



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Capacitação do Cuidador Informal –
Aprende a Cuidar de ti enquanto
aprendes a Cuidar do outro**

Cláudia Maria Machado Fernandes

Orientação: Prof^a. Doutora Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde
Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Capacitação do Cuidador Informal –
Aprende a Cuidar de ti enquanto
aprendes a Cuidar do outro**

Cláudia Maria Machado Fernandes

Orientação: Prof^a. Doutora Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde
Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia”

ROBERT COLLIER

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer de uma forma especial a todos os cuidadores informais que se mostraram disponíveis desde o início deste projeto, imprescindíveis ao desenvolvimento e conclusão do mesmo, sem eles, não seria possível a sua concretização.

À minha orientadora, Professora Doutora Ermelinda Caldeira, por toda a disponibilidade e acompanhamento ao longo do percurso, foi um privilégio fazer todo este caminho sob a sua orientação.

A toda a equipa multidisciplinar da UCC pelo acolhimento e colaboração todos os dias durante o estágio, em especial à Enfermeira Inês Polme, tornando-se um apoio indispensável para a conclusão do mesmo. Foi um privilégio trabalhar com todos estes profissionais.

À minha amiga Cláudia Cacete pelo apoio incondicional desde o primeiro até ao último dia, sem ti não seria possível.

Aos meus pais, Joana e José, ao meu irmão Pedro, e minha avó Maria, pela compreensão, apoio e motivação diária para alcançar todos os objetivos que traço na minha vida.

A todos os que cruzaram o meu caminho durante este percurso, o meu sincero obrigada, todos me ensinaram algo de especial e fizeram de mim a pessoa e a profissional que sou hoje.

A TODOS, OBROGADA!

RESUMO

Contexto: Os cuidadores informais desempenham um papel marcante, porém enfrentam inúmeros desafios e necessidades decorrentes da complexidade de cuidar de uma pessoa dependente. Essa responsabilidade envolve a realização de múltiplas tarefas e a prestação de cuidados especiais em diferentes áreas. Quando o suporte disponível é insuficiente e as necessidades dos cuidadores informais não são atendidas acabam por sofrer uma sobrecarga que os torna indivíduos com necessidade de cuidados de saúde.

Objetivo: Promover a capacitação dos cuidadores informais dos utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Região Alentejo. **Metodologia:** Ancorado na metodologia do planeamento em saúde e como referencial teórico a Teoria de Défice de Autocuidado de Orem. **Resultados:** Após o diagnóstico de situação constatou-se que as principais necessidades/dificuldades dos cuidadores informais são o risco de capacidade comprometida para cuidar, no que diz respeito às exigências de ordem física, risco de isolamento social, risco de coping comprometido face à prestação de cuidados, défice de conhecimento/falta de apoio social, problemas relacionais, problemas financeiros e falta de apoio familiar. **Conclusão:** O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem um papel imprescindível na capacitação de grupos e comunidades, onde estão inseridos os cuidadores informais. Fundamentado na metodologia do Planeamento em Saúde foi desenvolvido o projeto “Capacitação do Cuidador Informal – Aprende a Cuidar de ti enquanto aprende a Cuidar do outro”. Através do diagnóstico de situação foi possível identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelo cuidador informal no ato de cuidar. Assim, emergiu diversos instrumentos de capacitação do cuidador informal.

Descritores: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; Cuidadores Informais; Capacitação

ABSTRACT

Context: Informal caregivers play a significant role, but they face numerous challenges and needs resulting from the complexity of caring for a dependent person. This responsibility involves performing multiple tasks and providing specialized care in different areas. When the available support is insufficient and the needs of informal caregivers are not met, they end up experiencing an overload that makes them individuals in need of health care. **Objective:** To promote the empowerment of informal caregivers of patients admitted to the Integrated Continuous Care Team of a Community Care Unit in the Alentejo Region. **Methodology:** Anchored in the health planning methodology and with the theoretical framework of Orem's Theory of Self-Care Deficit Nursing theory.

Results: After the situation diagnosis, it was found that the main needs/difficulties of informal caregivers are the risk of compromised capacity to care, in terms of physical demands, risk of social isolation, risk of compromised coping in caregiving, lack of knowledge/lack of social support, relational problems, financial problems, and lack of family support. **Conclusion:** The community and public health specialist nurse plays an essential role in empowering groups and communities, including informal caregivers. Based on the Health Planning methodology, the project "Empowerment of Informal Caregivers - Learn to Take Care of Yourself while Learning to Take Care of Others" was developed. Through the situation diagnosis, it was possible to identify the needs/difficulties experienced by informal caregivers in the act of caregiving. Thus, various empowerment tools for informal caregivers emerged.

Keywords: Community and Public Health Nursing; Informal Caregivers; Empowerment.

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CADI – *Carer Assessmet of Difficulties Index*

CENDES-OPAS - Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde

CI – Cuidador Informal

CILE – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECI – Estatuto do Cuidador Informal

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

INE – Instituto Nacional de Estatística

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCCI – Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. Cuidadores Informais	18
1.2. Principais Necessidades/Dificuldades do Cuidador Informal	19
1.3. Estratégias/Respostas Sociais Identificadas para Diminuir as Necessidades/ Dificuldades dos Cuidadores Informais	22
1.4. Estatuto de Cuidador Informal	25
1.5. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais	26
1.6. Teoria do Défice de Autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem	29
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	32
2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio	32
2.2. Caracterização do Município	33
3. METODOLOGIA	36
3.1. População-alvo	37
3.2. Instrumento de Recolha de Dados	37
3.3. Metodologia de Análise dos Dados	38
3.4. Considerações Éticas	38
4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	40
4.1. Resultados do Diagnóstico de situação	41
4.1.1. Caracterização Sociodemográfica dos CI's	41
4.1.2. Situação como Prestador de Cuidados	41
4.1.3. Dados relativos à Pessoa Dependente	43
4.1.4. Dificuldades do Cuidador Informal - Índice de CADI	44
4.2. Problemas Identificados	50
5. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	51
5.1. Método de CENDES-OPAS	52
6. OBJETIVOS	53

7.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	57
7.1.	Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas.....	57
7.2.	Fundamentação das Intervenções.....	59
7.2.1.	Programa de Capacitação dos CI's.....	60
7.3.	Recursos Materiais e Humanos Envolvidos.....	63
7.3.1.	Análise da Estratégia Orçamental.....	64
7.4.	Comunicação e Divulgação do Projeto.....	66
7.5.	Cumprimento do Cronograma.....	67
8.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	68
9.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	72
9.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	72
9.2.	Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.....	76
9.3.	Competências de Mestre.....	78
	CONCLUSÃO.....	81
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Questionário de Matos (2019)	90
ANEXO II – Índice de CADI	96
ANEXO III – Parecer positivo da Comissão de Ética de Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo	98

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado Livre e Esclarecido.....	104
APÊNDICE II – Parecer positivo para utilização de Índice de CADI e questionário de Matos (2019)	107
APNDICE III – Sessão de educação para a saúde “O que de verdade importa”	111
APÊNDICE IV – Sessão de educação para a saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais	114
APÊNDICE V – <i>Flyer</i> informativo.....	120
APÊNDICE VI – Guião de curta-metragem – Isolamento Social “Não se deixe para depois! Você é prioridade”.....	121
APÊNDICE VII – Estudo “Cuidadores informais: Principais necessidades/ dificuldades no ato de cuidar”.....	124

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA I – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC.....	33
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Problemas relacionais com a pessoa dependente.....	44
TABELA 2 – Restrições da vida Social.....	45
TABELA 3 – Exigências de ordem física da prestação de cuidados.....	46
TABELA 4 – Relação à prestação de cuidados.....	47
TABELA 5 – Falta de apoio familiar.....	49
TABELA 6 – Falta de apoio profissional.....	49
TABELA 7 – Problemas financeiros.....	50
TABELA 8 – Proposta de ponderação nos critérios “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade”	52
TABELA 9 – Grelha de ponderação com diagnósticos identificados.....	53
TABELA 10 – Objetivo geral e objetivos específicos do presente projeto de intervenção comunitária	54
TABELA 11 – Objetivos específicos, atividades, definição de indicador e metas.....	55
TABELA 12 – Previsão de custos de recursos materiais e humanos relativos às atividades 1, 2, 3, 4 e 5.....	64
TABELA 13 – Previsão de custos de recursos materiais e humanos relativos às atividades 6, 7, 8 e 9.....	65
TABELA 14 – Proposta de Cronograma do projeto de intervenção comunitária.....	67
TABELA 15 – Objetivo específico - Desenvolver um programa de capacitação que aborde as áreas de conhecimento e habilidades necessárias para os CI’s.....	69
TABELA 16 - Objetivo específico - Envolver a equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, enfermeiros(as) especialistas, assistente social) no projeto e alocar outros recursos	

relevantes para enriquecer o programa de capacitação e promover uma abordagem abrangente e multidisciplinar.....70

TABELA 17 – Objetivo específico - Fornecer suporte individualizado aos CI's, oferecendo orientação e aconselhamento para lidar com os desafios específicos enfrentados no cuidado aos utentes internados em ECCI.....71

INTRODUÇÃO

O presente relatório de carácter académico surge no âmbito da unidade curricular relatório no 1º Semestre do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, no ano letivo 2022/2023.

O estágio, retratado neste relatório, decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no Alentejo Central, sob orientação da Professora Doutora Ermelinda Caldeira, docente na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, do Instituto de Évora.

Este relatório é de extrema importância para a conclusão do Mestrado em Enfermagem e para a obtenção do título de Enfermeira Especialista. Nele, apresenta-se de forma detalhada as atividades desenvolvidas ao longo do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) e estágio final.

A realização do Estágio final tem como objetivo geral de aprendizagem, o desenvolvimento e consolidação de competências, aptidões e conhecimentos específicos que permitam responder aos desafios atuais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Apresenta como objetivos específicos: conceber e planear projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado; coordenar, dinamizar e participar em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; avaliar projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos. No decorrer do estágio final a discente deve manifestar competências para: elaborar um projeto de estágio realizando a apreciação do contexto, definição dos objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação e controlo; elaborar um relatório sobre o processo de desenvolvimento do estágio final. Fundamentando-o em termos técnico-científicos e apresentando sugestões de melhoria relativos à intervenção profissional.

Para atingir os objetivos apresentados anteriormente, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária “Capacitação do Cuidador Informal – Aprende a Cuidar de ti

enquanto aprendes a Cuidar do Outro”, ancorado na metodologia do planeamento em saúde e como referencial teórico adotou-se a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de *Dorothea E. Orem*.

Segundo Melo (2020), planeamento em saúde é um conceito com origem no processo administrativo, que abrange um conjunto de funções tais como, organizar, dirigir e controlar. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), planeamento em saúde revelou-se uma ferramenta crucial no que toca à otimização de recursos (por vezes escassos), com vista a ganhos de saúde efetivos. Salienta fatores como a escassez de recursos, a importância da intervenção nas causas dos problemas, e os custos associados a intervenções mal planeadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

A metodologia do planeamento em saúde subdivide-se em três etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. A elaboração do plano, de entre todas, é aquela que engloba mais sub-etapas (diagnóstico de situação, definição de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas/projetos e preparação da execução) (Melo, 2020).

No diagnóstico de situação constatou-se que a temática relacionada aos Cuidadores Informais (CI's) era prioritária, com foco na identificação das suas necessidades e dificuldades, visando capacitá-los. Esta, encontra-se em concordância no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2023.

Esta problemática surge a partir do momento em que o indivíduo não tem capacidade autónoma para assumir as suas atividades de vida diárias (AVD's) (Mateus & Fernandes, 2019). Salvo exceções, das diferentes faixas etárias, os idosos (≥ 65 anos) são o grupo com maior probabilidade a vivenciar esta realidade, uma vez que, segundo Lopes e Arco (2019), os níveis de dependência emergem da gradual morbilidade e de uma maior vulnerabilidade.

De acordo com Sousa et al. (2022), em 2050 Portugal será o país mais envelhecido da União Europeia. Segundo as projeções divulgadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) 2018-2080 a 31 de março de 2020, o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará em 2080, estima-se que existirão 300 idosos por cada 100 jovens. O número de idosos (65 e mais anos de idade) passará de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas (INE, 2020).

No mundo, em 2030 os especialistas referem que o número de CI's chegará aos 21,5 milhões (Sousa et al., 2022). Segundo Sanches et al., (2021), CI's são definidos

como “pessoas da família ou comunidade que assumem as responsabilidades de apoio e suporte nas AVD’s, presta, atendimento sem remuneração e não possuem formação técnica específica para executar a assistência”.

Face à exuberância do papel que desempenham os CI’s, surgem diversos desafios e necessidades, uma vez que cuidar de uma pessoa dependente exige múltiplas tarefas e cuidados especiais em diferentes campos (Sousa et al., 2022). Caso o suporte seja insuficiente e as suas necessidades não sejam suprimidas os CI’s podem apresentar sobrecarga, tornando-se estes em vez de cuidadores, indivíduos com necessidade de cuidados de saúde (Tatangelo et al., 2018).

Neste contexto, é de extrema importância identificar as necessidades/dificuldades dos CI’s, com o objetivo de priorizar/planear intervenções de enfermagem, de modo a capacitar os CI’s obtendo ganhos efetivos em saúde.

Desta forma, a elaboração do plano, execução e avaliação, do presente projeto de intervenção comunitária e de saúde pública, apresenta como objetivo principal promover a capacitação dos CI’s dos utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma UCC da Região Alentejo, até 31 de dezembro de 2023.

O presente relatório constitui-se em nove pontos centrais. Além da introdução, o corpo do trabalho é composto por: (1) Enquadramento teórico – CI’s; principais necessidades/dificuldades do CI; estratégias/respostas sociais identificadas para diminuir as necessidades/dificuldades dos CI’s; estatuto de CI; caracterização sociodemográfica dos CI’s; teoria do défice de autocuidado de enfermagem de *Dorothea Orem*; (2) Análise do contexto – caracterização do ambiente de realização do estágio; caracterização do município; (3) Metodologia – população alvo; instrumentos de recolha de dados; metodologia de análise dos resultados; considerações éticas; (4) Diagnóstico da situação – resultados do diagnóstico de situação (caracterização sociodemográfica dos CI’s; situação como prestador de cuidados; identificação da pessoa dependente; dificuldades do cuidador informal- índice de CADI); Problemas indentificados (5) Determinação de prioridades – Método proposto pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde (CENDES-OPAS); (6) Objetivos; (7) Análise reflexiva sobre as intervenções – análise reflexiva sobre as estratégias acionadas; fundamentação das intervenções (programa de capacitação dos CI’s); recursos materiais e humanos envolvidos (análise de estratégia orçamental); comunicação e divulgação do projeto; cumprimento e divulgação do projeto; cumprimento do cronograma; (8) Análise

reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo; (9) análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas – Competências comuns do Enfermeiro Especialista; competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (na área de ECSP); competências de Mestre. Por fim, apresenta-se uma conclusão, as respetivas referências bibliográficas, anexos e apêndices.

A execução do presente relatório está de acordo com a Norma da *American Psychological Association* – 7ª edição, tendo sido redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cuidadores Informais

Segundo Sanches et al. (2021), CI's são definidos como “pessoas da família ou comunidade que assumem as responsabilidades de apoio e suporte nas AVD's, prestam, atendimento sem remuneração e não possuem formação técnica específica para executar a assistência”. De acordo com a definição anterior, os CI's são na sua maioria os familiares mais próximos (esposas/os, filhas/os e filhas/noras), mas também podem ser os amigos, conhecidos e/ou vizinhos (Sousa et al., 2022).

No mundo, em 2030, os especialistas estimam que o número de cuidadores informais chegará a 21,5 milhões (Sousa et al., 2022). Em Portugal, até 31 de março de 2021, segundo Évora (2021), existiam 8,122 CI's reconhecidos pelo Estado.

