

**Cuidadores Informais do Idoso: do levantamento das necessidades  
ao desenvolvimento de estratégias de Intervenção  
(Projeto Financiado pela FCT)**



**Guia orientador 2**

<b>Criação do Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal</b>	
<b>USF “Ao Encontro da Saúde”, Universidade de Aveiro e Escola Superior de Enfermagem do Porto</b>	<b>Cursos de Licenciatura, Mestrado e de Especialização</b>
<b>Unidade Curricular</b>	
<b>Edição: 2014</b>	Susana Freitas, Silva Torres, Dayse Neri, Margarida Abreu, Maria João Teixeira, Helena Teixeira, Wilson Abreu. Nilza Costa
<b>Objetivos:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discutir as necessidades do familiar cuidador no contexto da sua atividade cuidativa.</li> <li>2. Analisar as dinâmicas locais de apoio ao familiar cuidador;</li> <li>3. Descrever o processo de criação de um gabinete de apoio ao cuidador informal;</li> <li>4. Indicar os objetivos e atividades desenvolvidas pelos profissionais e a articulação com os cuidadores.</li> <li>5. Descrever o processo de avaliação do gabinete, no contexto da USF.</li> </ol>	
<b>Sumário</b>	
<p><b>1. Introdução: que apoio ao cuidador familiar?</b></p> <p>O cuidador informal (também designado por prestador de cuidados, mas que designaremos ao longo do texto por cuidador familiar) é a pessoa que assume preferencialmente a prestação de cuidados próximo da pessoa dependente. Para Braithwaite (2000), o “cuidador informal” representa a pessoa, familiar ou amiga(o), não remunerada(o), que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente.</p>	

O envelhecimento da população constitui uma realidade cada vez mais evidente. O aumento da esperança média de vida e o conseqüente aumento do número de idosos, evidenciam novos desafios para o setor da saúde e da segurança social.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), em 2008, reconhecia a importância da Carta de Tallinn, um documento produzido no contexto de uma acção promovida pela Organização Mundial da Saúde. Esta reunião, subordinada ao tema “Sistemas de Saúde, Saúde e Prosperidade”, e que reuniu representantes dos governos de muitos países da Europa, enfatizava o impacto dos sistemas de saúde no nível de saúde e bem-estar das populações, no desenvolvimento económico, na coesão social e na competitividade das nações (OPSS, 2008). Esta Carta constituiu-se como um quadro de referência estratégica, recomendando que os diferentes países europeus desenvolvam e implementem medidas que: i) assegurassem os princípios da solidariedade, equidade e participação; ii) envolvessem e facilitem o investimento multisectorial em áreas que influenciem a saúde; iii) promovessem a eficiência na utilização dos recursos, a transparência e a responsabilização; iv) tornassem os sistemas de saúde mais sensíveis às necessidades e expectativas dos cidadãos e estimulassem a sua participação na elaboração e implementação das políticas; v) favorecessem a aprendizagem e cooperação entre países e, vi) garantissem que os sistemas de saúde eram capazes de responder a crises (OPSS, 2008).

No nosso país, tal como em outros países europeus, nas últimas décadas as mudanças nos padrões demográficos resultaram num número crescente de pessoas idosas, mais dependentes e com maior necessidade de cuidados agudos e de longo prazo. Esta realidade explica em parte porque razão as famílias passaram a ter um papel mais ativos nos cuidados às pessoas idosas. Sem os cuidados prestados pela família e por outros cuidadores informais os sistemas de saúde não seriam capazes de atender às necessidades das pessoas idosas. No entanto, para além desta questão que pode radicar em questões económicas, defendeu-se igualmente que as pessoas e as famílias devem ser mais responsabilizadas pelos cuidados de saúde e por desenvolver comportamentos saudáveis, com apoio dos serviços de saúde.

Nos últimos anos, a literatura revela que as necessidades crescentes de apoio a idosos dependentes no autocuidado têm aumentado de forma progressiva, criando

constrangimentos aos serviços de saúde que muitas vezes não estão organizados para responder a estas novas realidades. Por exemplo, a aposta em cuidados domiciliários e numa rede de cuidados continuados pode diminuir de forma determinante a pressão sobre as unidades hospitalares, locais que pela sua natureza não são os mais apropriados para receber idosos com graves limitações a nível funcional e cognitivo, geralmente com diversas patologias.

