 2010).

Para a execução deste projeto foi efetuado um diagnóstico de situação, tendo por base, uma análise quantitativa/qualitativa da caracterização dos cuidadores informais da ECCI S, na análise dos seus níveis de sobrecarga, através da aplicação da escala de sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit), bem como, baseado numa *scoping review* efetuada pela mestranda sobre as “*Necessidades dos Cuidadores Informais das pessoas idosas no domicílio*”. Foram identificadas várias necessidades/carências:

- **Necessidades do conhecimento:**

- Informação e aquisição de conhecimento/competências para cuidar, tais como, comer, lavar, vestir, andar, etc;
- Aumento das responsabilidades e da insegurança face aos cuidados prestados, por falta de apoio dos profissionais de saúde;
- Comunicação Eficaz entre profissionais e cuidadores/utentes.

- **Necessidades Sociais, Emocionais e Culturais:**

- Isolamento social devido a maior restrição ao domicílio;
- Diminuição da liberdade, com alterações consideráveis nas suas atividades de vida diárias;
- Desajustes emocionais;
- Dificuldade da aceitação de dependência por parte do idoso (inversão de papéis).
- Aumento dos problemas de saúde/comorbilidades do cuidador, devido ao elevado stress e sobrecarga;
- Aumento do próprio envelhecimento do cuidador;
- Apoio financeiro e jurídico por perda do emprego e/ou impossibilidade de progressão no mesmo.

Este projeto pretende dar resposta a algumas destas necessidades, bem como, dar orientações estratégicas do melhor encaminhamento dos cuidadores informais de acordo com necessidades reveladas e/ou identificadas.

## **Objetivos**

**Geral:** Capacitar ao nível de conhecimento, de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes da ECCI S, de acordo com as suas necessidades, para assim, se conseguir diminuir os seus níveis de sobrecarga.

**Específicos:**

1. Diminuir os indicadores de Stress do Prestador de Cuidados na ECCI S;
2. Efetuar o encaminhamento adequado dos cuidadores informais com necessidades identificadas;
3. Realizar a vigilância epidemiológica da caracterização dos cuidadores informais do concelho do Seixal, bem como, a avaliação do Stress do Prestador de Cuidados, através da articulação com as UF's pertencentes.
4. Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde da comunidade referente à realidade endémica e consciencializados para a problemática.

**Quadro 1 – Objetivos e atividades**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Atividades</b>
1. Diminuir os indicadores de Stress do Prestador de Cuidados na ECCI S	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações de intervenção individual ou em grupo aos cuidadores informais da ECCI S, que tenham grau elevado de stress do cuidador;</li> <li>- Apresentar o grupo de suporte e seus parceiros.</li> </ul>
2. Efetuar o encaminhamento adequado dos cuidadores informais com necessidades identificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar o grupo de suporte aos profissionais da UCC S;</li> <li>- Mobilizar a equipa da ECCI S a efetuar o encaminhamento correto e atempado dos cuidadores informais com necessidades identificadas.</li> </ul>
3. Realizar a vigilância epidemiológica da caracterização dos cuidadores informais do Concelho do S, bem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação e caracterização dos cuidadores informais do Concelho do S, através da implementação de um instrumento de colheita de dados único no concelho;</li> </ul>

<p>como, a avaliação do Stress do Prestador de Cuidados, através da articulação com as UF's pertencentes.</p>	<p>- Avaliar o Stress do Prestador de Cuidados, através da aplicação da escala de sobrecarga, existente já em plataforma SCLinic® em todas as UF's.</p>
<p>4. Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde da comunidade referente à realidade endémica e consciencializá-los para a problemática.</p>	<p>- Realizar ações de formação nas UF's sobre a problemática e potenciais ganhos para a saúde se atempadamente se intervir; - Diminuir internamentos por sobrecarga do Prestador de Cuidados.</p>

#### Quadro 2 - Indicadores de Avaliação

Indicador de execução	Fórmula de Cálculo	Meta
<p>Nível de participação e disponibilidade dos cuidadores informais na ação de intervenção individualizada ou em grupo e no grupo de suporte, relacionado com melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir o <i>stress</i></p>	<p>Nº de cuidadores informais com conhecimento para gerir o <i>stress</i>/Nº de cuidadores informais com potencial para gerir o <i>stress</i></p>	<p>Melhorar em 1 ano o conhecimento em 80%</p>

<p>Nível de participação e disponibilidade dos cuidadores informais na ação de intervenção individualizada ou em grupo, relacionado com melhorar o conhecimento do prestador de cuidados face a tomar conta</p>	<p>Nº de cuidadores informais disponíveis/ Nº total de cuidadores informais identificados</p>	<p>Melhorar e envolver 80% dos cuidadores informais num período de 1 ano</p>
<p>Nível de participação e disponibilidade dos cuidadores informais na ação de intervenção individualizada ou em grupo, relacionado com o conhecimento do cuidador para os recursos na comunidade</p>	<p>Nº de cuidadores informais disponíveis/ Nº total de cuidadores informais identificados</p>	<p>Melhorar e envolver 80% dos cuidadores informais num período de 2 anos</p>
<p>Encaminhamento adequado dos cuidadores informais com necessidades identificadas</p>	<p>Nº de cuidadores informais encaminhados/ Nº total de cuidadores informais identificados</p>	<p>Encaminhar 80% dos cuidadores informais identificados</p>

### Quadro 3 – Indicadores de Resultado

Indicador de Resultado	Fórmula de Cálculo	Meta
Proporção de utentes com ganhos na gestão do stress do prestador de cuidados (avaliada através da aplicação da escala de zarit)	N° utentes com diagnóstico de enfermagem com stress do cuidador com melhoria nos itens identificados/N° utentes com diagnóstico de enfermagem com stress do cuidador elevado com scores 4 ou 5 nos itens identificados	Diminuir em 20% os scores de 4 ou 5 para igual ou inferior a 3
Proporção de Encaminhamento dos cuidadores informais para o grupo de suporte	N° de cuidadores encaminhados/N° de cuidadores com necessidades de encaminhamento identificadas	Encaminhamento da totalidade dos cuidadores com necessidades identificadas em 100% no prazo de 1 ano.

## Grupo de Suporte

### Finalidade

Avaliação, articulação e acompanhamento especializado dos cuidadores informais acompanhados pela ECCI-Seixal com necessidades emocionais, sociais e culturais identificadas.