Em Portugal, existe o Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (MCCI), o qual realizou um estudo, a nível nacional, sobre esta atividade (inquéritos realizados de 3 de fevereiro a 11 de março de 2021). O qual concluiu que apenas 50% dos CI's (1133 respostas) conhece o referido estatuto (Guess What - Human Data - Creative Thinking, 2021). Assim, pode-se deduzir que o número de CI's reconhecidos em Portugal está muito aquém do número real. A agência Lusa (2020), divulgou que o número de CI's em Portugal são cerca de 1,4 milhões de pessoas, mais elevado do que os 8% a 10% que se estimava. Estes números podem ser explicados pela pandemia COVID 19 que levou à inexistência de respostas sociais, aqueles que eram cuidadores ocasionais passaram a ser cuidadores a tempo inteiro (Agência Lusa, 2020).

Cuidar é um verbo transitivo que significa “tratar de alguém, garantindo o seu bem-estar, segurança, etc; tomar conta de (...) garantir a preservação de algo (...) ocupar-se de (...) responsabilizar-se por (...) dedicar esforço e tempo (a algo) com determinado objetivo” (Porto Editora, s.d.).

Salvo algumas exceções, os idosos (≥ 65 anos), são a faixa etária mais suscetível à necessidade de um CI. Segundo Lopes e Arco (2019), os níveis de dependência emergem da gradual morbilidade e da maior vulnerabilidade a que os idosos estão sujeitos. Sequeira (2018), relaciona o conceito de dependência com “a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas (...) da ajuda de terceiros para sobreviver”. Ao nível da limitação da sua atividade, ser dependente implica “não pode

ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, pelo que necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa” (Sequeira, 2018).

O envelhecimento de uma população é observado, na base, pela regressão da natalidade e da fecundidade e no topo, pelo aumento da esperança média de vida (aumento da longevidade) (Mateus & Fernandes, 2019).

De acordo com o Ageing Europe 2019, citado por Sousa et al. (2022), em 2050 Portugal será o país mais envelhecido da União Europeia. Segundo as projeções do INE 2018-2080 a 31 de março de 2020, o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, em 2080, e estima-se que existam 300 idosos por cada 100 jovens. O número de idosos (≥ 65 anos de idade) passará de 2,2 para 3,0 milhões (INE, 2020).

Em Portugal, a região mais envelhecida em 2080, será a Região Autónoma da Madeira, sendo que, em 2018 era o Alentejo. A menos envelhecida em 2080 será o Algarve, em 2018, era a Região Autónoma dos Açores (INE, 2020).

Segundo as estimativas e projeções do INE em 2018, na região do Alentejo existiam 203 idosos por cada 100 jovens. Prevê-se uma diminuição da curva de crescimento, a partir do ano 2050 em todas as regiões, à exceção da Região Autónoma da Madeira, a qual, estabilizará apenas anos mais tarde, aproximadamente em 2066 (INE, 2020).

Cuidar de idosos segundo Sousa (2011), citado por Mateus e Fernandes (2019), intitula-se como, uma “extensão dos papéis normais da família, o que aliado à hostilidade para com as instituições pressiona a família, no sentido de manter esse papel”.

A prestação de cuidados a idosos por parte de pessoas não-profissionais é designada por prestação informal de cuidados. Cuidado este, realizado em contexto domiciliário a partir do momento em que o utente não tem capacidade autónoma para assumir as suas atividades da vida diária (AVD's) (Mateus & Fernandes, 2019). Algumas famílias, por questões económicas, são obrigadas a manter os idosos em casa, outras, invocam o sentimento de dever para com o seu ente querido (Mateus & Fernandes, 2019).

1.2. Principais Necessidades/Dificuldades do Cuidador Informal

Face à exuberância do papel que desempenham os CI's, emergem diversos desafios e necessidades, uma vez que cuidar de uma pessoa dependente exige cuidados especiais com múltiplas tarefas em diferentes campos (Sousa et al., 2022).

Caso, o suporte seja insuficiente e as suas necessidades não sejam suprimidas, os CI's podem apresentar sobrecarga (Tatangelo et al., 2018). Esta sobrecarga, está relacionada maioritariamente à fadiga física e mental, ao stress, à ansiedade, às limitações económicas, à falta de apoio social e ao decréscimo da qualidade de vida. Enquanto executam o papel de CI's, estes, deixam de realizar as suas atividades de autocuidado e lazer (Santos et al., 2018).

O desgaste físico e emocional/psicológico representa a principal dificuldade que os CI's enfrentam no desempenho do seu papel. No entanto, são referidas, também, limitações de liberdade, alterações nas dinâmicas familiares e nas rotinas diárias (Mateus & Fernandes, 2019).

Segundo Akgun-Citak et al. (2020), os CI's referem a necessidade de informação, formação, suporte profissional e competências comunicacionais.

Através do estudo realizado pelo MCCI, em 2021, foram avaliadas as necessidades identificadas pelos CI's, por ordem decrescente: apoio emocional, psicológico e com outros recursos humanos (64.6%); apoio social e dificuldades laborais (59.1%); dificuldades financeiras, falta de formação e capacitação (sobretudo no que concerne aos cuidados a ter no tratamento e manuseamento do doente) (cerca de 51.8%); formação adequada à patologia: tratamento, evolução e terapias (23.2%); formação para lidar com questões emocionais, mentais e psicológicas (22.6%); informação sobre cuidados em geral (15.5%); estimulação cognitiva (3.1%) (Guess What - Human Data - Creative Thinking, 2021).

Sousa et al. (2022), desenvolveram um estudo cujo principal objetivo foi “identificar a ocorrência de acidentes no ato de cuidar, os principais receios de acidentes, assim como as principais dificuldades que o cuidador informal sente na tarefa de cuidar”. Em relação às dificuldades e problemas associados ao ato de cuidar, destaca-se, a falta de apoio e informação. Enquanto, nas questões associadas ao cuidado, realça-se as dificuldades (capacidade física e de conhecimento) em relação à medicação, higienização e transferências. Os CI's declaram não deter mecanismos pessoais, físicos, técnicos, de tempo e financeiros para cuidar de forma saudável, quer em relação a si, quer em relação ao outro, que é cuidado. É de salientar a necessidade em relação à falta de tempo, tempo este, que os CI's têm muitas vezes de repartir pela sua vida familiar, pessoal, profissional e o papel de CI's. Muitos referem ser difícil conciliar as várias atividades e os vários papéis (Sousa et al., 2022).

Posto isto, de acordo com a literatura mencionada, anteriormente, identificam-se as dificuldades/necessidades dos CI's.

Relativamente, à prestação direta de cuidados distinguimos, a necessidade de formação/ capacitação, no que concerne às AVD's (tais como transferências, higienização) e às atividades instrumentais da vida diária (medicação, gerir dinheiro, efetuar trabalhos domésticos).

Os CI's mencionam falta de recursos (falta de apoio familiar/ falta de apoio profissional/ problemas financeiros). Estes recursos podem já existir na comunidade, embora, por vezes não sejam do conhecimento geral, ou por falta de informação, não saibam como aplicá-los.

Referem, ainda, a necessidade de formação, para lidar com questões emocionais, mentais e psicológicas, bem como, a aquisição de competências comunicacionais. Estes, são alguns problemas que podem surgir da interação com a pessoa dependente.

Por último, é identificada a existência de conflitos de papéis, uma vez que, os CI's apontam dificuldades na gestão do tempo, o que gera um sentimento de limitação da liberdade. Ao exercer diversos papéis em simultâneo, os CI's mencionam uma diminuição de tempo para as suas relações interpessoais e um aumento do sentimento de frustração. O qual, está presente várias vezes, pois, os CI's não conseguem colocar em prática os seus próprios projetos de vida (Sousa et al., 2022), ficando isolados no domicílio (Santos et al., 2018).

Uma avaliação estruturada e regular das dificuldades vividas enquanto CI's, das estratégias adotadas, da sobrecarga sentida e do suporte social e familiar pode ajudar a identificar cuidadores em risco de doença. *O Carer Assessment of Difficulties Index (CADI)*, é um questionário desenvolvido no Reino Unido, adaptado e validado para a população portuguesa, em 2000 (Guimarães et al., 2020).

O CADI incorpora 30 potenciais dificuldades subdivididas em sete fatores: problemas relacionados com o idoso (questões 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26); restrições da vida social (questões 8, 18 e 20); exigência de ordem física da prestação de cuidados (questões 6, 10, 13, 15, 23 e 24); reações à prestação de cuidados (questões 1, 2, 3, 9, 17, 19, 29 e 30); falta de apoio familiar (questões 16 e 28); falta de apoio profissional (questões 7 e 27); problemas financeiros (4 e 21). No final, o questionário tem uma pergunta de resposta aberta, onde o cuidador pode reportar dificuldades, que não tenham sido contempladas nas 30 questões anteriores (Sequeira, 2018).

Problemas relacionais revelam dificuldades do CI em lidar com o idoso dependente. As restrições na vida social são consideradas uma dificuldade, uma vez que estão interligadas à limitação de liberdade (falta de tempo para si mesmo, família e amigos). No que respeita às exigências de ordem física, na prestação de cuidados, abrangem o cansaço físico e a diminuição da saúde do cuidador. As reações à prestação de cuidados apontam para a preocupação constante, o sentimento de impotência, face ao idoso dependente e às dificuldades financeiras do cuidador. No que toca à dimensão falta de apoio familiar, esta corresponde às dificuldades por carência de suporte familiar. O apoio profissional deficiente é referente à falta de apoio dos serviços de saúde, serviços sociais e problemas financeiros, sentido pelos CI's (Guimarães et al., 2020).

1.3. Estratégias/Respostas Sociais Identificadas para Diminuir as Necessidades/ Dificuldades dos Cuidadores Informais

Com o objetivo de providenciar apoio às dificuldades sentidas pelos CI's, no ato de cuidar, foram desenvolvidas diversas respostas sociais, no âmbito da capacitação para a gestão dos cuidados e no âmbito, do fornecimento de recursos. Estas respostas são imprescindíveis para reduzir a sobrecarga, stress, ansiedade e depressão. Englobam geralmente, programas de aconselhamento, educação e descanso do cuidador (Lopes & Arco, 2019).

Em Portugal, no ano de 2016, baseado nas necessidades de saúde e sociais de idosos com dependência funcional, de utentes com patologias crónicas e de pessoas com doença incurável em estado avançado/ e ou em fase terminal, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI, instituída no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, constitui um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho, da Solidariedade, da Segurança Social e da Saúde, formada por instituições públicas e privadas (Decreto-Lei nº101/2006, 2006).

A RNCCI tem como objetivo geral a “prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Serviço Nacional de Saúde, 2022). E, como objetivos específicos o “apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados” (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

A RNCCI dispõe de valências com unidades de internamento, ambulatório e domiciliárias cujo objetivo é, garantir a prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

Unidades de internamento: Unidade de Convalescença; Unidade de Média Duração e Reabilitação; Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM); Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos – Nível 1; Residência Autónoma; Residência de Apoio Máximo; Residência de Apoio Moderado; Residência de Autonomia; Residência de Treino de Autonomia tipo A. Unidades de Cuidados Paliativos (a partir de 2017). Unidades de ambulatório: Unidade de Ambulatório Pediátrica; Unidade Socio-Ocupacional; Unidade Socio- Ocupacional de infância/adolescência. Unidades de Domicílio: ECCI; Equipas de Apoio Domiciliário; Equipa de Apoio Domiciliário de Infância/adolescência (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Tendo em conta, as diferentes tipologias da RNCCI, as que se enquadram para dar resposta às necessidades/dificuldades dos CI's são as ULDM's e as ECCI's.

As ULDM's destinam-se a “situações que na sequência de doença aguda ou re-agudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio”. Dispõem ainda, de “internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (Portaria n.º 50/2017, 2017).

A ECCI é,

Uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços 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 de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, p. 3862).

A ECCI é uma entidade que tem um contacto direto privilegiado tanto com o utente dependente como com o/s seu/s cuidador/es. A ECCI assegura entre outros “apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados”, “educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores”. Esta, é uma equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicólogo, entre outros (Lei n.º 101/2006, 2006, 2006).

Além da RNCCI, o Estatuto do Cuidador Informal (ECI), define medidas de apoio ao cuidador, das quais se destaca, o aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em relação aos cuidados a prestar à pessoa cuidada (Decreto-Lei n. °100/2019, 2019).

Através da literatura consultada podemos concluir que os enfermeiros são os profissionais de saúde que através das suas intervenções causam maior impacto nas questões de apoio aos CI's (Lopes & Arco, 2019).

Lopes e Arco (2019), identificam quatro diferentes categorias de intervenções para CI's de dependentes no domicílio, desenvolvidas essencialmente por enfermeiros, psicólogos e técnicos de serviço social. Estas categorias contemplam intervenções psicoeducativas (componente apoio educacional e psicossocial), psicoterapia-aconselhamento (profissional representa o agente de mudança e de desenvolvimento social, emocional e comportamental dos CI, fomentando a aquisição de conhecimento e habilidades, oferecendo ferramentas de estratégias de *coping*, comunicação e adaptação), multicomponente (aconselhamento individual, trabalho em grupo de suporte e apoio telefónico), e com recurso à tecnologia (telefone ou computador).

A formação/capacitação é identificada como uma estratégia para diminuir as necessidades/dificuldades dos CI's, fornecendo-lhes uma maior confiança no cuidar, reduzindo sentimentos como a ansiedade e a frustração. A formação aos CI's além de melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e de quem é cuidado, contribui para a redução dos custos com os cuidados de saúde (Akgun-Citak et al., 2020).

Todavia, Manuel et al. (2020) apuraram que existem lacunas na prestação de formação aos CI's. Formação esta, desenvolvida com o objetivo de garantir que os CI's exerçam as suas funções eficazmente e com conhecimento, de como se deve efetuar determinadas tarefas, garantindo a continuidade dos cuidados das equipas de saúde.

Com tudo o que foi descrito, concluímos que a promoção da capacitação dos CI's em diferentes parâmetros é uma estratégia adequada, quando objetivamos, a redução das dificuldades/necessidades sentidas no ato de cuidar, pelo CI. Esta estratégia é desenvolvida por uma equipa multidisciplinar da qual os enfermeiros são parte integrante. Sendo as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, as que causam maior impacto nos CI's, devemos privilegiar a intervenção destes.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve ter um papel ativo no processo de capacitação de grupos e comunidades. Neste contexto,

devem ter uma ação direta e continua junto dos CI's, desenvolvendo intervenções direcionadas para a promoção da saúde e prevenção da doença (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

1.4. Estatuto de Cuidador Informal

Segundo Sousa et al. (2022), o papel desempenhado pelos CI's é uma questão cada vez mais marcante, tanto a nível político, como a nível social e económico.

Em Portugal, o ECI foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, com o objetivo de regular os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, instituindo as respetivas medidas de apoio. Segundo o ECI, Decreto-Lei n.º 100/2019, (2019) existem dois tipos de CI's, CI principal e CI não principal.

CI principal é considerado:

O cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Decreto-Lei n.º 100/2019, 2019, p.9).

CI não principal corresponde ao:

Cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Decreto-Lei n.º 100/2019, 2019, p.9).

Os CI's têm o direito a “ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada” tal como, “ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada”. Têm ainda, direito de “usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada”, beneficiar de períodos de descanso que visem o seu

bem-estar e equilíbrio emocional, bem como, subsídio de apoio (Decreto-Lei n. °100/2019, 2019).

Além de direitos, também são delineados os deveres, destacando-se relativamente à pessoa cuidada, o dever de “prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário”, tal como, “participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas” (Decreto-Lei n. °100/2019, 2019).

Durante um ano, o ECI operou num sistema de projetos-piloto, englobando 30 concelhos. A partir de 10 de janeiro de 2022 entrou em vigor o Decreto Regulamentar n.º 1/2022, aplicando-se,

Aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas, nos termos do disposto no ECI, que preencham os requisitos previstos no presente decreto regulamentar e a quem seja reconhecido o respetivo estatuto, bem como às entidades responsáveis pela gestão e acompanhamento das respetivas medidas de apoio (Regulamento n. °1/2022, 2022, p. 22).

O ECI e as medidas de apoio passam a ser aplicadas em todo o território continental.