## **2. Necessidade de organizar uma estratégia local de apoio ao cuidador na USF**

O envelhecimento é caracterizado por alterações físicas e mentais. Em países com declínio demográfico, observa-se uma diminuição do número de indivíduos com autonomia e conseqüente aumento da dependência. Esta realidade constitui um desafio na assistência a idosos, principalmente ao nível das respostas nos cuidados básicos. Neste sentido, verifica-se que os sistemas de assistência existentes não são em quantidade e qualidade os mais adequados, entendendo-se por sistemas de assistência um conjunto de organizações e práticas sociais, com base em crenças, símbolos ou filosofias culturalmente validadas (Abreu, 2003).

Os Censos de 2011 demonstram um número crescente de idosos em Portugal, representando cerca de 19% da população portuguesa. Na região norte encontram-se cerca de um terço dos idosos, seguida do centro. Em 2011, o índice de envelhecimento agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012a).

De acordo com a análise das características demográficas a população do Concelho da Trofa tem envelhecido na última década, verificando-se um aumento da população idosa e a uma redução da população jovem. No que concerne à população jovem, em idade ativa, dos 15 aos 24 anos, assiste-se no Concelho da Trofa a uma redução de 2,8%. A população no grupo etário dos 25 aos 64 anos aumentou em 3% (INE, 2012).

A Unidade de Saúde Familiar- Ao Encontro da Saúde é uma das instituições prestadoras de cuidados integrados no ACES- Grande Porto I-Santo Tirso/Trofa. Os

Cuidados Primários de Saúde são prestados à população todos os dias úteis, das 8h às 20h. Aos fins-de-semana e feriados, o atendimento de situações agudas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários é feito no SASU de Santo Tirso, assegurado por equipas multidisciplinares dos Centros de Saúde de Trofa, Santo Tirso e Negrelos. A 31 de Dezembro de 2012, estavam inscritos na USF Ao Encontro da Saúde um total de 11.477 utentes

No final do ano de 2012, o número total de idosos, ou seja, utentes inscritos com 65 ou mais anos era de 1700, o que representa uma percentagem de 14,8% de idosos inscritos na USF. Destes 1700 idosos, 127 possuíam elevado grau de dependência e recebiam apoio no domicílio por parte da equipa multiprofissional, o que representa cerca 7,5% (dados provenientes do SINUS).

A Unidade de Saúde Familiar- Ao Encontro da Saúde, em parceria com a Universidade de Aveiro e a Escola Superior de Enfermagem do Porto, iniciaram em 2011 um projeto conjunto: “Cuidadores Informais do Idoso: do levantamento das necessidades ao desenvolvimento de estratégias de Intervenção” (Projeto Financiado pela FCT). Dado existirem condições para investir em estratégias mais consistentes e inovadoras no apoio aos idosos dependentes, foi decidido avançar para a Criação de um Gabinete de Apoio ao cuidador informal.

A USF ao Encontro da Saúde possui dois elementos de enfermagem que se encontram a realizar trabalhos de investigação na área dos idosos e cuidadores informais (Enfermeiras Sílvia Torres e Susana Freitas - teses de doutoramento). O Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal (C3i) surge portanto de um protocolo no âmbito do desenvolvimento do projeto financiado pela FCT (PTDC/CPE-PEC/103858/2008). O objetivo central consistia em conceber, implementar, avaliar e monitorizar um plano de estratégias de intervenções na formação dos cuidadores de idosos.

Os profissionais da USF responsáveis pela dinamização do Gabinete têm como funções:

- a) Manutenção das condições físicas do Gabinete de Apoio aos Cuidadores Informais;
- b) Atendimento diário aos cuidadores informais dos utentes inscritos na USF;
- c) Levantamento das necessidades e dificuldades dos cuidadores informais;

- d) Realização de ações de formação aos cuidadores informais;
- e) Apoio logístico na realização de formações;
- f) Apoio na divulgação das atividades do Gabinete.