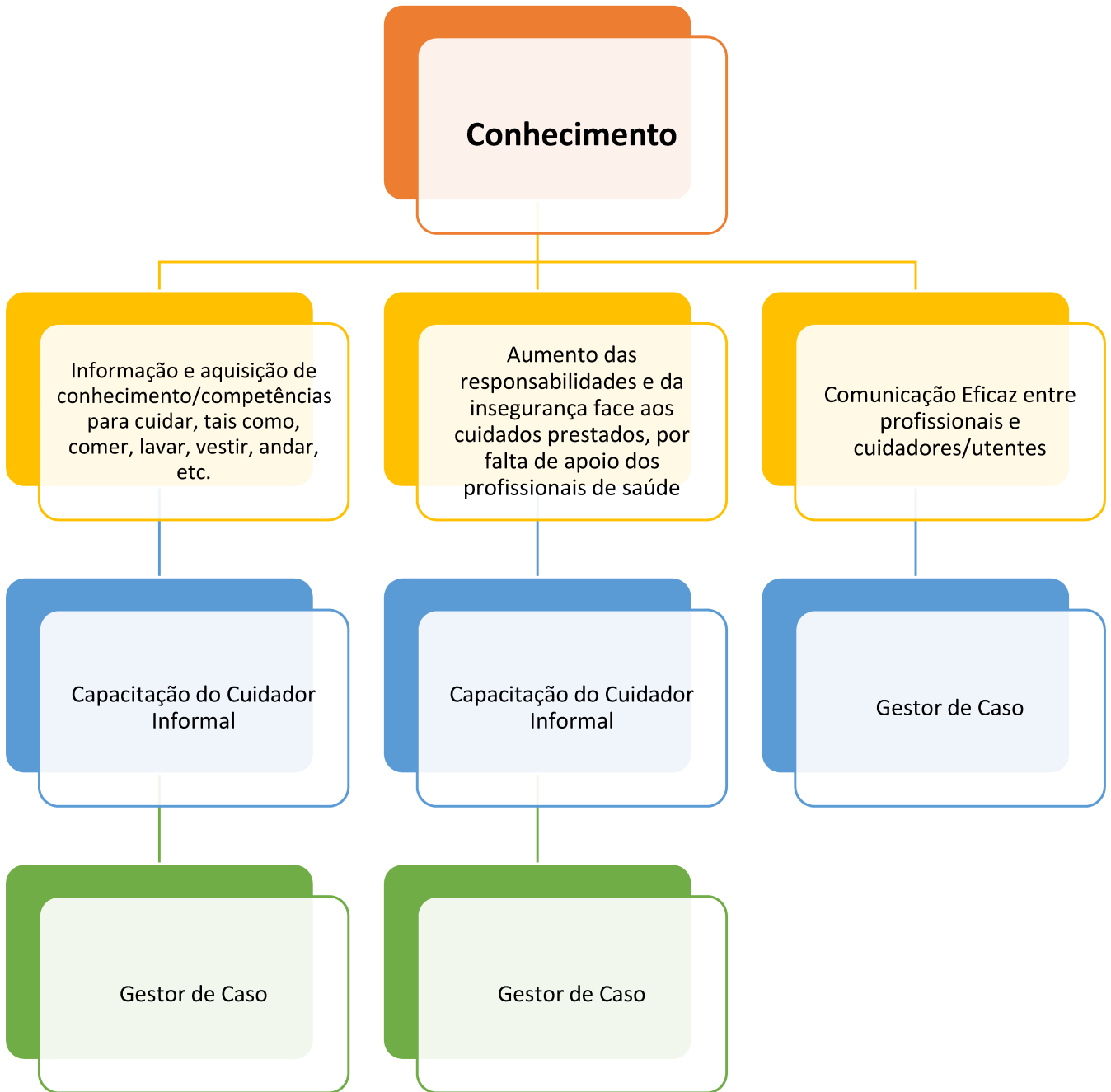
## **Responsáveis**

- Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária:
  - Responsável pela articulação com os parceiros do projeto;
  - Criação de mais parcerias com recursos da comunidade;
  - Apresentação, acompanhamento e orientação do voluntário de acordo com as necessidades identificadas.
- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental:
  - Responsável pela avaliação, acompanhamento e articulação com psicólogo da parceria com necessidades emocionais identificadas.
- Assistente Social:
  - Avaliação e acompanhamento de cuidadores informais com necessidades sociais identificadas;
  - Aumento da bolsa de voluntários;
  - Dinamização de cursos de formação para voluntários;
  - Apresentação e acompanhamento do voluntário à família.

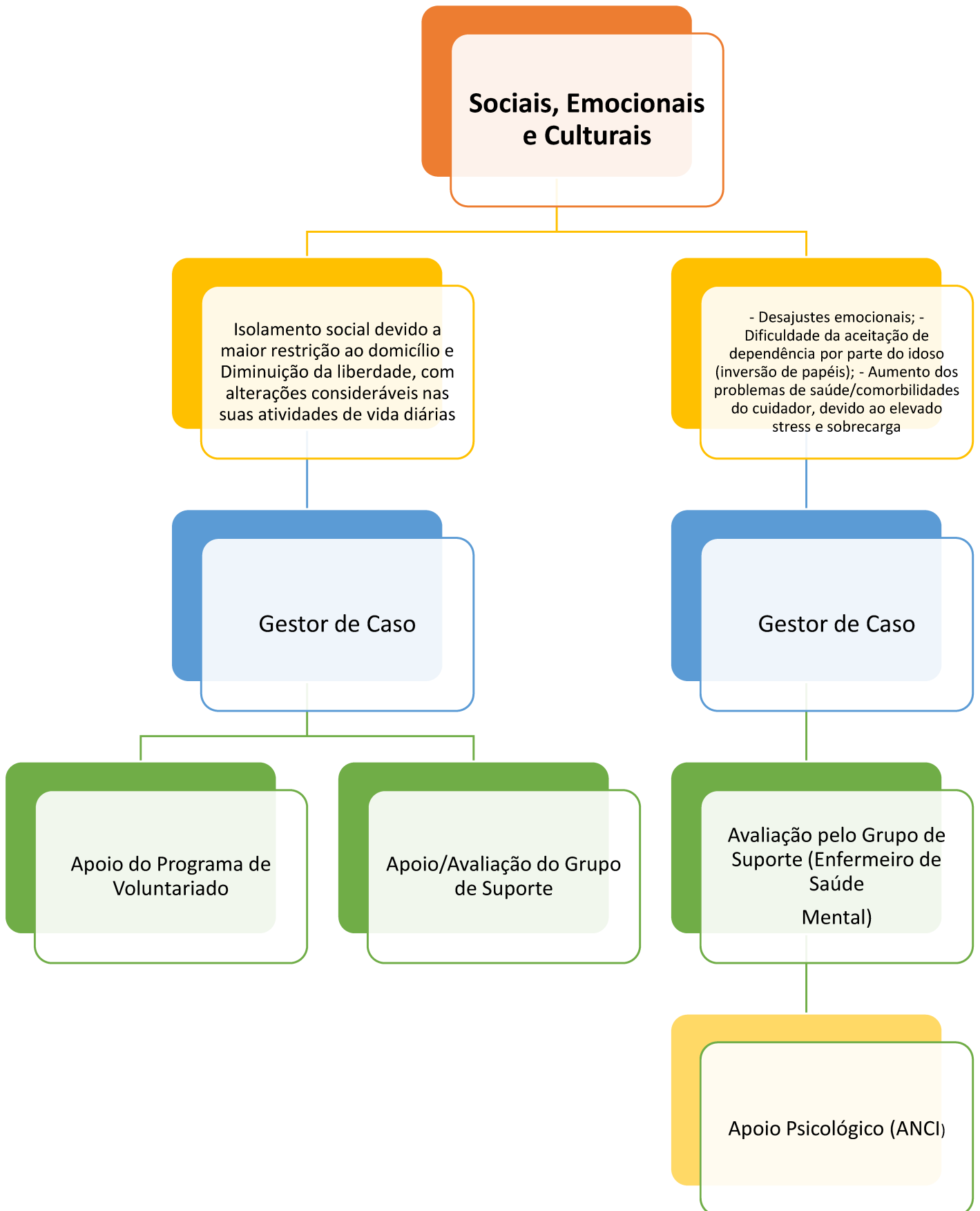
## **Fluxograma de atuação**



## Necessidades Identificadas



## Necessidades Identificadas



## **Bibliografia**

André, S.M. (2014). Estado de ânimo dos cuidadores informais: Contributos para melhor cuidar (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Baltar A., I. Cerrato (2015). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial* Vol. 10 N.º 1 - Págs. 23-40.