Mesmo reconhecendo o esforço do ECI para a inclusão dos CI's, de acordo com o estudo divulgado pelo MCCI, realizado em 2021, apenas 40.9% dos cuidadores conhecem o estatuto, e 77.2%, não considera que este se encontre completo, apresentando como, a principal razão para esta opinião, o facto de ser pouco abrangente. 81.3% indicam que não existem serviços de apoios suficientes, apontando o auxílio da prestação de cuidados, como o tipo de ajuda que faria a diferença (Guess What - Human Data - Creative Thinking, 2021). Existe, ainda, um longo caminho a percorrer, pelo que é fundamental repensar as políticas sociais e o papel que desempenham junto dos CI's (Sousa et al., 2022).

1.5. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais

Santos et al. (2018) desenvolveram um estudo transversal de abordagem quantitativa em que foram incluídos 14 CI's da Unidade familiar do Território São Bento, município de Sorocaba, São Paulo. Dos resultados apresentados podemos concluir que a média de idades destes CI's é de 58 anos. 92.86% são do género feminino e 57.14% são

casados. Em relação ao nível de escolaridade 64.29% tinham o ensino básico incompleto. No que toca ao vínculo, entre cuidador e idoso, a maioria são filhas e/ou cônjuges. Dos CI's representados nesta amostra 43% cuidam dos seus idosos integralmente (Santos et al., 2018).

Em 2019, Mateus e Fernandes (2019) realizaram um estudo em Portugal utilizando a metodologia quantitativa/qualitativa, os instrumentos de recolha de dados foram, um inquérito por questionário, uma entrevista semiestruturada e a aplicação da Escala Breve de Coping Resiliente. Este estudo conta com uma amostra de 20 CI's (10 em meio urbano e 10 em meio rural). A maioria dos CI's do total da amostra são do género feminino, casados, possuem habilitações académicas de baixo nível (1º ciclo do ensino básico) e a sua média de idade é de 65,5 anos. No entanto, ao nível dos CI's em meio rural o número de cuidadores femininos é igual ao masculino. Identificou-se que a maioria se encontra aposentado e reside em casa própria. Os filhos seguidos dos cônjuges são a principal fonte de assistência ao familiar. No que diz respeito aos CI's a maioria presta cuidados durante 6 a 10 anos (Mateus & Fernandes, 2019).

Ángel-García et al. (2020), divulgam resultados de um estudo transversal-correlacional, que contou com uma amostra de 259 CI's, inscritos nos hospitais gerais de Tamaulipas, México. O género feminino (82.6%), é o predominante, a média de idades ronda os 49 anos e 69.1% são casados. No que diz respeito à atividade laboral, 48.6% estão empregados e têm um nível de escolaridade em média, de 11.3 anos (11º/12º anos). Identifica-se, ainda, que os CI's prestam cuidados há aproximadamente de 6 a 7 anos, sendo que, na sua maioria relativamente ao grau de parentesco com a pessoa cuidada, são esposas e filhas (Ángel-García et al., 2020).

Através da observação dos resultados de 1133 inquéritos, realizados entre 03 de fevereiro e 11 de março de 2021, pelo MCCI, concluiu-se que, é dominante o género feminino (86,6%), 48,3% têm 55 ou mais anos de idade, a nível de habilitações académicas a maioria (30,8%) têm o 11º/12º ano. Predominam CI's numa situação laboral ativa (54,0%). Relativamente à sua localização existem mais CI's no Distrito de Lisboa (23,1%) e no Distrito de Évora (1,9%). Em contrapartida, o Distrito de Portalegre conta com a menor percentagem de CI's (0,6%). 51.3% da amostra são profissionalmente ativos, em relação ao grau de parentesco, a maioria são filha/o ou cônjuge (Guess What - Human Data - Creative Thinking, 2021).

Sousa et al. (2022), em Portugal, divulgaram um estudo qualitativo de tipo fenomenológico referente aos CI's. Foram entrevistados, com base num guião semiestruturado, um total de 19 CI's (15 mulheres e 4 homens), com idades entre os 27 e os 81 anos. A sua maioria são do género feminino, a sua média de idades é de 55,37 anos e assumem este papel há pelo menos 4 anos. Em relação ao grau de parentesco, a maioria são filhas ou cônjuges da pessoa cuidada (Sousa et al., 2022).

Mendes (2020), desenvolveu um projeto ancorado à metodologia do Planeamento em Saúde, no âmbito do estágio final realizado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Projeto este, desenvolvido numa UCC, sob a alçada da Administração Regional de Saúde (ARS) Alentejo. O seu objetivo específico, passou por “Identificar as necessidades/dificuldades do familiar cuidador dos utentes integrados em ECCI”. Este projeto, utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados, foi aplicado a 6 CI's de idosos dependentes, utentes da ECCI, com alta no ano de 2018. A amostra era constituída, apenas, por indivíduos do género feminino, com uma média de idades de 68,6 anos. Os quais referiram cuidar do idoso dependente há cerca de 6 meses a 10 anos (Mendes, 2020).

Nos estudos acima apresentados, é unânime, que em relação aos CI'S, o género predominante é feminino, com idade avançada (49 ou mais anos), na sua maioria, são cônjuges ou filhas. Estes dados estão de acordo com a evidência descrita em Sequeira (2018).

No que diz respeito às habilitações académicas, o estudo desenvolvido por Santos et al. (2018), refere que a maioria dos CI's apresenta o ensino fundamental incompleto, Mateus e Fernandes (2019), observam, que estes, apenas têm o 1º ciclo do ensino básico e por fim, Ángel-García et al. (2020) e Guess What – Human Data – Creative Thinking (2021), nos trabalhos desenvolvidos referem que as suas habilitações se situam entre o 11º/12º. Embora se considere de baixa escolaridade, é de notar que com o passar dos anos (2018 a 2020), a escolaridade que os CI's apresentam tem vindo a aumentar (ensino fundamental incompleto a completar o ensino superior). Dados estes, que estão em concordância com o INE (2022). Os quais, divulgam que a população residente em Portugal com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos, possui uma taxa de escolaridade ao nível do ensino superior de 22.9%, enquanto, em 2021, esta taxa correspondia a 28.9%. Este dado pode explicar-se pelas políticas de educação implementadas nos diferentes países.

Segundo Sequeira (2018), relativamente ao estado civil os CI's são maioritariamente casados. Os estudos desenvolvidos por Ángel-García et al. (2020), Mateus e Fernandes (2019) e Santos et al. (2018) corroboram esta afirmação.

Face à situação laboral, os resultados aqui apresentados ficam aquém das expectativas, apenas três estudos fazem referência a este campo. Dois deles (Ángel-García et al. (2020) e Guess What - Human Data - Creative Thinking (2021) referem que a maioria dos CI's são profissionalmente ativos, enquanto no estudo de Mateus e Fernandes (2019), a maioria são aposentados. Em contrapartida, Sequeira (2018) afirma que predominam os cuidadores domésticos ou sem atividade laboral/desempregados.

Por fim, relativamente ao tempo que desempenham a função de cuidar, encontra-se entre 4 meses e 10 anos.

1.6. Teoria do Défice de Autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem

Segundo Souza et al. (2022), os modelos teóricos na enfermagem norteiam metas, ações e formas de cuidar na prática de enfermagem.

Assim, a prática clínica do enfermeiro(a) deve ser baseada num modelo teórico, que sustente, as intervenções que realiza.

No contexto deste relatório, foi aplicado como suporte teórico, a teoria do déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, dado que, o conceito central é o autocuidado.

Segundo Alligood e Tomey (2004), autocuidado é,

A prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal (Alligood & Tomey, 2004, p.213).

Orem, fundamenta a sua teoria designada de défice de autocuidado, em três teorias relacionadas: (1) teoria do autocuidado, o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; (2) teoria do défice de autocuidado, descreve e explica a razão pela qual os indivíduos podem ser ajudados através da enfermagem; (3) teoria dos sistemas de enfermagem, descreve e explica as relações a ser criadas e mantidas, para que se produza enfermagem (Alligood & Tomey, 2004).

Segundo Alligood e Tomey (2004), a teoria do autocuidado contempla, o autocuidado, a atividade de autocuidado e a necessidade de autocuidado terapêutico. O autocuidado é a responsabilidade que o indivíduo tem em desempenhar deliberadamente funções, para preservar a vida, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar. Esta função pode ser desempenhada pelo próprio, ou por alguém que as realize por si, com o mesmo objetivo (Alligood & Tomey, 2004). Atividade de autocuidado, corresponde à capacidade adquirida por um indivíduo, para conseguir colmatar as suas necessidades contínuas de forma consciente, controlada, intencional e efetiva. A necessidade de autocuidado terapêutico, corresponde às medidas de cuidados necessárias, para preencher todos os autocuidados conhecidos de um indivíduo, em alturas específicas ou num determinado tempo (Alligood & Tomey, 2004).

Assim, segundo a teoria do défice de autocuidado, a necessidade de cuidados de enfermagem, está relacionada com as limitações (completas ou parciais), por parte de um indivíduo em cuidar de si próprio ou dos seus dependentes. De acordo com esta teoria, quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para realizar esse mesmo autocuidado, existe a necessidade de intervenção de enfermagem. Definir o défice de autocuidado, em termos de limitações de ação, concede orientações para a seleção das intervenções de enfermagem (Alligood & Tomey, 2004).

A teoria dos Sistemas de enfermagem contempla as suas intervenções, através de ações concebidas e produzidas por enfermeiros(as), para conhecer e satisfazer componentes das necessidades de autocuidado (Alligood & Tomey, 2004).

Orem ao descrever a teoria do défice do autocuidado, identificou três tipos de requisitos: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Estes, para Orem correspondem aos grupos de necessidades identificadas, ou seja, os objetivos devem ser conseguidos no decurso de ações de autocuidado efetuadas pelas próprias ou por terceiros (Alligood & Tomey, 2004).

Requisitos universais do autocuidado correspondem aos requisitos comuns a todas as pessoas (homens, mulheres e crianças), a sua origem é o que se conhece e o que está validado, ou em processo de validação, sobre a integridade estrutural ou funcional humana em diversos estádios do ciclo vital (Alligood & Tomey, 2004). Como por exemplo: a prestação de cuidados associada aos processos de eliminação de excrementos; a preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida (Alligood & Tomey, 2004). Segundo Alligood e Tomey

(2004), os requisitos de autocuidado do desenvolvimento “promovem os processos de vida e maturação e previnem as condições perniciosas para a maturação ou as que mitigam esses efeitos”. Requisitos de desvio de saúde estão presentes nas pessoas lesionadas ou doentes, que têm desordens patológicas, incluindo defeitos ou incapacidades e pessoas submetidas a tratamento médico ou a um diagnóstico (Allgood & Tomey, 2004).

A necessidade de cuidados que o indivíduo sente na vivência do seu processo de doença, são determinadas pelos desvios de saúde, que persistem no tempo (Allgood & Tomey, 2004). Para colmatar as exigências dos desvios de autocuidado, deve recorrer-se a agentes de autocuidado terapêutico. Orem define agente terapêutico (agente de cuidar dependente) como:

Os adultos em maturação ou os adultos que aceitam e preenchem a responsabilidade de conhecer e colmatar a necessidade terapêutica de autocuidado de outros relevantes que são socialmente dependentes deles ou de regular o desenvolvimento ou exercício da atuação de autocuidado destas pessoas (Allgood & Tomey, 2004, p.216).

Posto isto, tanto profissionais (enfermeiros(as)) como CI's podem ser agentes terapêuticos, no ato de cuidar. Segundo Sanches et al. (2021), CI's são pessoas (familiares ou da comunidade) que assumem a responsabilidade de apoio e suporte nas AVD's, prestam, cuidado sem remuneração e não possuem formação técnica específica para realizar essa assistência.

No desenvolver da teoria do déficit do autocuidado, Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem: (1) sistema totalmente compensatório, quando a ação da(o) enfermeira(o) compensa a incapacidade do doente em executar o autocuidado; (2) sistema parcialmente compensatório, quando a ação da(o) enfermeira(o) passa por ajudar o indivíduo naquilo que ele não é capaz de realizar por si próprio; (3) sistema de apoio-educação, quando a ação da(o) enfermeira(o) regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado, quando o indivíduo é capaz de o realizar (Allgood & Tomey, 2004).

Numa sequência lógica surgem os métodos de ajuda, segundo Allgood e Tomey (2004), estes são: “uma série sequencial de ações que, se desempenhadas, irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para apreender ações

reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou o dos seus dependentes”. Orem distinguiu assim, cinco métodos que os enfermeiros utilizam para cuidar: (1) atuar por ou fazer por outrem, substituindo-a(o) naquilo que não é capaz de fazer; (2) orientar e dirigir (encaminhar); (3) fornecer apoio físico e/ou psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; (5) ensinar. Todos estes métodos podem ser utilizados de forma isolada ou combinados de acordo com as necessidades identificadas.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

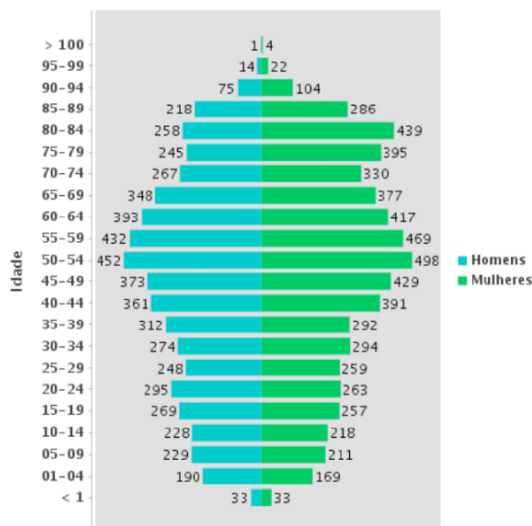
2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio

A UCC onde decorreram os estágios tem como missão “promover ações de saúde, direcionadas para o individuo famílias e grupos da comunidade, com maior vulnerabilidade, no âmbito domiciliário e comunitário” (Serviço Nacional de Saúde, 2022). A equipa multidisciplinar é constituída por 10 enfermeiros (enfermeira coordenadora incluída), 1 assistente técnica, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 2 terapeutas ocupacionais, 1 psicólogo e 2 assistentes operacionais.

Em 2021, o número de utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF)/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), da área de abrangência da UCC em questão corresponde a 11 672 pessoas (UCC [REDACTED], 2021).

Figura 1

Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC



Nota. obtido de file:///C:/Users/claud/Downloads/CC_4070413_2021%20(1).pdf a 01/07/2022

A pirâmide etária (representada na figura 2) dos utentes abrangidos pela UCC reflete o envelhecimento populacional, com todas as consequências que este acarreta.

Fazem parte do Plano de Ação de 2021 da UCC as seguintes áreas: Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco; Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos; ECCI; Equipa de Coordenação Local; Programa Nacional de Saúde Escolar; Rede Social; Núcleo Local de Inserção; Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Envelhecimento Ativo; Banco de Ajudas Técnicas; Comemorações na Comunidade (UCC [redacted] 2021).

2.2. Caracterização do Município

O concelho no qual está integrada a UCC, local onde decorreram os estágios ocupa uma área total de cerca de 514 km². Geograficamente, integrado no Alentejo Central.

Segundo os dados divulgados pelo INE e PORDATA através dos Censos de 2021, no município residem 12.683 indivíduos, em média 24.7 indivíduos por Km² (PORDATA, 2021).


Do total dos indivíduos, segundo os Censos de 2021, 52.5% são do género feminino, enquanto 47.5% são do género masculino. Relativamente às diferentes faixas

etárias, 11.4% são jovens (menos de 15 anos), 59.5% encontram-se em idade ativa (15 aos 64 anos), por fim 29% são idosos (≥ 65 anos). Por cada 100 residentes, há 11 jovens com menos de 15 anos, 60 adultos e 29 idosos (PORDATA, 2021).

No que diz respeito à taxa de natalidade, em 2020, nasceram nesta localidade 92 bebés (mais 2 que em 2019). Em relação ao número de óbitos, em 2021 ocorreram 214 óbitos (mais 4 que em 2019). Em 2020, a diferença entre o número de nascimentos e o número de óbitos foi negativo, traduzindo-se num saldo natural de menos 122 indivíduos (PORDATA, 2021).

Comparando a realidade no município, com a realidade em todo o território português, no que respeita ao índice de envelhecimento, em Portugal (2021), 23.4% do total da população é idosa (≥ 65 anos). Em contrapartida, no município em questão, como já referido anteriormente, 29% da população residente é idosa, sendo este valor superior à média nacional. Dos municípios do Alentejo Central, este, tem a 5ª maior percentagem de idosos, bem como, o 5º maior índice de envelhecimento (PORDATA, 2021).