A dinamização do Gabinete C3i permitiu que as responsáveis integrassem um novo projeto de intervenção denominado Cuidar de Quem Cuida (CQC), a decorrer entre 2014 e 2016, sendo constituído por duas componentes de ação que abrangem o território da região Entre o Douro e Vouga e a Área Metropolitana do Porto. O promotor deste projeto é o CASTIIS – Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguêdo, tendo como parceiros a Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE e o CASO50+, Associação. O financiamento do projeto enquadra-se no Programa Cidadania Ativa, cujos fundos são provenientes do Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu, geridos em território nacional pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O projeto Cuidar de Quem Cuida pretendeu criar respostas específicas dirigidas aos cuidadores informais de pessoas com doença de Alzheimer, promovendo a implementação de programas psicoeducativos, criado para este público-alvo. Como objetivo complementar, o projeto pretende a criação de Gabinetes de Apoio ao Cuidador, numa intervenção individualizada ao cuidador informal.

No entanto, como a USF- Ao Encontro da Saúde já promovia esta resposta, avançou-se para:

- a) Implementação de programas psicoeducativos dirigidos aos cuidadores (Programa Psicoeducativo para Cuidadores Informais do projeto CQC);
- b) Criação de uma rede de organizações não-governamentais de partilha de boas práticas na intervenção com este público-alvo, e na dinamização e defesa da criação de serviços e respostas na área de intervenção da USF- Ao Encontro da Saúde;
- c) Avaliação do impacto socioeconómico na utilização dos serviços sociais e de saúde pelos cuidadores informais, pela sua participação no Programa Psicoeducativo para Cuidadores Informais, com o apoio da UNIFAI- Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do ICBAS.UP.

A inauguração do Gabinete teve lugar a 7 de fevereiro de 2013, pelas 18h00. O gabinete teve o apoio do Laboratório de Avaliação da Qualidade Educativa do Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF), do Departamento de Educação (DE) da Universidade de Aveiro (UA), e da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O gabinete está perfeitamente inserido na dinâmica da USF, que disponibiliza recursos para o seu funcionamento.

Os cuidadores informais são sobretudo familiares que colaboram na prestação de cuidados a um utente com deficit de autocuidado, mobilizando saberes diferenciados por razões de ordem muito diversa. Os cuidadores disponibilizam cuidados e em diversos contextos, fundamentalmente no domicílio.

### **3. Avaliação do funcionamento do gabinete**

Ao longo dos meses o gabinete realizou o diagnóstico das necessidades nos domínio físico, social, habitacional e da carga emocional do idoso e do seu cuidador informal. Facultou assistência, visitação domiciliária e acompanhamento das pessoas dependentes e dos cuidadores, dando resposta às necessidades identificadas. Procedeu ao encaminhamento dos utentes para outros recursos na comunidade. Na USF, foram realizadas sessões de formação à comunidade de cuidadores informais, aos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar e aos diversos parceiros. O plano de atividades incluía ainda a avaliação das estratégias desenvolvidas (ver documento anexo).

A parceria com duas instituições de ensino superior e a investigação realizada pelas enfermeiras responsáveis pelo gabinete permitiu desenvolver o modelo supervisivo de Proctor (1991), que sugere que a supervisão compreende três funções estruturantes e interativas, a normativa, a formativa e a restaurativa.

A função normativa refere-se ao conjunto de iniciativas destinadas a promover a qualidade dos cuidados disponibilizados à pessoa dependente e a redução dos riscos. É um elemento de controlo de qualidade e segurança dos cuidados. O familiar cuidador não possui, normalmente, conhecimentos científicos e técnicos adequados. Os profissionais de enfermagem devem identificar quais os problemas de saúde e deficits no autocuidado que podem ser colmatados pelo familiar cuidador e interagir de forma adequada de forma a preservar a segurança dos cuidados.

A função formativa está relacionada com a existência de saberes e compreensão para fazer face às necessidades em matéria de cuidados de saúde, que podem gerar necessidade de formação por parte dos profissionais de saúde. Podem incluir explicações, demonstrações e reflexão. O enfermeiro, na sua atividade de supervisão do desempenho de prestador de cuidados familiar, deve identificar as necessidades em matéria de conhecimentos que este possui.