Carpenito, L. J. (2002). Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica. 8ª ed. Porto Alegre: Artes médicas.

Carvalho, A.S. (2013). Preparação do regresso a casa: Dificuldades da família na continuidade de cuidados (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Duarte, S. (2010) Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Figueiredo, D., Sousa, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. *Geriatrics*. Lisboa. Vol. XV: nº 144, p. 15 – 19.

Gomes, M. (2014). O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado: Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

Gort A , Mingot M, Gomez X, Soler T, Torres G, Sacristán O et al . – Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.2007.2:957-962

Karsch UM. Dependent seniors: families and caregivers. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(3):861-866.

Lai D. Validation of the Zarit Burden Interview for Chinese Canadian caregivers. *Social Work Research*. literature review from an international perspective. *Journal of Advance Nursing*: 2007; 31(1): 45-53.

Petronilho, F.A.S. (2008). A Transição da Família para o Exercício do Papel de Cuidadora, Programa de Doutoramento em Enfermagem Revisão Sistemática da Literatura, Universidade de Lisboa.

Pestana, D., Velosa, S. (2010). Introdução à Probabilidade e à Estatística, Volume I, 4ª edição, Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-1150-7

Peters M. Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11 : Scoping Reviews Scoping Reviews. Em: Joana Briggs Institute Reviewer's Manual [Internet]. 2017. p. 141–6. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/319713049\\_2017\\_Guidance\\_for\\_the\\_Conduct\\_of\\_JBI\\_Scoping\\_Reviews?enrichId=rgreq2c63bf47a03bf1c379fed09bf9a175b4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTcxMzA0OTtBUzo1NDA5MDcxMjY4ODY0MDBAMTUwNTk3MzcxNjg4MA%3D%3D&el=1\\_x\\_2&](https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews?enrichId=rgreq2c63bf47a03bf1c379fed09bf9a175b4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTcxMzA0OTtBUzo1NDA5MDcxMjY4ODY0MDBAMTUwNTk3MzcxNjg4MA%3D%3D&el=1_x_2&)

Pinho, L.M.G, Pereira, A.M.S (2015). Intervenção familiar da esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 14, p. 15-23.

Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. Rev. Gaúcha Enferm 2010;31(1):26-32.

Santos P. O familiar Cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado em saúde pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa; 2005.

Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 1, p.33-39.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Scazufca, M. Versão Brasileira da escala Burden Interview para avaliação da sobrecarga em cuidados de indivíduos com doenças mentais. Revista Portuguesa de Psiquiatria.

2002. 25(6):12-17. In: Sequeira, C. Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. 2010.

Veríssimo C, Moreira I - Os Cuidadores familiares/informais – cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar Enfermagem. 2004; 8(1): 60-65.

Zarit S. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist, 1980; 20:649-655.

Zarit S, Zarit J. Instructions for the Burden Interview. University Park: Pennsylvania State University;1987.

Zarit, S. H., e Zarit, J.M. (1983). The memory and behavior problems checklist – and the burden interview. Technical report, Pennsylvania State University.

*Validação da escala de Zarit: sobrecarga... (PDF Download Available)*. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/259653870\\_Validacao\\_da\\_escala\\_de\\_Zarit\\_so\\_brecarga\\_do\\_cuidador\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_domiciliarios\\_para\\_populacao\\_portuguesa](https://www.researchgate.net/publication/259653870_Validacao_da_escala_de_Zarit_so_brecarga_do_cuidador_em_cuidados_paliativos_domiciliarios_para_populacao_portuguesa) [accessed May 28 2018].



## **Apêndice 5**

- Cronograma de Atividades –







## **Apêndice 6**

- Sessão de apresentação e esclarecimento para a equipa da UCC  
S sobre o projeto –



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**UCC SEIXAL**

**ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO**  
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL

*"O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis e pessoas incomparáveis".*  
- Fernando Pessoa -

1

**Sumário**

- Breve referência tendo por base uma revisão da literatura, sobre o cuidador informal – características e sobrecarga, bem como, o instrumento de avaliação validado em Portugal para a sobrecarga do cuidador (The Zarit Burden Interview)
- Estudo epidemiológico da caracterização dos Cuidadores Informais pertencentes à ECCI – Seixal aquando a execução do Diagnóstico de Situação e dos seus níveis de sobrecarga
- Apresentação do Projeto "Cuidar de quem Cuida – Seixal", suas características e seu fluxograma de atuação.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

2

**Temática: Sobrecarga do Cuidador Informal**

- Os cuidadores informais segundo Carvalho (2013) prestam cerca de 80% dos cuidados na Europa sendo que em Portugal são maioritariamente familiares, sendo eles que preenchem lacunas dos serviços oficiais (Gomes, 2014).
- A sobrecarga do cuidador é definida, segundo Santos (2005) como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. Segundo Veríssimo e Moreira (2004) este mesmo aspeto é definido como: *"uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos do utente."*

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

3

- Se conseguirmos mensurar e caracterizar a sobrecarga do prestador de cuidados informal, poderemos agir de forma atempada e eficaz em situações consideradas de risco, como a depressão do prestador de cuidados informal ou da pessoa idosa dependente, o aparecimento de doenças, o agravamento da doença, a existência de maus-tratos, de negligência, de isolamento social, etc.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

4

**Escala de Sobrecarga do Cuidador ("Zarit Burden Interview")**

- Esta permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui informações sobre a saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Sequeira (2007), ao validar a escala para a população portuguesa, identificou quatro fatores:

**impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidador e percepção de autoeficácia.**

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

5

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita muito apoio do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que deveria ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispor de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se leveado quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se entediado com o comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/família?					
7	Tem pouco tempo livre disponível ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	É a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como gostaria devido ao seu familiar?					
12	Planifica com os seus relações sociais não obtidas regularmente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se privado a respeito em convidar amigos para o(a) visitarem o seu familiar?					
14	Quando o seu familiar espera que você o(a) oude dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) poderia contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e por isso não consegue dormir?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar ser diagnosticada?					
18	Desagradaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