No que se refere à taxa bruta de natalidade, em 2020, o município teve o 5º maior rácio de nascimentos, por mil residentes, entre os municípios do Alentejo Central. Em Portugal (2021), a taxa bruta de natalidade encontrava-se nos 7.7 nascimentos por mil residentes, em contrapartida o município situa-se nos 8.3 nascimentos por mil residentes. Relativamente à taxa bruta de mortalidade, em 2020, o município teve o 7º maior rácio de mortes por mil residentes, entre os municípios do Alentejo Central. Em Portugal (2021), a taxa bruta de mortalidade, encontrava-se nas 12 mortes por mil residentes, enquanto, no município esta taxa é bem mais elevada encontrando-se nas 18.5 mortes por mil residentes (PORDATA, 2021).

Quanto ao índice de dependência, em 2021, da população inscrita nas USF/ UCSP do município, 18.79% dos jovens são dependentes, bem como, 48.48% dos idosos. No total 67.27% da população residente, inscrita, apresenta índice de dependência (UCC , 2021).

No município, em 2019, no universo dos trabalhadores por conta de outrem, os homens ganhavam em média, 1.098 euros/mês, e as mulheres, 891 euros. De 2009 a 2019 no ordenado médio mensal (inclui horas extras, subsídios e prémios), dos trabalhadores por conta de outrem, verificou-se um aumento de 146.3 euros. Identifica-se assim, um aumento do poder de compra, da população do município (PORDATA, 2021).

Quanto ao número de desempregados inscritos no Instituto do Emprego e Formação Profissional, em 2020, no município a média era de 390 desempregados, por mês, inscritos nos centros de emprego (menos 17% que em 2009). Desde 2009 a 2021, 2013, representa o ano em que a média anual de desempregados atingiu valores máximos (869 desempregados) (PORDATA, 2021). A 01/07/2022, na página do Instituto do Emprego e Formação Profissional online, encontram-se disponíveis, 21 ofertas de emprego, no município (Instituto do Emprego e Formação Profissional, s. d.).

Em média, o poder de compra *per capita* (capacidade de adquirir bem e serviços), por pessoa no município, em 2019, correspondia a 95.7%.

No ano letivo 2020/2021, nas escolas do município, havia 1.757 alunos inscritos no ensino pré-escolar, básico e secundário, menos 962 que em 2009 e menos 37 que em 2019. O número de escolas do 1º ciclo, entre 2009 e 2020, diminuiu de 15 para 9 (decréscimo de 40%) (PORDATA, 2021). Estes valores são justificados, pois, como já referido anteriormente, em 2020 o município apresentava um saldo natural de indivíduos negativo.

Em 2011 a população total residente sem nível de escolaridade, com 15 e mais anos no município, era de 17.7%. Relativamente, à obtenção do nível de escolaridade básico, 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo correspondia a 28.1%, 10.6% e 18% respetivamente, do total da população residente com 15 e mais anos. No que respeita à conclusão do secundário, da população total com 15 e mais anos, 15.6% alcançou esse nível de escolaridade. Por fim, apenas 9.2% da população total com 15 e mais anos, no município, conseguiu concluir o Ensino Superior (PORDATA, 2021).

O município é detentor de um carácter predominantemente rural, durante muitos anos a principal atividade económica, desenvolvida, foi a agricultura. Com a evolução, da agricultura e da pecuária foram criados saberes e sabores que culminaram na origem do Mercado Tradicional (realizado todos os sábados de manhã), neste, encontram-se produtos hortícolas, frutas, animais de capoeira, enchidos, queijos, artesanato, antiguidades e velharias. A região, possui um clima e solo bastante diferenciados da sua envolvente, possui condições ideais para a práticas de viticultura, empregando muitas vezes emigrantes nestas atividades. O mármore e as pedreiras, onde é efetuada a sua extração, são também uma marca característica, muitos dos que hoje são idosos, foram trabalhadores nas pedreiras. O concelho tem três áreas de acolhimento empresarial. Além disso, o município ao longo dos anos, tem vindo a desenvolver o sector do turismo,

anualmente, visitado por milhares de pessoas de todo o Mundo ([REDACTED], s. d.)

No que respeita à saúde, o município pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Alentejo Central, ARS Alentejo.

No âmbito da reforma dos CSP, o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, implementou os ACES, do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, produzindo as suas unidades funcionais. Estas, têm por missão “garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica”, bem como, desenvolver “atividades de promoção da saúde e prevenção da doença (...) vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, participação na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua”. Segundo a natureza jurídica do mesmo, o ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de CSP, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, estando todas sujeitas ao poder de direção da respetiva ARS (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Assim, o município engloba as seguintes unidades funcionais: uma Unidade de Saúde Pública - Alentejo Central; uma USF; uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - Alentejo Central (URAP); uma UCSP; e uma UCC. O município conta também com um Serviço de Urgências Básicas, em funcionamento, 24h/dia, o Hospital de referência, salvo raras exceções, é o Hospital do Espírito Santo de Évora (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Além, das respostas mencionadas, o município dispõe de outras respostas sociais, nomeadamente: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Centros de dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas, Delegação da Cruz Vermelha, Rede Europeia Anti Pobreza e Santa Casa da Misericórdia.

O município possui ainda, entidades de Comunicação Social, entre elas encontra-se o jornal Brados do Alentejo e a rádio - RD Rádio Despertar, CCRL (ERC, 2022).

3. METODOLOGIA

3.1. População-alvo

Em virtude do diagnóstico de situação que se pretende desenvolver, com o objetivo de identificar quais as necessidades/dificuldades sentidas pelo CI, no ato de cuidar, a população alvo de intervenção, foram os CI's de um município do distrito de Évora. Os critérios de inclusão aplicados abrangeram: CI's de utentes internados em ECCI na UCC; CI's de utentes internados entre os dias 01 e 31 de outubro de 2022 em ECCI na UCC; ter capacidades cognitivas de resposta ao questionário; a participação voluntária; o preenchimento do Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE).

A amostra é “a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”. Esta, deve ser representativa da população em questão. Ou seja, certas características notórias da população devem estar presentes em todos os elementos da população (Fortin et al. 2009).

O acesso aos participantes foi facultado através de um elemento referenciador, o qual, faz parte do processo de cuidados dos participantes. Esse elemento é responsável pela primeira etapa de seleção, aplicando os critérios de inclusão, além de estabelecer o primeiro contacto com os potenciais participantes, apresentando o estudo e convidando-os a participar.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e realização do 1º contacto, com os possíveis participantes, foi obtida uma amostra de 13 CI's.

3.2. Instrumento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foi utilizado o questionário de Matos (2019). (Anexo I)

O questionário encontra-se dividido em três partes. A primeira parte, destinada ao CI (Grupo A – caracterização sociodemográfica do cuidador informal; Grupo B – situação como prestador de cuidados). A segunda parte destina-se à identificação da pessoa dependente (Grupo A – caracterização sociodemográfica do utente; Grupo B – escala de Barthel). Por fim, a terceira parte, a aplicação do Índice de Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados / CADI.

A primeira parte do questionário consiste em vinte e duas questões, enquanto, a segunda parte contém cinco questões e a escala de Barthel. A escala de Barthel é empregue para medir o grau de dependência de uma pessoa, avaliando as suas AVD's (alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação).

A terceira parte é constituída pela versão portuguesa do índice de CADI, validada pela Professora Doutora Maria Luísa da Silva Brito, em 2000. Este índice, é constituído por trinta afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, relativamente às dificuldades que enfrentam (Brito, 2000). (Anexo II)

O índice de CADI incorpora 30 potenciais dificuldades, subdivididas, em sete fatores: problemas relacionados com o idoso (questões 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26); restrições da vida social (questões 8, 18 e 20); exigência de ordem física da prestação de cuidados (questões 6, 10, 13, 15, 23 e 24); reações à prestação de cuidados (questões 1, 2, 3, 9, 17, 19, 29 e 30); falta de apoio familiar (questões 16 e 28); falta de apoio profissional (questões 7 e 27); problemas financeiros (4 e 21). No final, o questionário tem uma pergunta de resposta aberta, onde o cuidador, pode reportar dificuldades que não tenham sido contempladas nas 30 questões anteriores (Sequeira, 2018).

Para cada item presente na escala, o CI tem quatro hipóteses de resposta: não acontece no meu caso; acontece, mas não me perturba; acontece e causa-me alguma perturbação; acontece e perturba-me muito.

O questionário foi aplicado no ambiente domiciliar, de preferência, sem a presença da pessoa que estava a ser cuidada.

3.3. Metodologia de Análise dos Dados

Posteriormente à recolha de dados, procedeu-se ao tratamento e análise estatística, sendo utilizado para o efeito, o programa Statistical Package for the Social Science versão 27.

3.4. Considerações Éticas

Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996), artigo 8, n.º1 “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

De acordo com Lucília (2020), em todas as etapas do processo de investigação (desde a pertinência do estudo às regras de publicação e disseminação dos resultados) a qualidade ética dos procedimentos e o respeito pelos princípios e valores deverá estar sempre presente.

Entre os requisitos básicos instituídos numa avaliação ética de um projeto de investigação encontram-se:

Relevância do estudo, validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecimento livre, bem como, anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo (Nunes, 2020, p.5,6).

De acordo com a publicação da Lei da Investigação Clínica (2014), a elaboração de todo o estudo clínico “é obrigatoriamente precedida de parecer favorável de comissão de ética competente, a emitir no prazo de 30 dias, sem o qual o estudo não pode ser realizado” (Decreto-Lei n.º 21/2014, 2014).

Deste modo, no decorrer de todo o desenvolvimento do presente projeto de intervenção na comunidade, foi tido em conta o respeito pela pessoa humana, autonomia, garantia de confidencialidade e direito livre de escolha.

Procedeu-se assim, à elaboração do CILE, posteriormente, apresentado e aprovado pela comissão de ética da ARS, Alentejo. (Apêndice I)

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados, foi solicitada autorização, para aplicação do questionário, de Matos (2019), e para a aplicação do índice CADI, tendo sido obtido parecer positivo. (Apêndice II).

Uma vez que o projeto de intervenção comunitária “Capacitação do Cuidador Informal – Aprende a Cuidar de ti enquanto aprendes a Cuidar do outro” foi sujeito à apreciação da Comissão de Ética de saúde, da ARS Alentejo, foram solicitados pareceres à realização do projeto a diversas entidades, tais como, a Coordenadora da UCC e a Diretora do ACES - Alentejo Central. Foi redigida a declaração, do Elo de ligação, a declaração do orientador pedagógico, a declaração de propriedade de dados e por fim, a declaração de compromisso do investigador.

Após deliberação do conselho diretivo da comissão de Ética de saúde, da ARS Alentejo, no âmbito do processo 26/CE/2022, face ao que foi exposto, deu parecer favorável, à autorização de realização do estudo, gerando a resposta ao diagnóstico de situação. (Anexo III)

4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa, permite definir objetivos no contexto da ECSP, orientadores do rumo do restante processo de Planeamento em Saúde (Melo, 2020).

Para elaborar o diagnóstico de Enfermagem de Saúde Comunitária é imperativo interligar as necessidades sentidas pela comunidade (expressas pela comunidade, no decorrer da interação entre a comunidade e o enfermeiro) e as necessidades reais (identificadas no contexto do Diagnóstico em Saúde Pública) (Melo, 2020).

Deste modo, foi realizada uma reunião formal na UCC, local onde decorreu o estágio, a mestranda, enfermeira Cláudia Fernandes, a coordenadora da UCC e a enfermeira orientadora de estágio. Optou-se assim, pela aplicação da técnica de *Brainstorming*.

O *Brainstorming* é uma técnica realizada em grupo, na qual os participantes são convidados a responder a uma pergunta fundamental. O objetivo desta técnica é gerar ideias, sem críticas ou avaliações (Tavares, 1992).

Após a aplicação da técnica, identificamos problemas e necessidades, levando em consideração os indicadores demográficos e de saúde da comunidade em questão. Concluímos que a temática relacionada aos CI's era prioritária, com foco na identificação das suas necessidades e dificuldades, visando capacitá-los.

Em concordância, o PNS 2021 – 2030 conclui que é imperativo,

Continuar a investir na rede de cuidados continuados, na integração de cuidados e em profissionais habilitados, mas também de inovar, com mais respostas na comunidade e criação de condições que permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, bem como capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais (Direcção-Geral da Saúde, 2022, p. 176).

Assim, foi desenvolvido pela mestranda, um estudo no âmbito do diagnóstico de situação local onde decorreram os estágios.

4.1. Resultados do Diagnóstico de situação

Foi desenvolvido pela mestrandia, um estudo no âmbito do diagnóstico de situação, que visou identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelo CI, no ato de cuidar.

4.1.1. Caracterização Sociodemográfica dos CI's

No que diz respeito aos resultados relativamente à caracterização sociodemográfica dos CI's, 7 indivíduos são do género feminino, enquanto 6 são do género masculino, com idades compreendidas entre os 47 e os 88 anos (média de idades de 69,31 anos). Dos 13 CI's apenas 1 é viúvo/a, enquanto, os restantes são casados ou vivem em regime de união de facto. 7 CI's

residem em meio rural e 6 em meio urbano. Cerca de 92,3% vivem com o seu cônjuge/ companheiro.

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que, 7,7% (n=1) não sabe ler nem escrever, 46,2% (n=6) apenas tem o 1º ciclo do ensino básico (1º- 4º ano/ antiga 4ª classe), 7,7% (n=1) o 3º ciclo do ensino básico (7º- 9º ano/curso geral dos liceus) e por fim 38,5% (n=5) concluíram o ensino secundário (10º- 12º ano/curso complementar dos liceus).

Quanto à sua profissão surgem respostas variadas, como por exemplo, carpinteiro, jornalista, funcionário público, trabalhador do campo, trabalhador de pedreira entre outras. Dos quais, 23,1% (n=3) estão empregados/as a tempo inteiro, 15,4% (n=2) encontram-se desempregados e por fim, a maioria 61,5% (n=8) encontram-se reformado/as ou aposentados/as por idade.

4.1.2. Situação como Prestador de Cuidados

No que concerne aos resultados relativamente à situação como prestador de cuidados, à pergunta “a quantas pessoas dependentes presta cuidados?” apenas uma pessoa respondeu a “duas pessoas”, enquanto as restantes responderam a “uma pessoa”.

Quanto à sua relação com a pessoa a quem presta cuidados, 69,2% (n=9) são cônjuges, companheiras/os enquanto 30,8% (n=4) são filhas/os. Relativamente à questão “que motivos o/a levaram a assumir o papel do cuidador informal?”, 79,9% (n=10) responderam “afinidade”, 15,4% (n=2) “gratidão” e por fim apenas 7,7% (n=1) “obrigação”. Do total de CI's apenas 23,1% (n=3) recebem alguma compensação

monetária por prestar este cuidado, nomeadamente, apoio por apresentar estatuto de cuidador informal, enquanto 76,9% (n=10) não recebem qualquer compensação, monetária, por prestar este cuidado. 100% vivem na mesma casa com a pessoa a quem prestam cuidados.

A resposta à questão “há quanto tempo a pessoa está dependente (meses)?” teve respostas compreendidas entre os 15 dias e 96 meses (8 anos), perfazendo uma média de 31,5 meses (cerca de 2 anos e meio). No que toca à pergunta “há quanto tempo presta cuidados à pessoa dependente?”, 38,5% (n= 5) dos CI’s refere um espaço temporal entre 6 meses e 1 ano, 23,1% (n=3) mais de 5 anos, 15,4% (n=2) entre 1 e 2 anos, e 15,4% (n=2) menos de 6 meses, por fim 7,7% (n=1) entre 3 e 5 anos. Cerca de 76,9% (n=10) nunca tinham prestado cuidados a uma pessoa dependente, enquanto, 23,1% (n=3) já tinham tido experiências anteriores neste âmbito.

A totalidade dos CI’s incluídos na amostra responderam que “não” à questão “recebeu algum tipo de preparação/ensinos para prestar os cuidados?”.