Foram realizadas diversas ações de formação, nas seguintes áreas:

- Higiene corporal
- Mobilidade
- Alimentação saudável
- Cuidador familiar
- Hipertensão
- Diabetes.

A função restaurativa/ suporte remete para ações que permitam diminuir a ansiedade, apoio na gestão de emoções, prevenção de estados depressivos ou mesmo apoio no processo de luto. Esta função é relevante para o ajustamento à situação de cuidados, prevenção de sentimentos de culpa e de desvalorização pessoal (autoestima, autoconceito). Assim, foram realizadas ações de formação, nas seguintes áreas:

- Emoções e sentimentos da pessoa cuidadora
- Exercícios de relaxamento.

#### **4. Conclusão e perspetivas futuras**

O cuidador familiar exerce a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física efetiva, por vezes em contextos muito adversos. Colaboram nos hábitos de vida diária, nos exercícios físicos, na administração de terapêutica, na higiene pessoal, nos passeios e outros. Para o exercício da sua atividade, têm necessidade de aprender e treinar formas de poder ajudar a pessoa dependente.

Um dos aspetos que o gabinete tentou identificar foi a “exaustão do cuidador”. A sobrecarga (*burden*) pode dever-se ao acumular de esforço, acompanhado de perturbações a nível da gestão emocional (Abreu, 2012). Esta sobrecarga pode estar

ligada a acontecimentos ou a atividades concretas como a dependência económica, mudança nas suas rotinas, falta de tempo para si mesmo, entre outros; ou a uma dimensão subjetiva que inclui os sentimentos de culpa, de vergonha, a baixa autoestima e a preocupação excessiva com o familiar doente.

Para terminar, é importante referir que a avaliação do funcionamento do Gabinete permitiu concluir que a capacitação dos cuidadores trabalhada em grupos foi uma oportunidade reconhecida destes trocarem ideias, encontrarem soluções e se ajustarem melhor ao papel de cuidador. Foram sobretudo ações de formação curta, centradas nas dificuldades sentidas pelos cuidadores e na partilha de experiência. A participação nem sempre é a desejável, uma vez que o cuidador pode ter problemas de deslocação para a USF ou não ter quem cuide do familiar durante a sua ausência.

#### Bibliografia

- Abreu, W. (2011). Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais, 2ª edição. ed. 2. Coimbra: FORMASAU.
- Barbara, I.; Dunne, R. (1999). Sharing the Magic: the caregiver's guide to quality dementia care recreation and social programming (Spiral-bound). Celebrations Unlimited Seminars & Press
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, 706-717
- Brodsky, H.; Roberts K.; Peters K. (1994). Quasi-experimental evaluation of an educational model for dementia caregivers. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 9:195-204
- Dunbrack, J. (2005). The information needs of informal caregivers involved in providing support to a critically ill loved one A synthesis report prepared for Health Canada by Janet Dunbrack
- Fernandes, M. et al (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais*, 43: 31 - 35



- Goodhead, A.; Macdonald, J. (2007). Informal Caregivers Literature Review. A report prepared for the National Health Committee
- Gould, D. (2004). Family caregivers and the health care system.. LEVINE, C.; MURRAY, T. (ed). The cultures of caregiving: conflict and common ground among families, health professionals, and policy makers. Baltimore: The John Hopkins University Press, 5-34.
- Huang, Z. et al (2003). Sociodemographic and health characteristics of older Chinese on admission to a nursing home: a cross-racial/ethnic study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3):404-9
- Oliveira, A.; Pimentel, F. (2006). O desempenho dos cuidadores informais na avaliação da qualidade de vida nos doentes oncológicos. *Psicologia, Saúde e Doença*, 7:2; 211-219
- Proctor B. (1991) Supervision: a co-operative exercise in accountability. In *Enabling and Ensuring: Supervision in Practice* (Marken M. & Payne M. eds), National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work, Leicester, pp. 21±23
- Savage, S.; Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*, 27, (1), 11-117
- Silva, A., Teixeira, J., Teixeira, M.J., Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scand J Caring Sci*; 2013; 27; 792–803