6

### Diagnóstico de Situação

Dados Demográficos do concelho do Seixal

- Habitantes: 160.000
- Índice de Dependência: 22,6%
- Índice de Envelhecimento: 15,7%
  - Tendo em conta o rácio/crescimento populacional de 2011 para 2016 passou de 91,8% para 115,7%

Fonte: INE, Censos 2011

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

7

### Análise Quantitativa

De 5 de Maio a 15 de Setembro

#### Diagnósticos Realizados

#### Análise Qualitativa

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

SEM STRESS, REDUZIDO, ELEVADO

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

8

### Problemas Identificados

- Baixa adesão por parte dos profissionais (enfermeiros) da UCC Seixal para o preenchimento e Levantamento do Diagnóstico/Foco/Intervenções de Enfermagem, associados à Sobrecarga do Cuidador;
- Resultados não dariam uma amostra representativa da população abrangida e estudada.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

9

### Intervenções Efetuadas

- Efetuada nova ação de sensibilização com incentivo verbal, demonstrando através dos dados estatísticos a baixa adesão ao preenchimento da escala e recolha de dados;
- Mudou-se a folha de colheita de dados do cuidador informal e escala de Zarit para a frente do questionário da avaliação inicial de enfermagem;
- Incidir num período temporal de 2 meses (15 de Agosto a 15 de Outubro), pois assim, abrangeria mais utentes que ainda estariam ao cuidados da ECCI;
- Efetuei visitas domiciliárias

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

10

### Resultados Obtidos

De 15 de Agosto a 15 de Outubro:

Foram analisados 54 utentes neste período temporal em que:

- 55% dos utentes têm efetuado a 1ª avaliação da Escala de Zarit;
- 43% dos utentes não têm a 1ª avaliação;
- 2% dos utentes, tinham avaliação completa

#### Diagnósticos Realizados

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

SEM STRESS, REDUZIDO, ELEVADO

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

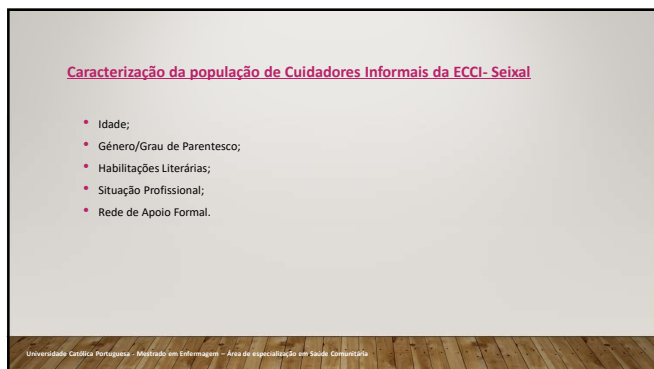
11

### Viés

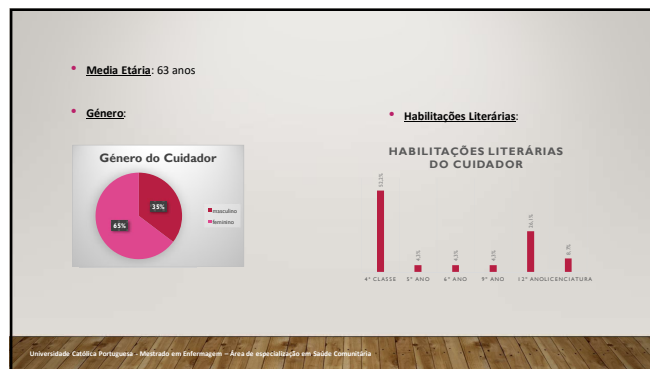
- Óbitos/Altas antes da 1ª avaliação: 16 utentes (30%)

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

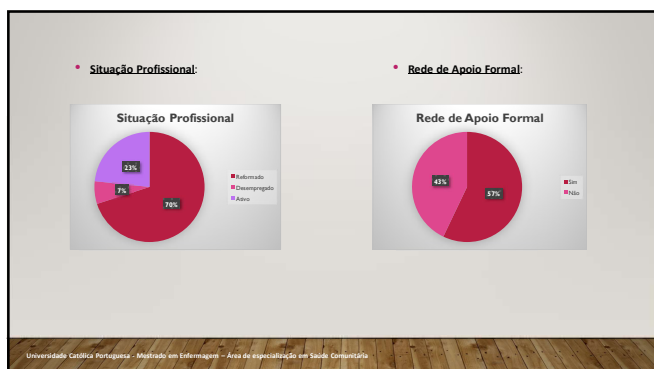
12



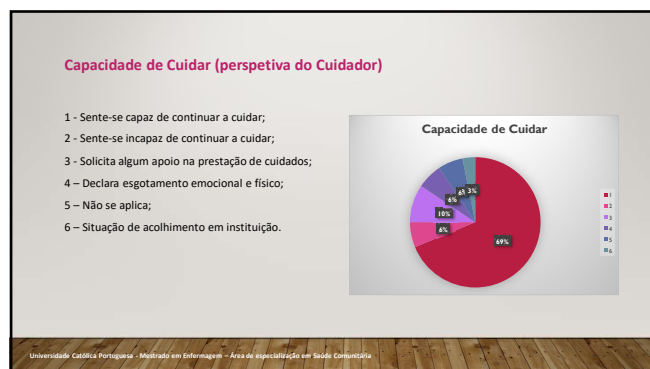
13



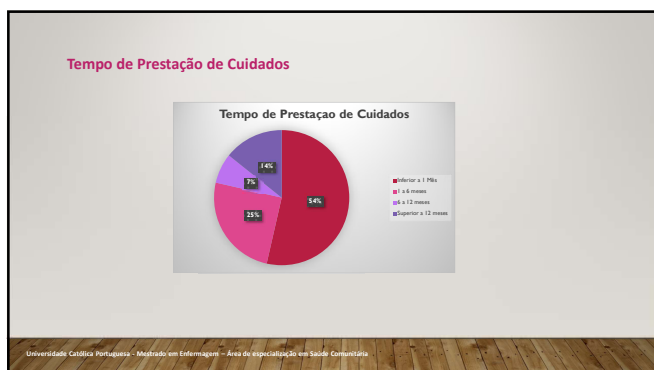
14



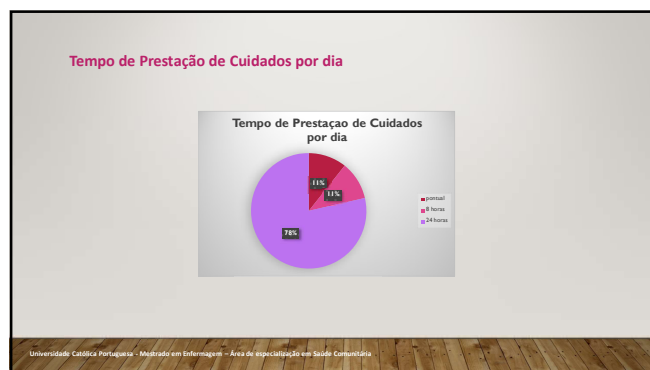
15



16



17



18

**Necessidades Identificadas**

- **Necessidades de Conhecimento:**
  - Informação e aquisição de conhecimento/competências para cuidar, tais como, comer, lavar, vestir, andar, etc;
  - Aumento das responsabilidades e da insegurança face aos cuidados prestados por falta de apoio dos profissionais de saúde;
  - Comunicação Eficaz entre profissionais e cuidadores/utentes.
- **Necessidades Sociais, Emocionais e Culturais:**
  - Isolamento social devido a maior restrição ao domicílio;
  - Diminuição da liberdade, com alterações consideráveis nas suas atividades de vida diárias;