A pergunta “frequentemente, que tipo de apoio/cuidados presta à pessoa dependente de quem cuida?”, encontra-se dividida em duas variáveis. Verifica-se na variável AVD’s (cuidados pessoais - higiene, vestir e alimentação; mobilidade - transferências, subir/descer escadas), 76,9% (n=10) prestam cuidados/apoio em ambas as AVD’s, apenas 15,3% (n=2) prestam cuidados/apoio na mobilidade (transferências, subir/descer escadas), e 7,8% (n=1) não presta apoio/cuidados no âmbito das AVD’s. No que alude atividades instrumentais de vida diária (AIVD’s) (efetuar os trabalhos domésticos - limpar, cozinhar; medicação; gestão financeira; ir às compras; tratar de assuntos administrativos; transporte; passear/atividades de lazer; apoio emocional/psicológico - companhia, encorajamento; apoio financeiro - financiamento de medicação, alimentação; cuidados de saúde; supervisão regular), 100% (n=13) responderam “supervisão regular”, assim como, “apoio emocional/psicológico”. Cerca de 92,3% (n=12), afirma efetuar os “trabalhos domésticos”, “auxiliar na medicação” e “tratar de assuntos administrativos”, 84,6% (n=11) gere o dinheiro, vai às compras e apoia financeiramente, por fim 76,9% (n=10) afirma “tratar dos transportes” e “realizar passeios/atividades de lazer com a pessoa cuidada”.

Ao analisar os dados referentes à questão “atualmente, usufrui de algum apoio de saúde/social na prestação de cuidados à pessoa dependente?”, todos responderam que “sim”, 100% (n=13) recebe apoio da ECCI, 53,9% (n=7) recebe apoio SAD (Serviço de

apoio domiciliário) e/ou apoio domiciliário (alimentação, higiene pessoal e limpeza habitacional).

A totalidade dos CI's incluídos na amostra responderam negativamente à questão “já alguma vez pensou na possibilidade de integrar a pessoa de quem cuida numa instituição de apoio social ou de saúde?”.

Quanto à periodicidade dos cuidados que prestam, 10 participantes responderam prestar “cuidados permanentemente”, ao invés de 3, que afirmam “cuidar sempre que não estão a exercer a sua atividade laboral”.

Dos CI's incluídos no estudo 69,2% (n=9) têm apoio de outras pessoas, no ato de cuidar, dos que têm apoio, 5 mencionam apoio da família, enquanto 3 usufruem de apoio de empregada doméstica.

4.1.3. Dados relativos à Pessoa Dependente

De acordo com os resultados obtidos relativamente à pessoa dependente, 7 indivíduos são do género feminino e 6 são do género masculino com idades compreendidas entre os 63 e os 90 anos (média de idades de 76 anos). A maioria das pessoas dependentes (76,9%) são casadas/os/ ou vivem em união de facto, 15,4% (n=2) são viúvas/os e apenas 1 indivíduo é

divorciada/o ou separada/o, quanto à sua atividade profissional, desempenhavam trabalhos, que não careciam de formação académica específica, como por exemplo, trabalhador rural, doméstica/o, cozinheira/o, serralheira/o, entre outros.

Quanto ao motivo que levou à dependência, as respostas foram variadas, destacando-se, a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças neurodegenerativas e comorbilidades associadas a doenças crónicas.

A utilização do índice de Barthel permitiu avaliar o grau de dependência da pessoa dependente. Verifica-se que 38,5% (n=5) são totalmente ou severamente dependentes, dos quais 2 indivíduos sofreram AVC, 2 apresentam doenças neurodegenerativas e apenas 1 sofreu queda. Relativamente ao moderadamente dependente, identificou-se 15,4% (n=2), 1 indivíduo que ficou dependente por apresentar problemas relacionados com a doença crónica diabetes, enquanto, outro indivíduo apresentou perda de mobilidade por se encontrar em regime de internamento hospitalar. Ligeiramente dependente ou independente encontramos cerca de 46,2% (n=6), indivíduos que na sua maioria ficaram dependentes devido a sequelas pós AVC e/ou utentes submetidos a cirurgia ortopédica.

4.1.4. Dificuldades do Cuidador Informal - Índice de CADI

Problemas relacionais com a pessoa dependente:

Analisando a tabela 1 verificou-se que cerca de 51,76% dos cuidadores referiu ter experienciado dificuldades relacionadas com a pessoa dependente isto acontece no meu caso e sinto que: “perturba-me muito”, “causa-me alguma perturbação” e “acontece no meu caso, mas não me perturba”. Tendo em conta as respostas, “causa-me alguma perturbação” e “perturba-me muito”, podemos considerar, que mais de metade da população apontou como dificuldades que lhe causam perturbação a questão nº 11 “por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim” (69,7%) e a questão nº 5 “a pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim” (53,9%). Constatou-se ainda que, 46,2% dos CI’s referiu como dificuldade “a pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia”, 38,5% mencionou como dificuldade “a pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço”, 23,1% indicou dificuldades em “o comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas”, por fim 7,7% dos inquiridos, afirmaram ter dificuldades em “deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido” e “cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação”

Tabela 1

Problemas relacionais com a pessoa dependente

Nº	Questões	Não aconteceu no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
		N	N	N	N
		%	%	%	%
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	3 (23,1%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	1 (7,7%)	3 (23,1%)	6 (46,6%)	3 (23,1%)
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	10 (76,9%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	---

14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	4 (30,8%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	2 (15,4%)
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	7 (53,8%)	1 (7,7%)	4 (30,8%)	1 (7,7%)
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	8 (61,5%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	---
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	11 (84,6%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	---

Nota. Elaboração própria

Restrições da vida Social:

Através da análise da tabela 2, podemos constatar que cerca de 79,6% dos CI's inquiridos revelam existir uma restrição da vida social, responderam positivamente que isto acontece no meu caso e sinto que: “não me perturba”, “causa-me alguma perturbação” e “perturba-me muito”. Verifica-se que 77% refere que o ato de cuidar “afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de quem gosto”, 61,6% “não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias” e por fim 53,9% afirma “não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria”.

Tabela 2

Restrições da vida Social

Nº	Questões	Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
		N %	N %	N %	N %
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	1 (7,7%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)	4 (30,8%)
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	4 (30,8%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	5 (38,5%)

20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	3 (23,1%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)
----	--	--------------	--------------	--------------	--------------

Nota. Elaboração própria

Exigências de ordem física da prestação de cuidados:

As exigências de ordem física da prestação de cuidados, observadas na tabela 3, foram experienciadas por cerca de 86% dos cuidadores. Aos itens: “deixa-me muito cansado/a fisicamente”, “a pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais” e “ando a dormir pior por causa desta situação”, foram consideradas como as mais perturbadoras nesta subdivisão (77%, 76,9% e 69,3%, respetivamente) com respostas “causa-me alguma perturbação e/ou perturba-me muito”. Às questões, “a pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar”, assim como, “a minha saúde ficou abalada”, obtivemos a mesma percentagem de respostas, situando-se nos 61,6%. Por fim, à questão nº 24 “a pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)”, apenas 30,8% dos inquiridos afirma que lhe causa alguma perturbação e/ou perturba muito.

Tabela 3

Exigências de ordem física da prestação de cuidados

Nº	Questões	Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
		N	N	N	N
		%	%	%	%
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	---	5 (38,5%)	5 (38,5%)	3 (23,1%)
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	---	3 (23,1%)	5 (38,5%)	5 (38,5%)
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	2 (15,4%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)	7 (53,8%)

15	Ando a dormir pior por causa desta situação	3 (23,1%)	1 (7,7%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)
23	A minha saúde ficou abalada	5 (38,5%)	---	4 (30,8%)	4 (30,8%)
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)

Nota. Elaboração própria

Relação à prestação de cuidados

Através da observação e interpretação da tabela 4, no que concerne às reações à prestação de cuidados, constata-se que, cerca de 70,25% dos CI's que realizaram o inquérito, referem ter vivenciado sentimentos de impotência face à pessoa de quem cuidam. Podemos identificar que mais de 50% dos cuidadores sente perturbações “causa-me alguma perturbação” e/ou “perturba-me muito” em relação a metade dos itens avaliados, respetivamente: “esta situação está a transtornar-me os nervos” (69,3%); “não consigo sossegar por estar preocupado/a com os cuidados a prestar” (69,2%); “não tenho tempo suficiente para mim próprio/a” (61,6%); “por vezes sinto-me “de mãos atadas” sem poder dominar a situação” (61,6%). Posto isto, menos de 50% dos cuidadores sente perturbações “causa-me alguma perturbação” e/ou “perturba-me muito”, relativamente às questões: “não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família” (46,2%); “esta situação faz-me sentir irritado/a” (46,2%); “chega a transtornar as minhas relações familiares” (15,4%); “esta situação faz-me sentir culpado” (15,4%).

Tabela 4

Relação à prestação de cuidados

Nº	Questões	Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
		N	N	N	N
		%	%	%	%

1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)	1 (7,7%)	4 (30,8%)	3 (23,1%)	5 (38,5%)
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas” sem poder fazer nada para dominar a situação	2 (15,4%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	2 (15,4%)	5 (38,5%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares	6 (46,2%)	5 (38,5%)	2 (15,4%)	---
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)	6 (46,2%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)	4 (30,8%)
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos	2 (15,4%)	2 (15,4%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar	2 (15,4%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	8 (61,5%)
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)	10 (76,9%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)

Nota. Elaboração própria

Falta de apoio familiar

Nesta dimensão, analisando a tabela 5, podemos afirmar que menos de 50% (46,2%) dos cuidados informais, identifica, a carência de suporte familiar como uma situação que acontece no seu caso e sente que não o perturba, e/ou causa alguma perturbação, e/ou perturba muito. Analisando separadamente os dois itens “as pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria” e “alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam”, os CI’s inquiridos referiam que os perturbavam “causa-me alguma perturbação” e/ou “perturba-me muito” na sua vida numa percentagem de 38,5% e 15,4%, respetivamente.

Tabela 5

Falta de apoio familiar

Nº	Questões	Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
		N %	N %	N %	N %
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	6 (46,2%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	8 (61,5%)	3 (23,1%)	---	2 (15,4%)

Nota. Elaboração própria

Falta de apoio profissional

No que diz respeito ao deficiente apoio profissional, tabela 6, 53,9% dos CI's identificaram esta dificuldade como presente, “acontece e não me perturba”, “causa-me alguma perturbação” e “perturba-me muito”. 46,2% dos indivíduos refere que a dificuldade correspondente à questão nº27 “os perturba muito” e/ou “causa alguma perturbação”. 23,1% menciona as mesmas respostas à questão nº. 7.

Tabela 6

Falta de apoio profissional

Nº	Questões	Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
		N %	N %	N %	N %
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos	7 (53,8%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	---

	problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	5 (38,5%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)

Nota. Elaboração própria

Problemas financeiros

Analisando a tabela 7, observa-se que 50% dos CI's identifica esta dificuldade como presente no seu caso, 69,3% destes refere que a qualidade de vida piorou, enquanto, apenas 23,1%, indicou que a situação de cuidador lhe trouxe problemas de dinheiro.

Tabela 7

Problemas financeiros

Nº	Questões	Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
		N %	N %	N %	N %
4	Traz-me problemas de dinheiro	10 (76,9%)	---	3 (23,1%)	---
21	A qualidade da minha vida piorou	3 (23,1%)	1 (7,7%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)

Nota. Elaboração própria

4.2. Problemas Identificados

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), aquando da realização do diagnóstico de situação, conseguimos identificar problemas e determinar as necessidades de saúde da população.

A identificação dos problemas/necessidades, constitui um ponto fundamental do diagnóstico, uma vez que, as necessidades podem ser reais da comunidade (Diagnóstico

de Enfermagem em Saúde Pública), necessidades expressas pela comunidade (Diagnóstico de Enfermagem em Saúde Comunitária) e sentidas pela comunidade (Matos, 2020). Imperatori e Giraldes (1993), referem que as situações ideais de resposta às necessidades de saúde tendem a aproximar a oferta de cuidados (Intervenções de Enfermagem à Comunidade), às necessidades reais (expressas e sentidas).

Os problemas identificados foram:

1. Elevado índice de envelhecimento da população, grau de dependência e doenças associadas dos indivíduos que são cuidados;
2. Risco de capacidade comprometida para cuidar no que diz respeito às exigências de ordem física em 86% dos CI's;
3. Risco de isolamento social identificado em 79.6% dos CI's;
4. Risco de *cooping* comprometido face à prestação de cuidados em 70.25% dos CI's;
5. Défice de conhecimento/falta de apoio social em 53.9% dos CI's;
6. Problemas relacionais presentes em 51.76% dos CI's;
7. Problemas financeiros presentes em 50% dos CI's;
8. Falta de apoio familiar identificado em 46.2% dos CI's.

5. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda etapa do planeamento em saúde corresponde à determinação de prioridades. Realizar esta etapa com rigor é imperativo, uma vez que os recursos existentes para responder às necessidades das populações ou comunidades são muitas vezes escassos (Melo, 2020).

Numa determinada comunidade podem ser identificados múltiplos diagnósticos de enfermagem, Imperatori e Giraldes (1993) defende que, “não deverá exceder quatro ou cinco campos de intervenção devidamente hierarquizados, de outra maneira aumentam as possibilidades de desperdiçar esforços ou de os assuntos não aparecerem suficientemente hierarquizados”.

Segundo Tavares (1992), são fundamentais duas sub-etapas para determinar prioridades: critérios de decisão definidos, com os pesos respetivos; estimativa e comparação dos problemas, necessidades. Após a realização das sub-etapas, obtemos uma lista ordenada de problemas prioritários (Tavares, 1992).

No que diz respeito à definição de critérios, bem como, à sua ponderação, existem várias fontes de referência (Melo, 2020).

Para determinação de prioridades foi utilizado a adaptação dos critérios propostos pelo CENDES-OPAS (Ahumada et al., 1965).

5.1. Método de CENDES-OPAS

O método CENDES-OPAS propõe três critérios: a magnitude (dimensão do problema na comunidade em análise); a transcendência (forma como a intervenção num determinado diagnóstico influencia a melhoria dos outros); vulnerabilidade (possibilidade de um efeito efetivo na prevenção) (Ahumada et al., 1965).

Tendo em consideração o método CENDES-OPAS foi utilizada uma “grelha de ponderação de critérios”.

Tabela 8

Proposta de ponderação nos critérios “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade”

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
- 0% a 50% = 0	- A intervenção no diagnóstico não influencia a melhoria dos outros problemas = 0	- A melhoria do diagnóstico não depende da nossa intervenção = 0
- De 50% a 65% = 1	- A intervenção no diagnóstico influencia pouco a melhoria dos outros problemas =1	- A melhoria do diagnóstico depende pouco da nossa intervenção = 1
- De 65% a 75% = 2	- A intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros problemas =2	- A melhoria do diagnóstico depende da nossa intervenção = 2
- Acima de 75% =3	- A intervenção no diagnóstico influencia muito a melhoria dos o	- A melhoria do diagnóstico depende muito da nossa intervenção =3

Nota. Transcrito de (Melo, 2020, p. 21).

Após aplicar a proposta de ponderação nos critérios de “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade”, descritos na tabela 8, relativamente, aos problemas

identificados na fase final do diagnóstico de situação (identificação de problemas/necessidades), obtemos a tabela 9.

Tabela 9

Grelha de ponderação com diagnósticos identificados

Grelha de ponderação				
Diagnóstico	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
D1	0	0	2	2
D2	3	3	3	9
D3	3	3	1	7
D4	2	3	3	8
D5	1	3	3	7
D6	1	3	3	7
D7	1	3	1	5
D8	0	3	1	4

Nota. Elaborado pela própria

Segundo a tabela 9, identificamos os diagnósticos de intervenção prioritária: D2 (risco de capacidade comprometida para cuidar no que diz respeito às exigências de ordem física em 86% dos CI's); D3 (risco de isolamento social identificado em 79.6% dos CI's); D4 (risco de *coping* comprometido face à prestação de cuidados em 70.25% dos CI's); D5 (défice de conhecimento/falta de apoio social presente em 53.9% dos CI's) e D6 (problemas relacionais presentes em 51.76% dos CI's).