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

19

- Desajustes emocionais;
- Dificuldade da aceitação de dependência por parte do idoso (inversão de papéis).
- Aumento dos problemas de saúde/comorbilidades do cuidador, devido ao elevado stress e sobrecarga;
- O próprio envelhecimento do cuidador;
- Apoio financeiro e jurídico por perda do emprego e/ou impossibilidade de progressão no mesmo.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

20

**Projeto “Cuidar de quem Cuida – Seixal”**



**Para que quem cuida não fique por cuidar**

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

21

**Missão**

Assegurar aos cuidadores informais a promoção da sua saúde e prevenção da doença, a melhoria na prestação de cuidados e favorecer a sua continuidade, através da articulação entre parceiros existentes na comunidade.

**Finalidade**

Pretende capacitar ao nível de conhecimento, de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes da ECCI Seixal, de acordo com as suas necessidades, para assim, se conseguir diminuir os seus níveis de sobrecarga.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

22

**População Alvo**

Todos os cuidadores informais dos utentes da ECCI-Seixal

**Parceiros Privilegiados**

- Programa Nacional de Voluntariado – ACES Almada Seixal que disponibilizam voluntários para se deslocarem ao domicílio dos utentes;
- Associação Nacional de Cuidadores Informais (ANCI) que disponibilizam ajudas técnicas gratuitas e apoio psicológico aos sábados das 10h-12h.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

23

**Objetivos**

- **Geral:** Capacitar ao nível de conhecimento, de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes da ECCI Seixal, de acordo com as suas necessidades, para assim, se conseguir diminuir os seus níveis de sobrecarga.
- **Específicos:**
  1. Diminuir os indicadores de Stress do Prestador de Cuidados na ECCI Seixal;
  2. Efetuar o encaminhamento adequado dos cuidadores informais com necessidades identificadas;
  3. Realizar a vigilância epidemiológica da caracterização dos cuidadores informais do concelho do Seixal, bem como, a avaliação do Stress do Prestador de Cuidados, através da articulação com as UF's pertencentes.
  4. Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde da comunidade referente à realidade endémica e consciencializados para a problemática.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

24

**Grupo de Suporte**

- Finalidade**  
Avaliação, articulação e acompanhamento especializado dos cuidadores informais acompanhados pela ECCI-Seixal com necessidades emocionais, sociais e culturais identificadas.
- Responsáveis**
  - Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária
  - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
  - Assistente Social

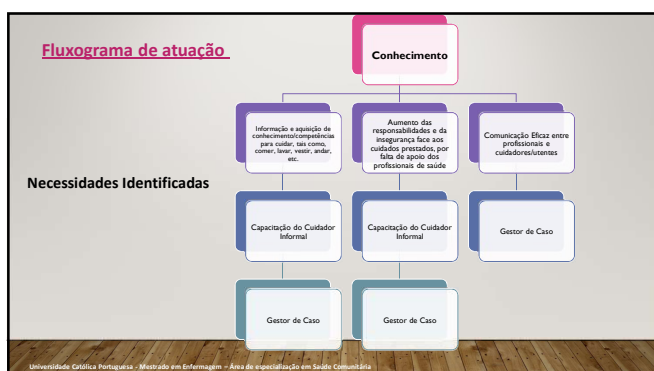
Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

25

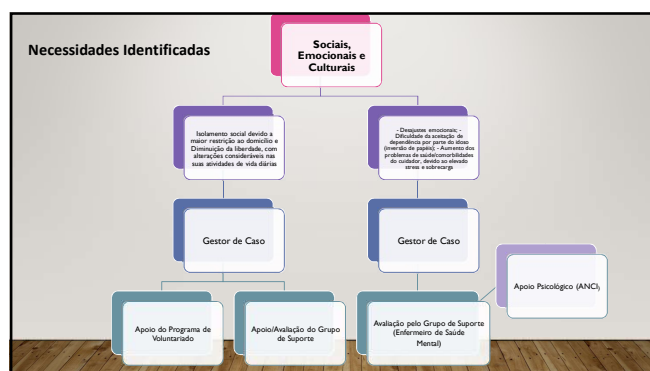
- Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária:**
  - Responsável pela articulação com os parceiros do projeto;
  - Criação de mais parcerias com recursos da comunidade;
  - Apresentação, acompanhamento e orientação do voluntário de acordo com as necessidades identificadas.
- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental:**
  - Responsável pela avaliação, acompanhamento e articulação com psicólogo da parceria quando identificadas necessidades emocionais.
- Assistente Social:**
  - Avaliação e acompanhamento de cuidadores informais com necessidades sociais identificadas;
  - Aumento da bolsa de voluntários;
  - Dinamização de cursos de formação para voluntários;
  - Apresentação e acompanhamento do voluntário à família.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

26



27



28

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- Os cuidados de saúde primários representam o principal contacto do utente/cliente com o Sistema Nacional de Saúde. Este nível de assistência não se limita a cuidados curativos, mas tem essencialmente como objetivo, de acordo com a Declaração de Alma Ata, trabalhar os principais problemas de saúde de uma comunidade, através da promoção e prevenção da saúde, e do tratamento e reabilitação dos doentes.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária


29

- Os enfermeiros reconhecem a importância de incorporar a família nos cuidados, evidenciando deste modo, que só assim o cuidar é continuado e integral. A responsabilidade de treinar os familiares em novas habilidades e competências, necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa doente, é principalmente assumida pelo enfermeiro. É imprescindível conhecer a dinâmica familiar para melhor capacitar o prestador de cuidados informal.

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

30

- A criação de um projeto centrado na preparação destes cuidadores, assente nas necessidades vivenciadas ao longo da transição, sendo a avaliação da sobrecarga do cuidador fundamental para a manutenção de um equilíbrio entre a doença do utente/cliente e a saúde do prestador de cuidados informal.



Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

31

Cuidar de quem cuida para que quem cuida não fique por cuidar...



Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

32

**Bibliografia**

André, S.M. (2014). Estado de ánimo dos cuidadores informais: Contributos para melhor cuidar (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Carpinho, L. J. (2003). Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica. 8ª ed. Porto Alegre: Artes médicas.

Carvalho, A.S. (2013). Preparação do regresso a casa: Dificuldades da família na continuidade de cuidados (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Duarte, S. (2010) Continuidade em Cuidados Domiciliares: O Papel do Enfermeiro. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Figueiredo, D., Sousa, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. Geriatria. Lisboa. Vol. XX: nº 144, p. 15 – 19.

Gomes, M. (2014). O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado: Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

Gott A., Mingoit M., Gomez X., Saker T., Torres G., Sacristán O et al. – Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2007; 2:957-962

Karch U.M. Dependent seniors: families and caregivers. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):861-866.

Lai D. Validation of the Zarit Burden Interview for Chinese Canadian caregivers. Social Work Research. literature review from an international perspective. Journal of Advance Nursing; 2007; 31(1): 45-53.

Peters M. Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11: Scoping Reviews: Scoping Reviews. Em: Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual [Internet]. 2017. p. 141-6. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/319713049\\_2017\\_Guidance\\_for\\_1\\_he\\_Conduct\\_of\\_JBI\\_Scoping\\_Reviews?evriid=grsq2r53t47a03b1c379e09e9a17504-XXX&evriid=Source=2922KQW9GCMoTfCMA400TfBUluc3NDASMDxMJY4-ODY9MD8AMTUwTf3MzcNjg4MAN3Dh3D6el-H\\_x\\_28](https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_1_he_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews?evriid=grsq2r53t47a03b1c379e09e9a17504-XXX&evriid=Source=2922KQW9GCMoTfCMA400TfBUluc3NDASMDxMJY4-ODY9MD8AMTUwTf3MzcNjg4MAN3Dh3D6el-H_x_28)

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

33

Pinho, L.M.G, Pereira, A.M.S (2015). Intervenção familiar da equipe enfermeira: Redução da sobrecarga e emoção negativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 14, p. 15-23.

Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. Rev. Gaúcha Enferm 2010;31(1):26-32.

Santos P. O Familiar Cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado em saúde pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa; 2005.

Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 1, p.33-39.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Suzofka, M. – Versão Brasileira da escala Burden Interview para avaliação da sobrecarga em cuidadas de indivíduos com doenças mentais. Revista Portuguesa de Psiquiatria. 2002; 25(6):12-17. In: Sequeira, C. Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. 2010.

Verissimo C, Moreira I. Os Cuidadores familiares/informais – cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar Enfermagem. 2004; 8(1): 60-65.

Zarit S. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist, 1980; 20:449-455.

Zarit S, Zarit J. Instructions for the Burden Interview. University Park: Pennsylvania State University;1987.

Zarit,S. H., e Zarit, J.M. (1983). The memory and behavior problems checklist – and the burden interview. Technical report, Pennsylvania State University.

Validação de escala de Zarit: sobrecarga... (PDF Download Available). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/253951874\\_Validacao\\_da\\_escala\\_de\\_Zarit\\_sobrecarga\\_do\\_cuidador\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_domiciliares\\_populacao\\_portuguesa](https://www.researchgate.net/publication/253951874_Validacao_da_escala_de_Zarit_sobrecarga_do_cuidador_em_cuidados_paliativos_domiciliares_populacao_portuguesa) [accessed May 28 2018].

Universidade Católica Portuguesa - Mestrado em Enfermagem - Área de especialização em Saúde Comunitária

34

## **Apêndice 7**

**- Manual SClinic® -**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**Manual de Registos de Enfermagem para**  
**SCLINC® com Classificação Internacional para**  
**a Prática de Enfermagem - CIPE®**

***Projeto “Cuidar de quem Cuida – S”***

**Fevereiro 2019**



**Autor:**

Enfermeira Marta Soares Dias (Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade Católica Portuguesa)

**Colaboração:**

Enfermeira Vera Tiago (Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária)

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade do S

**Aprovado por:**

Enfermeira Susana Santos (Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade do S. Mestre e Especialista em Saúde Comunitária e em Saúde Infantil e Pediátrica).

Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo (Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa).



## ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Registos de enfermagem em Plataforma informática SCLinic® com CIPE® no âmbito da avaliação do “ <i>Stress do Prestador de Cuidados</i> ” .....	3
3. Considerações Finais .....	6
4. Referências Bibliográficas .....	7



## **1. Introdução**

O Projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*” irá encontrar-se inserido dentro dos objetivos proposto no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) e do Plano Nacional de Saúde de Pessoas Idosas (PNSPI) e terá como missão assegurar aos cuidadores informais a promoção da sua saúde e prevenção da doença, a melhoria na prestação de cuidados e favorecer a sua continuidade, através da articulação entre parceiros existentes na comunidade.

Pretenderá capacitar ao nível de conhecimento, de apoio psicológico e social os cuidadores informais dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do S, de acordo com as suas necessidades, para assim, se conseguir diminuir os seus níveis de sobrecarga.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas no âmbito de cada Programa/Projeto carecem de organização nos registos efetuados pelos enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), na sua crescente preocupação com a informatização dos serviços de saúde e em conjunto com o Concelho Internacional de Enfermeiros (ICN), detém em Portugal os direitos de licenciamento da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), sendo que foram definidas normas para o desenvolvimento de sistemas de informação de enfermagem apresentados no documento “Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos-funcionais (OE, 2007).

O Manual de Registos de Enfermagem para SCLINIC® com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - Projeto “*Cuidar de quem Cuida – S*”, tem como objetivo organizar e padronizar os registos de enfermagem, bem como, ser um documento facilitador na integração de novos elementos na ECCI no âmbito deste projeto.

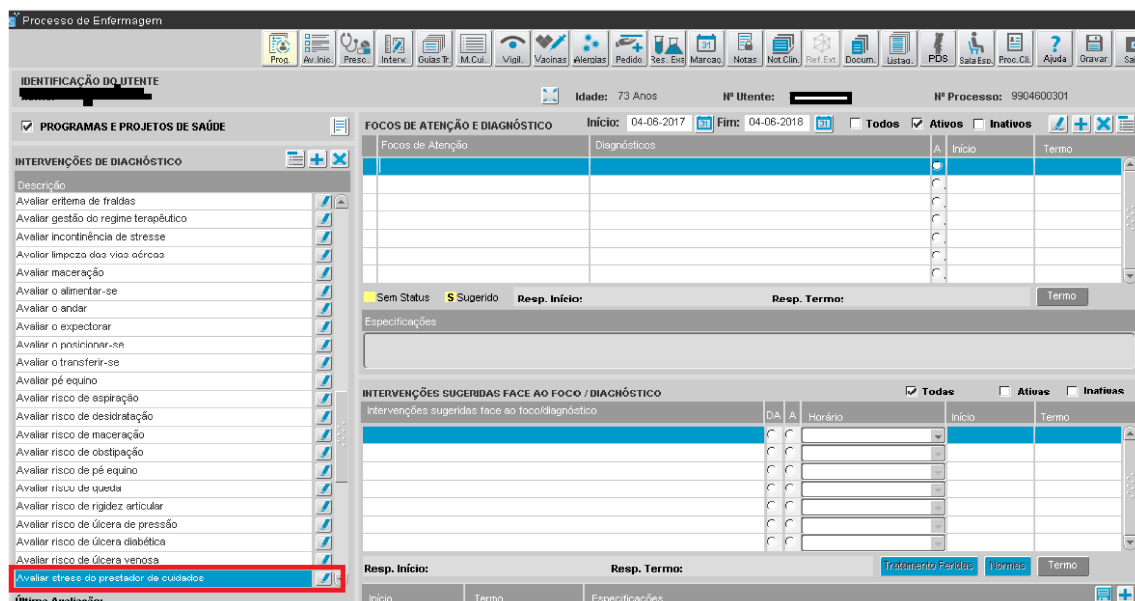
Indo de encontro ao conjunto de normas apresentadas pela OE, o presente Manual, visará também maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, utilizando a CIPE®

como referencial para o vocabulário utilizado em registos de enfermagem. Estes registos efetuados com esta linguagem, permitem a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, de modo a alcançar cada vez mais uma prática baseada na evidencia (OE, 2007).