6. OBJETIVOS

A terceira etapa do planeamento em saúde é a definição de objetivos, esta surge após a realização do diagnóstico de situação e determinação de prioridades. Segundo Melo (2020), estabelecer de forma clara os objetivos, norteia toda a intervenção, pois permite detetar a partir do estado atual de uma comunidade, que estado se pretende alcançar, onde e até quando.

Definir metas, permite alocar os recursos e planejar as intervenções de uma forma efetiva e eficaz. Estas, constituem o nível mais preciso na construção de um objetivo (Melo, 2020).

Nesta etapa, importa definir o objetivo geral, objetivos específicos, bem como, apresentar as metas. Segundo Melo (2020), o objetivo geral está associado ao problema previamente detetado, objetivos específicos remetem para as dimensões de diagnóstico de cada foco principal e por fim as metas, que indicam o prazo em que se pretende atingir cada objetivo.

Tendo em conta os problemas/necessidades identificados pelos CI's no ato de cuidar, assim como a determinação de prioridades dos diversos diagnósticos identificados, definiram-se os objetivos gerais e específicos do projeto de intervenção comunitária, apresentados através da tabela 10.

Tabela 10

Objetivo geral e objetivos específicos do presente projeto de intervenção comunitária

Objetivo geral	Promover a capacitação de CI's de utentes internados na ECCI de uma UCC da Região Alentejo, até 31 de dezembro de 2023
Objetivos Específicos	Desenvolver um programa de capacitação que aborde as áreas de conhecimento e habilidades necessárias para os CI's
	Envolver a equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, enfermeiros(as) especialistas, assistente social) no projeto e alocar outros recursos relevantes para enriquecer o programa de capacitação e promover uma abordagem abrangente e multidisciplinar
	Fornecer suporte individualizado aos CI's, oferecendo orientação e aconselhamento para lidar com os desafios específicos enfrentados no cuidado aos utentes internados em ECCI

Nota. Elaborado pela própria

Para calcular os objetivos, foram estabelecidos indicadores. Segundo Melo (2020), indicadores são “a relação entre diagnóstico de enfermagem e a população avaliada, traduzida em percentagem”.

A tabela 11, apresenta-se os objetivos específicos por atividades planeadas, definição dos indicadores e ainda, as metas que se idealiza atingir, no desenvolver do presente projeto de intervenção comunitária.

Tabela 11

Objetivos específicos, atividades, definição de indicador e metas

Objetivo Específico	Atividades	Indicador	Meta
Desenvolver um programa de capacitação que aborde as áreas de conhecimento e habilidades necessárias para os CI's	Elaboração de Planeamento de sessão de Educação para a Saúde “O que de verdade importa”; Elaboração de Planeamento de sessão de Educação para a Saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”; Elaboração de <i>flyer</i> informativo “Apoios sociais recursos da comunidade no concelho de [redacted]”; Elaboração de guião de curta-metragem “Não se deixe para depois! Você é prioridade”.	nº de planeamentos de sessão de Educação para a Saúde elaborados / nº de planeamento de sessão de Educação para a Saúde previstos x 100% Elaboração de <i>flyer</i> informativo Elaboração de guião de curta-metragem	100% até janeiro de 2023
Envolver a equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, enfermeiros (as) especialistas, assistente	Uma reunião com equipa multidisciplinar da UCC;	Nº de reuniões realizadas / nº de reuniões	100% até janeiro de 2023

<p>social) no projeto e alocar outros recursos relevantes para enriquecer o programa de capacitação e promover uma abordagem abrangente e multidisciplinar</p>	<p>Três reuniões com psicóloga da equipa de UCC; Duas reuniões com enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação da UCC; Duas reuniões com assistente social da equipa da UCC.</p>	<p>previstas x 100%</p>	
<p>Fornecer suporte individualizado aos CI's, oferecendo orientação e aconselhamento para lidar com os desafios específicos enfrentados no cuidado aos utentes internados em ECCI</p>	<p>Realização de Sessões de Educação para a Saúde junto dos CI's inscritos na UCC; Entrega de <i>flyer</i> informativo aos CI's; Sensibilização dos CI's mediante a partilha de curta-metragem</p>	<p>Nº de sessões de Educação para a Saúde realizadas / nº de sessões de Educação para a Saúde propostas x 100 Nº <i>flyer</i> entregues / nº de <i>flyer</i> impressos x 100 Nº de CI's que visualizaram a curta-metragem/nº de CI's</p>	<p>70% até 31 de dezembro de 2023</p>

		sensibilizados x 100	
--	--	-------------------------	--

Nota. Elaborado pela própria

Considerando que o tempo cedido no estágio final, para a execução do presente projeto de intervenção comunitária, se demonstrou insuficiente, o foco principal de ação foi a operacionalização do programa de capacitação, para que fosse possível realizar posteriormente, a avaliação das ações desenvolvidas junto dos CI's.

Atingir o objetivo geral definido implica uma alteração/diminuição das principais dificuldades/necessidades dos CI's, no ato de cuidar, inicialmente identificadas. Estas alterações/diminuições implicam a intervenção a diferentes níveis (CI's, Equipa multidisciplinar da UCC, parceiros da comunidade), tornando assim, a sua avaliação e impacto junto dos CI's, uma avaliação a médio-longo prazo, sendo esta, posterior ao tempo definido neste estágio.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

7.1. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), selecionar as técnicas específicas e organizadas, permite alcançar os objetivos definidos. Definir estratégias de intervenção é crucial para o sucesso de um projeto de intervenção comunitária (Melo, 2020).

Tavares (1992), afirma que é possível equacionar várias estratégias para alcançar os objetivos definidos. A análises dos recursos disponíveis, assim como a análise de custo-benefício de cada intervenção, são decisivas na tomada de decisão entre as diferentes alternativas.

A seleção de estratégias no presente projeto de intervenção comunitária tem como objetivo promover a capacitação de CI's, dos utentes internados em ECCI de uma UCC da Região Alentejo, até 31 de dezembro de 2023.

Fundamentalmente, as estratégias selecionadas foram:

- Sessões de educação para a saúde sob orientação do modelo conceptual de enfermagem - Teoria do défice do autocuidado de Orem, produção de *flyer* informativo e gravação de curta-metragem;

- Parcerias com os parceiros de saúde, ação social e autarquia, com o intuito de otimizar as respostas às necessidades de saúde encontradas.
- Envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC, no decorrer de todo o estágio, promovendo o envolvimento e a colaboração de todos.

Desenvolver e implementar um programa de capacitação de CI's, ancorado no modelo teórico do défice de autocuidado de Orem, implica obedecer aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Allgood e Tomey, 2004). Assim, foram desenvolvidas duas sessões de educação para a saúde, *flyer* informativo e guião de curta-metragem para sensibilização de uma problemática identificada. Estas atividades foram planeadas e desenvolvidas para que os CI's através de orientação, assistência e apoio tanto do enfermeiro como da equipa multidisciplinar possam aprender a desempenhar ações de autocuidado terapêutico (Allgood e Tomey, 2004). Segundo Akgun-Citak et al. (2020), a formação e capacitação através de sessões de educação para a saúde, é identificada como uma estratégia para diminuir as necessidades/dificuldades dos CI's, fornecendo-lhes uma maior confiança no cuidar e melhorando a sua qualidade de vida, reduzindo sentimentos como a ansiedade e a frustração. Em concordância, Lopes e Arco (2019) afirmam que as intervenções psicoeducativas (apoio educacional e psicossocial) e psicoterapia aconselhamento (fornecer aos CI's a aquisição de conhecimento e habilidades, oferecendo ferramentas de estratégias de coping, comunicação e adaptação através de sessões de educação para a saúde), estão inseridas nas categorias de intervenção para diminuir as dificuldades/necessidades dos CI's, no ato de cuidar.

Segundo Melo (2020), as parcerias têm sido identificadas como fundamentais no contexto de empoderamento comunitário. Promover uma parceria comunitária eficaz, implica consciencializar as organizações existentes numa determinada comunidade, da importância das parcerias no processo de capacitação (Melo, 2020). “Parceria é um processo no qual as pessoas se juntam para resolver um problema, partilhar recursos, cooperar, criar coalizões, redes e aproveitar oportunidades” (Melo, 2020). As parcerias podem ainda ser efetuadas através de acordos formais ou informais (Melo, 2020). Assim, como já descrito anteriormente, foi efetuado contacto telefónico com o município, com o objetivo de estabelecer parceria por meio de acordo informal.

Promover o envolvimento e a colaboração de toda a equipa multidisciplinar da UCC, no planeamento e execução do presente projeto de intervenção comunitária, revelou-se, uma estratégia indispensável para o sucesso do mesmo. Inicialmente, através da reunião realizada a 28/11/2022, na qual foram apresentados os resultados obtidos no diagnóstico de situação, foi possível, consciencializar e dar oportunidade a todos os elementos presentes de conhecerem as reais dificuldades/necessidades, sentidas pelos CI's, no ato de cuidar, da sua área de atuação. Apresentar factos reais de um problema conhecido, torna a sua resolução prioritária. Também no desenvolvimento do programa de capacitação, que aborda as áreas de conhecimento e habilidades necessárias para os CI's, a colaboração da equipa multidisciplinar, foi imprescindível, embora o futuro enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública possua um vasto conjunto de competências, aliar estas, às competências dos restantes enfermeiros e técnicos da equipa multidisciplinar enriqueceu o programa, de forma a atingir com primazia o objetivo geral proposto. Segundo Lopes e Arcos (2019), embora o enfermeiro execute um papel preponderante na criação de programas de capacitação de CI's, para que estes, diminuam efetivamente as dificuldades/necessidades sentidas no ato de cuidar é imprescindível a participação ativa por parte de elementos da equipa multidisciplinar, tais como, psicólogos e técnicos de serviço social. Por fim, na fase de implementação do projeto de intervenção comunitária junto dos CI's, o envolvimento da equipa multidisciplinar é crucial, uma vez que por incompatibilidade temporal, a fase de implementação do projeto junto dos CI's é posterior ao tempo do estágio final.

7.2. Fundamentação das Intervenções

A primeira atividade realizada consistiu numa reunião com a equipa multidisciplinar da UCC. Essa reunião ocorreu em 28/11/2022, nas instalações da UCC, com a presença de todos os membros da equipa. O objetivo da reunião foi partilhar os resultados obtidos no diagnóstico de situação "Cuidadores informais: Principais necessidades/dificuldades no ato de cuidar", realizado entre 21 e 27 de novembro de 2022.

Esta partilha permitiu a consciencialização por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar, das reais dificuldades/necessidades sentidas pelos CI's, no ato de cuidar, da sua área de atuação, assim como, em conjunto, refletir sobre as estratégias mais adequadas a aplicar, para atingir o objetivo geral proposto.

Surgiu desta reunião a decisão de desenvolver um programa de capacitação para os CI's.

7.2.1. Programa de Capacitação dos CI's

Para desenvolver o programa de capacitação dos CI's, foi crucial uma estreita colaboração entre a equipa multidisciplinar. Essa parceria foi essencial para definir as sessões de educação para a saúde a serem realizadas, bem como, a criação de outros materiais, como flyers informativos e uma curta-metragem.

A elaboração do planeamento de sessão de educação para a saúde “O que de verdade importa”, ocorreu até janeiro de 2023 nas instalações da UCC. Inicialmente foi realizada uma reunião no dia 05/12/2023, com a presença da enfermeira supervisora, psicóloga da UCC e mestranda, nas instalações da UCC. A reunião teve como ordem de trabalhos a apresentação dos objetivos que se pretende alcançar, com as sessões de educação para a saúde, a realizar posteriormente junto dos CI's. Os objetivos apresentados foram validados pelos elementos presentes na reunião.

Após a finalização do planeamento da sessão de educação para a saúde "O que de verdade importa", ocorreu uma segunda reunião em 06/01/2023, com os mesmos participantes, para validar todo o trabalho desenvolvido. O planeamento da sessão de educação para a saúde foi concluído em 09/01/2023, após a realização de todos os ajustes propostos na reunião anterior. (Apêndice III).

A elaboração do planeamento de sessão de educação para a saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”, ocorreu até janeiro de 2023, nas instalações da UCC. Foi realizada uma reunião no dia 07/12/2023, com a presença da enfermeira supervisora, enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, da equipa da UCC e mestranda. A reunião teve como objetivo debater os objetivos a alcançar com a execução da sessão de educação para a saúde, junto dos CI's, assim como, a aprovação da proposta por parte da mestranda, na utilização do “Manual do Cuidador – Ao cuidar de mim, cuido do outro”, como guia, para elaboração da apresentação da sessão de educação para a saúde. Durante todo este processo, foi enviado e-mail à autora do “Manual do Cuidador – Ao cuidar de mim, cuido do outro”, com o objetivo de pedir parecer acerca da utilização do mesmo, como guia, ao qual foi obtido parecer positivo. A 05/01/2023, foi realizada uma segunda reunião, com a presença dos elementos inseridos nesta atividade, na qual foi apresentada a proposta do planeamento de sessão de educação para a saúde “Cuidar do

outro: Capacidades funcionais”, foram sugeridas algumas alterações, bem como, a apresentação do parecer positivo de utilização do Manual do Cuidador. Após os últimos ajustes, o planeamento de sessão de educação para a saúde, “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”, ficou concluído a 10/01/2023. (Apêndice IV)

A elaboração de *flyer* informativo “Apoios sociais Recursos da Comunidade no Concelho de [REDACTED]”, teve como objetivo a apresentação concisa e clara dos apoios sociais e recursos da comunidade, do interesse dos CI’s. A atividade que originou o *flyer* informativo foi elaborada pela mestranda, enfermeira supervisora e assistente social da UCC, nas instalações da UCC, até janeiro de 2023. No decorrer da atividade, foram realizadas duas reuniões com os intervenientes descritos anteriormente. No dia 14/12/2022, foi apresentado pela assistente social todos os apoios sociais e recursos da comunidade, presentes no concelho, nas instalações da UCC. Após esta reunião, foi elaborado um esboço do *flyer* informativo, por parte da mestranda e enviado por e-mail no dia 16/01/2023, para a assistente social da UCC e supervisora clínica. A segunda reunião realizou-se no dia 20/01/2023, com o objetivo de apresentar o *flyer* informativo com todas as alterações sugeridas por e-mail. Após a aprovação por parte de todos os elementos presentes, o *flyer* informativo ficou concluído. (Apêndice V)

O guião da curta-metragem – Isolamento social “Não se deixe para depois! Você é prioridade”, consiste em descrever uma história real entre duas CI’s, “Manuela” atual CI e “Joana” antiga CI. Apresenta-se uma breve descrição do guião de curta-metragem:

As duas cuidadoras encontram-se quando “Manuela” se deslocou à UCC com o intuito de ir buscar uma receita para “Joaquim” (marido, pessoa de quem cuida) e encontra “Joana”, uma amiga de longa data. A conversa entre as duas, inicia-se, com “Manuela” a dizer a “Joana” que se dirigiu à UCC, a fim de falar com as enfermeiras sobre “Joaquim”. “Manuela” afirma que “Joaquim” está completamente dependente dos seus cuidados e que devido a isso, tem de estar sempre em casa para o auxiliar. “Joana”, sendo, antiga CI, não foca a sua atenção no “Joaquim”, mas sim, pergunta à “Manuela” como esta se sente, perante a nova realidade. “Joana” de imediato diz a “Manuela” que precisa ter tempo para cuidar de si. “Manuela” refere que tem apoio familiar (filhas), para cuidar do seu marido, mas que não quer incomodar ninguém e que apenas ela, sabe cuidar de “Joaquim”. “Joana” tenta alertar “Manuela” para a realidade, dizendo-lhe que tem um ar cansado e que precisa cuidar mais de si, para conseguir cuidar de Joaquim. “Manuela” afirma que já foi alertada por diversas pessoas à sua volta, as quais, a incentivaram a inscrever-se

numa atividade lúdica, do seu interesse, de forma a não se isolar. “Manuela” diz, novamente, que não se sente preparada para deixar o marido em casa, nem sozinho, nem ao cuidado das filhas, invocando o sentido de dever. “Joana” numa primeira fase, valida os sentimentos vivenciados por “Manuela”, numa segunda fase apresenta-lhe o seu exemplo, enquanto cuidadora, afirmando que se sentia de igual forma, mas após conversar com os profissionais da UCC, estes, a ajudaram a superar os seus receios e a encarar aquela fase, da sua vida, de maneira diferente. Aconselhando-a a gerir o seu tempo, a cuidar mais de si, de forma a permitir a sua interação social e a participação em atividades fora de casa. Reforçando, ainda, a necessidade de manter uma vida equilibrada, pois sem isso, ficaria doente física e mentalmente. O guião, Isolamento social “Não se deixe para depois! Você é prioridade” tem como objetivo sensibilizar os CI’s, para a problemática do risco. (Apêndice VI)

Até ao final de janeiro de 2023 foi efetuado contacto telefónico com o município, para realização de parceria com a UCC para o desenvolvimento do presente projeto, com o intuito de otimizar as respostas às necessidades de saúde encontradas. Numa fase inicial, foi solicitado apoio para impressão do *flyer* informativo, ao qual foi obtido parecer positivo, foi ainda solicitado apoio para a gravação e edição da curta-metragem, Isolamento social “Não se deixe para depois! Você é prioridade” obtendo uma resposta incerta, uma vez que afirmaram não ter disponibilidade, pelo menos imediata, para a sua gravação.