## 2. Registos de enfermagem em Plataforma informática SCLinic® com CIPE® no âmbito da avaliação do “Stress do Prestador de Cuidados”

O Projeto “*Cuidar de quem Cuida S*”, será dirigido para todos os cuidadores informais pertencentes à ECCI S e inicia-se com a aplicação do questionário de avaliação inicial de enfermagem aquando a entrada de qualquer utente nesta unidade pertencente à RNCCI. Posteriormente, todos os dados serão introduzidos em plataforma informática como de seguida será demonstrado:

Percorrer a barra **Intervenções de Diagnóstico** e escolher **Avaliar Stress do Prestador de Cuidados**.



## De seguida irá abrir o item para a avaliação da **Escala de Sobrecarga do Cuidador**

Registo da escala: stress\_PC

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
Nome: [redacted] Idade: 73 Anos Nº Utente: [redacted] Nº Processo: [redacted]

Avaliar stress do prestador de cuidados Data: Hora:

GRUPOS  
Escala de sobrecarga do cuidador

ITEMS DO GRUPO

- \* Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?
  - Nunca
  - Quase nunca
  - Às vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre
- \* Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo sufici
  - Nunca
  - Quase nunca
  - Às vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
------	-------

Posteriormente irá abrir dois diagnósticos associados a este foco:

- **Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress**, sendo que as intervenções associadas que se poderão escolher, tendo sempre em conta o prestador e suas características são:

- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress;

SClinico - Internet Explorer

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
Nome: [redacted] Idade: 73 Anos Nº Utente: [redacted] Nº Processo: [redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO  
Início: 04-06-2017 Fim: 04-06-2018

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

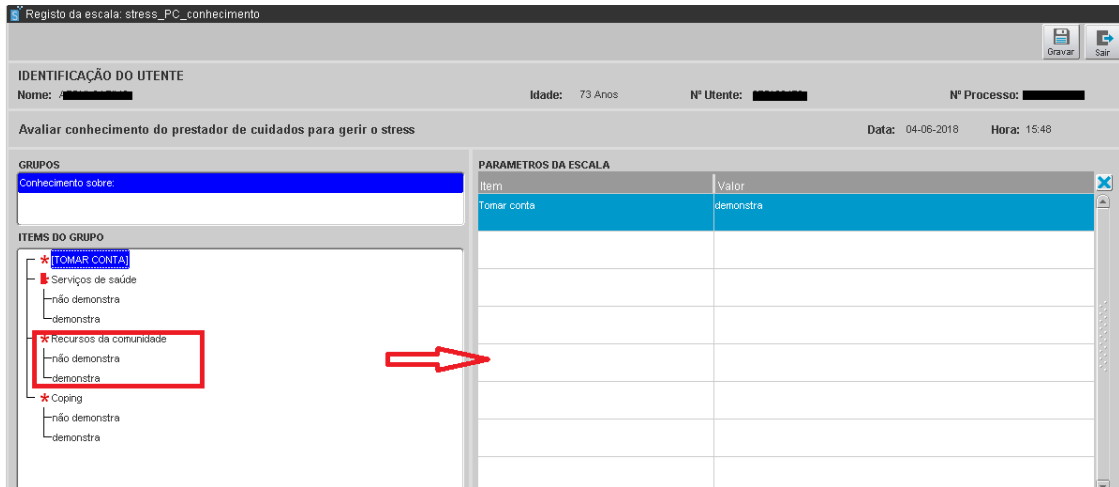
Intervenções relacionadas

Intervenções relacionadas a realizar	Última avaliação
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress	Sem avaliação

Sair Ok

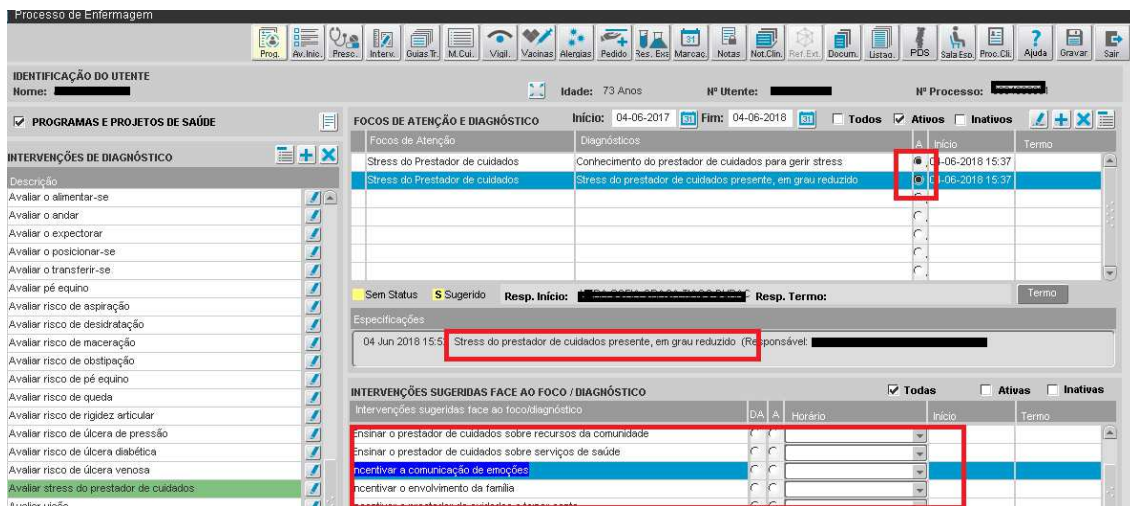
- Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação;

- Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados;
- Instruir o prestador de cuidados para tomar conta.



- Stress do prestador de cuidados, e as suas intervenções associadas são as seguintes:

- Avaliar stress do prestador de cuidados;
- Incentivar o envolvimento do prestador de cuidados.



Nunca esquecer de “Gravar”, todas as alterações e procedimentos introduzidos antes de sair do programa.

### **3. Considerações Finais**

Os registos de enfermagem organizados e padronizados em consonância com a utilização de uma linguagem universal e comum, a CIPE®<sup>®</sup>, permitem a possibilidade de avaliação do Projeto que agora será iniciado, fazendo emergir indicadores, importantes para o alcançar do bem-estar e harmonia da população residente neste Concelho.

Será igualmente muito importante para o tratamento de dados epidemiológicos que demonstraram as incidências, prevalências e suas tendências de acordo com as intervenções efetuadas pelos enfermeiros da ECCI com a cooperação dos seus parceiros da comunidade.

O Manual de Registos de Enfermagem para SCLINC®<sup>®</sup> com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®<sup>®</sup> carece de atualização permanente e de acordo também com as atualizações efetuadas no sistema informático e pode ser facultado a outras unidades do ACES que pretendam uniformizar os registos de enfermagem para o fenómeno do *Stress do cuidador Informal*.

## **4. Referências Bibliográficas**

Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Ordem dos Enfermeiros.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Saúde Mental: Orientações Programáticas. Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2006). Plano Nacional de Saúde de Pessoas Idosas: Orientações Programáticas. Direção Geral de Saúde.



## **Apêndice 8**

- Minutas de Reuniões com Parceiros -



## **Reunião com Responsável do Programa do Voluntariado ACES A-S**

**Local:** UCC S

**Data:** 28 de setembro, 2018

**Duração:** 1h30m

**Presentes:**

A.R.S.– Assistente Social Responsável pelo Programa do Voluntariado do ACES A-S

V.T. – Enfermeira e Mestre em Saúde Comunitária

M.S.D.– Enfermeira e Mestranda em Saúde Comunitária

**Assunto:**

Dar a conhecer a existência do início do desenvolvimento do Projeto na UCC S – “*Cuidar de quem Cuida S*”, seus principais objetivos, tentativa de estabelecer parcerias e perceber a disponibilidade do Programa de Voluntariado para participar com a UCC para ajudar os seus cuidadores informais.

**Resultados:**

O Programa de Voluntariado, na pessoa da assistente social A.R., disponibilizou-se com 4 Voluntários já existentes para se deslocarem ao domicílio dos utentes e permanecerem durante algum tempo (1 ou 2 horas) com marcação prévia;

A UCC, na pessoa da mestranda Enfermeira M.S.D., com supervisão da sua orientadora, Mestre Enfermeira V.T., disponibilizou-se a ajudar a aumentar a bolsa de voluntariado, através da sensibilização de ex-cuidadores.

## **Reunião com Associação Nacional dos Cuidadores Informais**

**Local:** UCC S

**Data:** 11 de outubro, 2018

**Duração:** 1h30m

**Presentes:**

S.F.- Presidente da Associação Dos Cuidadores Informais

M.A.C.– Presidente da Mesa da Assembleia

V.T. – Enfermeira e Mestre em Saúde Comunitária

M.S.D. – Enfermeira e Mestranda em Saúde Comunitária

**Assunto:**

Dar a conhecer a existência do início do desenvolvimento do Projeto na UCC S – “*Cuidar de quem Cuida S*”, seus principais objetivos, tentativa de estabelecer parcerias e perceber a disponibilidade da Associação para participar com a UCC para a ajuda dos seus cuidadores informais.

**Resultados:**

A Associação Nacional de Cuidadores Informais, na pessoa da sua presidente, disponibilizou-se a fornecer apoio psicológico gratuito aos sábados das 10h às 12h na sua sede, bem como disponibilização de ajudas técnicas gratuitas.

A UCC, na pessoa da mestranda Enfermeira M.S.D., com supervisão da sua orientadora, Mestre Enfermeira V.T., disponibilizou-se na formação de um grupo de suporte para cuidadores informais.

# **Anexos**



## **Anexo 1**

- Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit -



**Escala de sobrecarga do cuidador**

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nome: \_\_\_\_\_

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

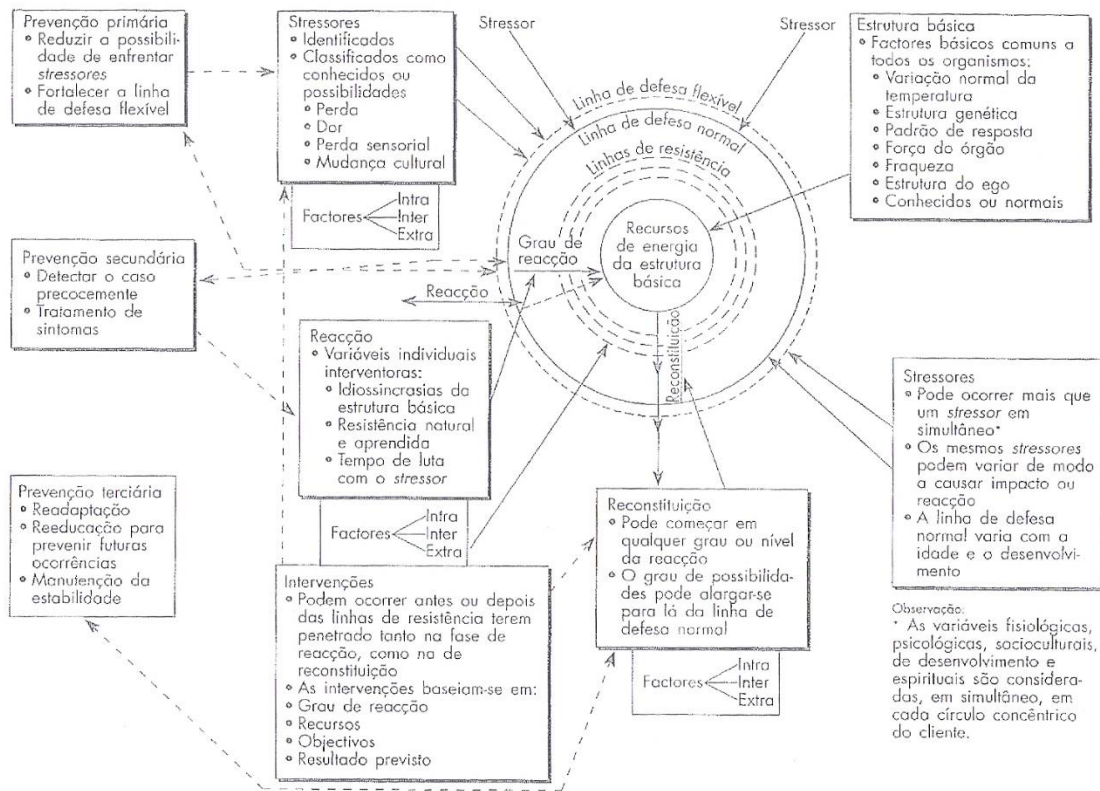
**Fonte:** Escala sobrecarga do cuidador informal de Zarit (Instrumento de avaliação inicial da “ECCI S”)



## **Anexo 2**

– Modelo de Sistemas de Betty Neuman -





**Fonte:** O Modelo de Sistemas de Neuman. Tomey, A., Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teóricas de Enfermagem) (5º ed.). Lusociência.



## **Anexo 3**

- Índice de Barthel –



## Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc., ou dieta modificada 10 = independente	
<b>BANHO</b> 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
<b>INTESTINO</b> 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

<b>USO DO TOILET</b> 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente ( pentear-se, limpar-se)	
<b>TRANSFERENCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</b> 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
<b>MOBILIDADE (EM SUPERFICIES PLANAS)</b> 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
<b>ESCADAS</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

### PONTUAÇÃO

TOTAL (0-100):

### Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Observação: esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa. Data: 28 de agosto de 2006.

### Traduzido por:

Dr. Guanís de Barros Vilela Junior  
Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física  
UEPG / METROCAMP