De fevereiro a outubro de 2023, estão previstas as intervenções junto dos CI’s, nomeadamente, a realização de duas sessões de educação para a saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”, duas sessões de educação para a saúde “O que de verdade importa”, entrega de *flyer* informativos, impressos através da parceria efetuada com o município e por fim a partilha de curta-metragem por CI’s de utente internados na ECCL. Todas estas intervenções serão realizadas pela equipa multiprofissional da UCC, uma vez que, por incompatibilidade temporal, a futura enfermeira especialista de enfermagem comunitária e de saúde pública termina o estágio final, no final do mês de janeiro.

Posteriormente, será solicitado, novamente ao município, apoios no sentido de obter divulgação, transporte e locais disponíveis, para efetuar junto dos CI’s, as ações referidas anteriormente. Uma vez que a UCC mantém uma relação de proximidade e confiança com alguns parceiros da comunidade, posteriormente, poderá realizar parcerias com outras entidades.

7.3. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) o planeamento em saúde demonstrou ser uma ferramenta crucial, no que toca à otimização de recursos (por vezes escassos), com vista a ganhos efetivos em saúde.

A identificação dos recursos humanos e materiais inerentes às estratégias utilizadas, revelou-se uma mais-valia, na execução do projeto de intervenção comunitária (Tavares, 1992).

Identificar apenas os recursos, não valida o sucesso de um projeto de intervenção, é necessário também, efetuar uma estimativa dos custos, a qual deverá ser o mais realista possível, de forma a não comprometer o restante planeamento.

Os recursos humanos essenciais na conceção do presente projeto de intervenção comunitária foram: a enfermeira mestranda, a enfermeira supervisora da UCC, a equipa de enfermagem da UCC e equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, assistente social).

A enfermeira mestranda (Enfermeira Cláudia Fernandes) e a enfermeira supervisora da UCC, constituem a equipa de gestão do projeto. A equipa de execução do projeto, é composta pela mestranda, enfermeiras da UCC e restante equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, assistente social).

Os recursos materiais utilizados serão apresentados posteriormente de acordo com as atividades desenvolvidas.

1ª Atividade: Apresentação do diagnóstico de situação de saúde à equipa multidisciplinar. Recursos materiais: Sala de reunião da UCC (mesas, cadeiras); projetor; computador portátil; canetas; folhas A4; energia elétrica.

2ª Atividade: Elaboração do planeamento de sessão de educação para a saúde “O que de verdade importa”. Recursos materiais: Gabinete da UCC (mesas, cadeiras); computador portátil; energia elétrica

3ª Atividade: Elaboração do planeamento de sessão de educação para a saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”. Recursos materiais: Gabinete da UCC (mesas, cadeiras); computador portátil, “manual do cuidador – ao cuidar de mim, cuido do outro”; energia elétrica.

4ª Atividade: Elaboração de *flyer* informativo. Recursos materiais: Gabinete da UCC (mesas, cadeiras); computador portátil; energia elétrica.

5º Atividade: Elaboração de guião de curta-metragem. Recursos materiais: Gabinete da UCC (mesas, cadeiras); computador portátil; energia elétrica.

6ª Atividade: Sessão de educação para a saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”. Recursos materiais: Aluguer de espaço a definir posteriormente; cadeiras; mesas; folhas A4; canetas; transporte até ao local onde se realiza a atividade; projetor; computador portátil; Suporte digital de PowerPoint “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”; energia elétrica.

7ª Atividade: Sessão de educação para a saúde “O que de verdade importa”. Recursos materiais: Aluguer do espaço a definir posteriormente; cadeiras; transporte até ao local onde se realiza a atividade; círculo dos afetos da UCC; novelo de lã; taleigo; 10 cartões onde estão impressas as perguntas; energia elétrica.

8ª Atividade: Entrega de *flyer* informativo. Recursos materiais: Impressão a cores de *flyer* informativo; utilização de viatura de serviço; energia elétrica.

9ª Atividade: Partilha de curta-metragem. Recursos materiais: Computador portátil; projetor; acesso à internet; telemóvel; energia elétrica.

7.3.1. Análise da Estratégia Orçamental

Inicialmente serão apresentados os custos de recursos materiais e humanos por atividades desenvolvidas. E por fim, uma estimativa do custo total do projeto.

Tabela 12

Previsão de Custos de Recursos materiais e humanos relativos às atividades 1, 2,3,4 e 5

Recursos Materiais/ Humanos	Estimativa de Custos
Sala de reunião da UCC	Existente
Gabinete da UCC	Existente
Computador portátil	Existente
Manual do cuidador	Existente
Canetas (20)	10,04€
Folhas A4 (resma)	6,07€
Energia Elétrica (120h x 0.13640 €/kWh)	16,37€
Equipa multidisciplinar da UCC (aprox. 10h x 13,50€)	135,00€
Mestranda Cláudia Fernandes (40h x 10,04€)	401,06€
Enfermeira Supervisor (20h x 13,50€)	270,00€

Total:	838,54€
--------	---------

Nota. Elaborado pela própria

Tabela 13

Previsão de Custos de Recursos materiais e humanos relativos à atividade 6,7,8 e 9

Recursos Materiais/ Humanos	Estimativa de Custos
Aluguer de espaço	Existente
Cadeiras	Existente
Mesas	Existente
Folhas A4 (resma)	6,07€
Canetas (20)	10,04€
Transporte para CI's (Quilómetros) – 15km x 0,85€/km	12,75€
Projektor	Existente
Computador portátil	Existente
Círculo dos afetos da UCC	Existente
Novelo de lã (1)	1,29€
Taleigo	1,25€
Impressão de 10 cartões a cores, tamanho 147.8 x 104.8 mm	9,00€
Impressão a cores de flyer informativo, folha A4 (50)	45,00€
Acesso à internet (utilização)	5,00€
Telemóvel (utilização)	10,00€
Utilização de viatura de serviço (Quilómetros) – 15km x 0,85€/km	12,75€
Enfermeira Supervisor (6h x 13,50€)	81,00€
Equipa multidisciplinar (6h x 13,50€)	81,00€
Total:	280,00€

Nota. Elaborado pela própria

Através da observação das tabelas elaboradas pela mestranda, conclui-se que a estimativa do custo total do projeto são 1118,54€.

7.4. Comunicação e Divulgação do Projeto

Segundo Melo (2020), a comunicação é uma das bases da participação comunitária. Quando abordamos comunicação no contexto de uma comunidade, observamos vários níveis de comunicação tais como: comunicação intrapessoal, comunicação interpessoal, comunicação intragrupal, comunicação intergrupar, comunicação organizacional e sociedade em rede.

Começando na ação pessoal, a comunicação intrapessoal, desempenha um papel essencial no campo da comunicação e divulgação do projeto desenvolvido no âmbito de saúde comunitária, pois auxilia os profissionais a conhecerem-se melhor, a desenvolverem empatia e a ajustarem as suas estratégias de comunicação para alcançar de forma mais eficaz as comunidades que pretendem capacitar (Melo,2020).

A comunicação interpessoal permite a interação direta entre os profissionais de saúde e a população alvo (Melo,2020). No decorrer do projeto serão desenvolvidas sessões de educação para a saúde junto dos CI's, divulgação de *flyer* informativo e divulgação de curta-metragem de sensibilização. Todas estas atividades permitirão a divulgação do projeto na comunidade e a intervenção direta junto dos CI's.

Desenvolver uma comunicação intragrupal, possibilita a interação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar (Melo, 2020). Neste sentido, foram realizadas diversas reuniões entre os elementos envolvidos no presente projeto. A comunicação, entre os diferentes técnicos de saúde e enfermeiros (especialistas ou não), enriqueceu o projeto.

Segundo Melo (2020), comunicação intergrupar é realizada entre dois ou mais grupos, esta, foi desenvolvida através da interação entre o município e a equipa multidisciplinar da UCC, por meio de um acordo informal.

A comunicação organizacional facilita a troca de informações dentro da organização (UCC), ao promover a comunicação eficaz com a comunidade e outras partes interessadas (parceiros). Contribui para o envolvimento da comunidade, para a coordenação dos serviços de saúde e para o alcance dos objetivos de promoção da saúde (Melo, 2020).

A inclusão da sociedade em rede no projeto amplia as possibilidades de alcance e o envolvimento da comunidade, através das redes sociais, fóruns online e plataformas digitais, permitindo a partilha de informações relevantes e a criação de uma rede de apoio (Melo, 2020).

7.5. Cumprimento do Cronograma

Segundo Melo (2020), depois de desenvolvidos todos os ciclos de planeamento estratégico é possível construir um cronograma. Este, permite organizar o projeto e verificar se foram cumpridas todas as etapas.

Tabela 14

Proposta de Cronograma do projeto de intervenção comunitária

	Set. 2022	Out. 2022	Nov. 2022	Dez. 2022	Jan. 2023	Fev. 2023	Mar. a Out. 2023	Nov. 2023	Dez. 2023
Diagnóstico da Situação									
Determinação de Prioridades									
Fixação de objetivos									
Seleção de Estratégias									
Preparação Operacional									
Execução									
Avaliação									
Elaboração do relatório de Estágio									

Nota. Elaborado pela própria

Até ao final de janeiro de 2023, o cronograma foi cumprido conforme proposta apresentada. Posto isto, cabe a equipa da UCC, dar continuidade ao projeto, de forma a atingir o objetivo geral proposto. O cronograma aqui apresentado, é apenas uma proposta, podendo sofrer alterações. A elaboração do relatório de estágio final, estava prevista ocorrer entre setembro de 2022 a 15 de maio de 2023, por motivos de incompatibilidade

temporal entre a elaboração do relatório e a atividade laboral, só foi possível concluir o mesmo, no final de junho.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a última etapa do processo de planeamento em saúde corresponde à avaliação. “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação de um projeto de intervenção comunitária, envolve a análise dos resultados alcançados em relação aos objetivos estabelecidos. Ou seja, a função da avaliação de um projeto de intervenção comunitária, consiste em verificar, o sucesso alcançado, na realização de um objetivo, sendo que, este julgamento deve ser baseado nos indicadores e metas que foram previamente estabelecidas (Tavares, 1992).

O processo de avaliação, deverá ainda clarificar a existência da relação entre o projeto desenvolvido e o objetivo geral previamente definido, assim, é possível confrontar se as estratégias acionadas foram ou não as mais adequadas para atingir o objetivo, se necessário, poderá proceder-se à reformulação das mesmas. (Tavares, 1992).

O objetivo geral previamente definido no presente projeto de intervenção comunitária pretende: Promover a capacitação dos CI’s de utentes internados na ECCI de uma UCC da Região Alentejo até 31 de dezembro de 2023.

A avaliação do presente projeto irá decorrer em dois momentos. O primeiro momento, corresponde à avaliação das atividades realizadas até ao final do estágio (janeiro de 2023), realizado pela futura enfermeira especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O último momento, irá decorrer entre novembro e dezembro de 2023, realizado pelos profissionais da UCC, relativamente às atividades desenvolvidas junto dos CI’s.

A avaliação dos objetivos é efetuada com base nos indicadores e metas previamente definidas para cada atividade.

As tabelas 15 e 16, que se seguem, apresentam os resultados alcançados no primeiro momento de avaliação.

Tabela 15

Objetivo específico – Desenvolver um programa de capacitação que aborde as áreas de conhecimento e habilidades necessárias para os CI’s

Atividade	Indicador	Meta	Resultado
Elaboração de Planeamento de sessão de Educação para a Saúde “O que de verdade importa”	nº de planeamentos de sessão de Educação para a Saúde elaborados /	100% até janeiro de 2023	100%
Elaboração de Planeamento de sessão de Educação para a Saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”	nº de planeamento de sessão de Educação para a Saúde previstos x 100%		
Elaboração de <i>flyer</i> informativo “Apoios sociais recursos da comunidade no concelho de [redacted]”	Elaboração de <i>flyer</i> informativo		
Elaboração de guião de curta-metragem “Não se deixe para depois! Você é prioridade”	Elaboração de guião de curta-metragem		

Nota. Elaborado pela própria

Neste primeiro objetivo específico pretendia-se, “desenvolver um programa de capacitação, que aborde as áreas de conhecimento e habilidades necessárias para os CI’s”. Este objetivo, foi 100% alcançado, visto que, no final de janeiro de 2023 estavam

elaborados dois planeamentos de educação para a saúde, um *flyer* informativo e o guião de curta-metragem.

Tabela 16

Objetivo específico – Envolver a equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, enfermeiros(as) especialistas, assistente social) no projeto e alocar outros recursos relevantes para enriquecer o programa de capacitação e promover uma abordagem abrangente e multidisciplinar

Atividade	Indicador	Meta	Resultado
Uma reunião com equipa multidisciplinar da UCC	Nº de reuniões realizadas / nº de reuniões previstas x 100%	100% até janeiro de 2023	100%
Três reuniões com psicóloga da equipa da UCC			
Duas reuniões com enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação da UCC			
Duas reuniões com assistente social da UCC			

Nota. Elaborado pela própria

Outro objetivo específico foi “envolver a equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, enfermeiros(as) especialistas, assistente social), no projeto e alocar diferentes recursos relevantes para enriquecer o programa de capacitação e promover uma abordagem abrangente e multidisciplinar” também, foi cumprido a 100%.

Foram previstas oito reuniões: uma com a equipa multidisciplinar da UCC cujo objetivo era, expor os resultados do estudo desenvolvido e apresentar o diagnóstico de situação; três reuniões com o intuito de envolver a psicóloga da equipa, no planeamento

de sessão de educação para a saúde “O que de verdade importa” e na elaboração do guião de curta-metragem “Não se deixe para depois! Você é prioridade”; duas reuniões com a finalidade de incluir as(os) enfermeiras(os) especialistas de reabilitação da UCC, no planeamento de sessão de educação para a saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”; duas reuniões com a assistente social da equipa, a primeira, consistiu na apresentação, por parte da assistente social de todos os apoios sociais e recursos da comunidade, a segunda, para exibição, por parte da mestranda do *flyer* informativo, após as alterações sugeridas pela assistente social ao longo do seu desenvolvimento.

A tabelas 17 (apresentada posteriormente), diz respeito ao último objetivo específico apresentado, “Fornecer suporte individualizado aos CI’s oferecendo orientação e aconselhamento, para lidar com os desafios específicos enfrentados, no cuidado aos utentes internados em ECCI”.

Tabela 17

Objetivo específico – Fornecer suporte individualizado aos CI’s, oferecendo orientação e aconselhamento para lidar com os desafios específicos enfrentados no cuidado aos utentes internados em ECCI

Atividade	Indicador	Meta	Resultado
Realização de sessões de educação para a saúde junto dos CI’s inscritos na UCC	Nº de sessões de Educação para a Saúde realizadas / nº de sessões de Educação para a Saúde propostas x 100	70% até 31 de dezembro de 2023	-----
Entrega de <i>flyer</i> informativo aos CI’s	Nº <i>flyer</i> entregues / nº de <i>flyer</i> impressos x 100		-----
Sensibilização dos CI’s mediante a partilha de curta-metragem	Nº de CI’s que visualizaram a curta-metragem/nº de CI’s sensibilizados x 100		-----

Nota. Elaborado pela própria

Os resultados da avaliação do objetivo específico, transcrito na tabela 10, só serão apresentados no período de novembro a dezembro de 2023. Inicialmente, estão previstas duas sessões de educação para a saúde, “Cuidar do outro: Capacidades funcionais” e igualmente, duas sessões de educação para a saúde, “O que de verdade importa”. O número de sessões a ser realizadas, poderá ser ajustado durante o período de execução, conforme gestão temporal e/ou adesão dos CI’s. No que diz respeito à entrega de *flyer* informativo, estão protocolados com o município a impressão de 50 *flyer’s* informativos, os quais, serão entregues, posteriormente, aos CI’s de utentes internados na ECCI. Por último, pretende-se, que todos os CI’s de utentes internados em ECCI, de fevereiro a outubro, visualizem a curta-metragem. Caso se identifiquem com a história procurem ajuda junto da equipa da UCC (CI’s sensibilizados).

9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Este capítulo permite-nos elaborar uma autorreflexão crítica acerca das competências adquiridas no decorrer do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Segundo o Diário da República, 2.^a série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, todos os enfermeiros especialistas devem desenvolver, adquirir e mobilizar competências que venham sustentar a aquisição do título de Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

9.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A realização do estágio final, assim como, a aquisição de conhecimentos teóricos, em meio académico permitiram adquirir competências científicas, técnicas e humanas com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem especializados. Estas, encontram-se contempladas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, foi possível adquirir competências, ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e, por fim, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Segundo o Diário da República, 2.^a série-n.º26-6 de fevereiro de 2019, Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro

Especialista, cabe ao enfermeiro com o título de especialista: “a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, abrange: “a) desenvolve uma prática, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A responsabilidade profissional, ética e legal foi uma preocupação permanente ao longo dos estágios realizados. Visto que, no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, emergiram questões do domínio ético, deontológico e legal, onde foi necessário tomar decisões. A liderança de forma eficaz dos processos de tomada de decisão, implicou um conhecimento enraizado de princípios éticos-deontológicos, sendo ainda essencial conhecer os elementos de enquadramento jurídico.

Nomeadamente, na realização do diagnóstico de situação, na recolha e análises de dados, foram aplicados critérios com o intuito de manter a responsabilidade profissional, ética e legal. Inicialmente, o acesso aos possíveis participante foi efetuado através do elemento referenciador, este, realizou a 1ª seleção dentro dos critérios de inclusão, bem como, o 1º contacto com o potencial participante. Nos critérios de inclusão constavam, participação voluntária e preenchimento do CILE. Relativamente aos instrumentos de recolha de dados utilizado, foi solicitada autorização para a sua aplicação, tanto ao autor do questionário, como à autora do índice de CADI, os quais obtiveram parecer positivo. O questionário foi realizado em contexto de domicílio (sempre na presença da mestrande e supervisora clínica), preferencialmente, na ausência da pessoa de quem os CI's cuidam, caso algum potencial participante solicitasse a resposta noutra local, tal poderia ser concretizado. Foi solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do CILE, toda a informação recolhida foi estritamente confidencial. Os dados obtidos serão utilizados e divulgados no âmbito académico. O CILE entregue ao possível participante, foi realizado através do elemento referenciador, o qual, fez o primeiro contacto com o potencial participante, apresentando o estudo e convidou-o a participar. Por consequência foi disponibilizado tempo de reflexão ao possível participante, este procedimento surgiu com o intuito de promover a autonomia do mesmo, no sentido de poder livremente participar ou não. Os CI's que concordaram e aceitaram

participar, leram, assinaram e entregaram de novo o CILE. Os documentos de recolha de dados foram anónimos, não sendo por isso registada informação que possibilite a identificação dos participantes. A informação recolhida foi processada na forma de dados agregados, sendo apenas, solicitadas informações pertinentes para o estudo em causa. Os dados recolhidos, estão na posse da mestrandia, que os utilizou exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceder à publicação ou divulgação dos resultados.

Todos estes procedimentos foram descritos no Protocolo de Investigação, submetido à deliberação do conselho diretivo da comissão de Ética de Saúde, da ARS Alentejo, no âmbito do processo 26/CE/2022, ao qual, foi dado parecer favorável. Assim, foi mantida a confidencialidade, segurança e privacidade dos intervenientes do projeto, uma vez que, todas as ações realizadas foram com base no respeito pela individualidade e direitos humanos, princípios ético-deontológicos, valores e normas legais.

Neste sentido, é crucial que o enfermeiro especialista disponha de conhecimentos sólidos e aprofundados na área da ética e da deontologia profissional, pois, sem todo este conhecimento não seria possível desenvolver um projeto com esta envergadura.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: “a) garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em problemas de melhoria contínua.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O domínio da melhoria contínua da qualidade, esteve presente, ao longo dos estágios. Cada atividade concebida durante o projeto, foi alvo, por parte do Enfermeiro Especialista, de uma avaliação crítica, com o objetivo de comparar os resultados obtidos com os resultados esperados. E assim, ter oportunidade de melhorar as próximas intervenções, para obter ganhos efetivos em saúde. No decorrer do desenvolvimento do presente projeto de intervenção, nomeadamente, através da monitorização e avaliação constante das suas ações, a futura Enfermeira Especialista demonstrou melhoria contínua da qualidade. Para garantir o suporte das estratégias, recorreu-se ao cálculo dos custos associados aos recursos humanos e materiais envolvidos, com o objetivo de diminuir os riscos de efetivação do projeto. A Enfermeira Especialista elabora e lidera projetos de intervenção, atuando ativamente em todas as fases da sua execução, assim, é primordial deter conhecimentos e habilidades avançadas, no âmbito da qualidade e melhoria contínua.

Competências do domínio da gestão dos cuidados: “a) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A Enfermeira Especialista possui competências em gestão de cuidados de enfermagem, agilizando ações na equipa que lidera e englobando todos os profissionais de saúde. Esta, reunindo todos os conhecimentos científicos que possui, tem o dever de aconselhar, não só os enfermeiros, mas também, todos os elementos da equipa multidisciplinar. Tendo uma participação ativa nos processos de tomada de decisão e mantendo a coesão entre si e os elementos da equipa, com base nesses mesmos conhecimentos e na sua experiência profissional. A Enfermeira Especialista, garante assim ao utente, cuidados diferenciados em múltiplas áreas de conhecimento. Deste modo, ao longo do presente projeto de intervenção comunitária, foi visível a atuação da futura Enfermeira Especialista, no âmbito da gestão de cuidados de enfermagem. Esta, demonstrou sempre aptidão no processo de inclusão dos vários técnicos que compõem a equipa da UCC, através do desenvolvimento de diversas atividades, que envolviam não só a mestranda, como também a psicóloga da equipa e a assistente social. Desta forma, demonstrou estar sempre consciente, que o enfermeiro, por si só, não possui conhecimentos científicos especializados em todas as áreas. A futura Enfermeira Especialista demonstrou ainda, capacidades na referência, para outros profissionais especializados, quando necessário. Exemplo disso, foi o envolvimento da assistente social na elaboração do *flyer* informativo.

Por fim, competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “a) desenvolver autoconhecimento e a assertividade; b) baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A Enfermeira Especialista deve ter competências para desenvolver o seu autoconhecimento, no âmbito da aquisição de capacidades e conseguir exprimir-se sem hesitação de forma direta e formal, exibindo com segurança os conhecimentos científicos que possui. Basear a sua praxis clínica especializada implica ter conhecimento do estado de arte. Com o decorrer do projeto de intervenção, foram desenvolvidas as capacidades comunicacionais da futura Enfermeira Especialista. Como por exemplo, na reunião realizada para apresentação do diagnóstico de situação, a toda a equipa multidisciplinar. Todos os momentos de contacto com os diferentes elementos participantes neste

projeto, desde os CI's aos elementos da equipa multidisciplinar, foram preponderantes para o desenvolvimento do seu autoconhecimento e assertividade. Os componentes teóricos (privilegiando o estado de arte atual) assimilados ao longo do projeto, permitiram a união da teoria com a práxis clínica, para que esta, se tornasse de excelência.

9.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Segundo o Diário da República, 2.^a série - N.º 135 - 16 de julho de 2018, transcritas no regulamento n.º 428/2018, encontramos as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de ECSP.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de ECSP são:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;**
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;**
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;**
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico** (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19354)

Ao longo do estágio foi desenvolvido, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, um projeto de intervenção comunitária. Caso, a futura Enfermeira Especialista não apresentasse conhecimentos aprofundados sobre as diversas etapas presentes na metodologia de planeamento em saúde, a identificação das várias necessidades de saúde da comunidade, bem como, a operacionalização do presente projeto, não teria sido possível.

Para elaborar o diagnóstico de situação, inicialmente foi realizada uma reunião na UCC com a presença da futura Enfermeira Especialista, Enfermeira Supervisora e Coordenadora da UCC. Nesta, foi aplicada a técnica de Brainstorming, para identificar problemas e necessidades, tendo em consideração os indicadores demográficos e de saúde da comunidade em questão. Concluímos assim, que a temática relacionada aos CI's era

prioritária, com foco na identificação das suas necessidades e dificuldades no ato de cuidar, visando capacitá-los. Através do desenvolvimento do estudo, intitulado “Cuidadores informais: Principais necessidades/dificuldades no ato de cuidar”, foi concluído o diagnóstico de situação. Após a realização do diagnóstico de saúde, foram definidas as prioridades, realizada a fixação de objetivos, selecionadas as estratégias, elaborados os programas, efetuada a preparação de execução, a execução e a avaliação. A realização contínua de motorização e avaliação do projeto, possibilitou o ajuste de qualquer etapa da metodologia do planejamento em saúde, ao longo do mesmo.

A Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Após a realização do estágio final, pode concluir-se, que foram criados todos os elementos necessários, para que a equipa da UCC dê continuidade ao projeto, com o intuito de alcançar o objetivo geral proposto inicialmente. Este objetivo, é promover a capacitação dos CI's, até 31 de dezembro de 2023. Assim, foram atingidas competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Como Enfermeira Especialista na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, esta, tem o dever de cooperar nas várias etapas dos projetos de intervenção comunitário, que se inserem nos objetivos do PNS. Segundo o PNS 2021-2030, conclui-se que é imperativo,

Continuar a investir na rede de cuidados continuados, na integração de cuidados e em profissionais habilitados, mas também de inovar, com mais respostas na comunidade e criação de condições que permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, bem como capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais (Direcção-Geral da Saúde, 2022, p. 176).

Assim, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido pela futura Enfermeira Especialista, vai ao encontro do objetivo do PNS apresentado anteriormente.

Por fim, a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem o dever de realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018, 2018). A Enfermeira Especialista deve

estar atenta aos dados epidemiológicos da população, inerente à sua área de atuação, bem como, aos dados epidemiológicos tanto a nível nacional como mundial. Com o objetivo de os analisar e comparar entre si, reconhecendo possíveis fatores que possam colocar em causa, a saúde pública da população. Esta competência foi atingida, com a elaboração de um estudo ao longo dos estágios, cujo objetivo foi identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelos CI's, no ato de cuidar, realizando assim, a vigilância epidemiológica da população em questão.

9.3. Competências de Mestre

Concluir o curso de Mestrado em Enfermagem atribui à discente o grau académico de Mestre em Enfermagem. Este, foi projetado com o objetivo de “formar enfermeiros que contribuam para a investigação, ensino, gestão e desenvolvimento da disciplina” (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, s.d.). Proporciona à discente, o desenvolvimento do pensamento e a inovação em Enfermagem, para que esta, consiga projetar e elaborar intervenções e investigações, tanto a nível individual, ao nível de grupo, ao nível clínico, de forma intersectorial e multidisciplinar (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, s.d.).

Possibilita também, a aquisição de conhecimentos teóricos, epidemiológicos e históricos, assim como, desenvolvimento de competências em investigação, nos processos de gestão de qualidade de saúde e na resolução de problemas de enfermagem (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, s.d.).

Ao longo da especialização de natureza académica, através do desenvolvimento de atividades de investigação, de inovação ou de competências profissionais, a discente, adquire constante conhecimento científico direcionado à resolução e compreensão de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, propiciando uma formação técnica e cultural e aprendizagem ao longo da vida, de soberba qualidade (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, s.d.).

O Curso de Mestrado é dirigido a todos os enfermeiros licenciados, sendo que, depois de adquirido, apenas é possível realizar nova especialização.

Considerando as competências comuns da Enfermeira Especialista, assim como, as competências específicas da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária (na área de ECSP), já adquiridas, após a realização do presente projeto de intervenção

comunitária, foram ainda adquiridas outras competências para atribuição do título académico de Mestre.

Segundo o Diário da República, 1.ª série - N.º 157 - 16 de agosto de 2018, Decreto-Lei nº 65/2018, capítulo III, Artigo 15º, encontramos as competências de grau de mestre.

1- O grau de mestre é conferido aos que demonstrem: a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicação originais, em muitos casos em contexto de investigação; 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; c) 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; 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; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. 2- O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização. (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162)

Realizar o curso de mestrado, permitiu obter suporte teórico nas diversas unidades curriculares que o constituem e desenvolver estágios curriculares na área de

Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permitindo a aplicação na prática clínica das aprendizagens adquiridas.

A elaboração detalhada e complexa do presente relatório, permitiu desenvolver competências, no que diz respeito à aquisição de conhecimentos teóricos, epidemiológicos e históricos no âmbito dos CI's, assim como, no desenvolvimento de competências de investigação, com a elaboração do estudo “Cuidadores informais: Principais necessidades/dificuldades no ato de cuidar”. (Apêndice VII)

Os processos de gestão de qualidade em saúde, estiveram presentes ao longo dos estágios, uma vez que a futura mestre, a cada atividade efetuada durante o projeto, realizou uma avaliação crítica, com o objetivo de comparar os resultados obtidos com os resultados esperados, e assim, ter oportunidade de melhorar as próximas intervenções, de forma a obter ganhos efetivos em saúde.

Identificar a problemática na presente comunidade, através da etapa de diagnóstico de situação, inserida na metodologia de projeto, possibilitou a aquisição de conhecimentos na resolução de problemas de enfermagem.

Posto isto, ficaram reunidos os requisitos necessários para o reconhecimento do grau de Mestre, após discussão pública deste relatório.

CONCLUSÃO

Face à exuberância do papel que desempenham os CI's, surgem diversos desafios e necessidades, uma vez que cuidar de uma pessoa dependente exige múltiplas tarefas e cuidados especiais em diferentes campos.

Tendencialmente, o número de CI's irá aumentar em Portugal, acompanhando o aumento da esperança média de vida. Consequentemente, as dificuldades/necessidades sentidas no desempenho deste novo papel serão cada vez mais notórias, tornando-se, não apenas um problema de saúde individual, como um problema de saúde pública. O cuidado à pessoa dependente é de extrema importância, mas não devemos descurar a saúde dos seus CI's, pois, um CI sem saúde (física, mental, entre outras) torna-se também um utente com necessidade de cuidados. Desta forma, passamos a ter cada vez mais pessoas doentes, ao invés, de pessoas saudáveis a cuidar de uma pessoa dependente.

Neste contexto, a futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, teve uma atuação ativa e presente, no processo de capacitação de grupos e comunidades, nos quais, se inserem os CI's com o desenvolvimento do projeto de intervenção em saúde comunitária “Capacitação do Cuidador Informal – Aprende a Cuidar de ti enquanto aprendes a Cuidar do Outro”, ancorado na metodologia de planeamento em saúde.

Os resultados do estudo desenvolvido no decorrer do estágio “Cuidadores informais: principais necessidades/dificuldades no ato de cuidar”, permitiram verificar que as principais necessidades/dificuldades dos CI's são: o risco de capacidade comprometida para cuidar, no que diz respeito às exigências de ordem física; risco de isolamento social; risco de *coping* comprometido face à prestação de cuidados; défice de conhecimento/falta de apoio social; problemas relacionais; problemas financeiros e falta de apoio familiar. Deste modo, foi possível realizar o diagnóstico de situação.

Neste contexto, foi definido o objetivo geral do projeto, promover a capacitação de CI's de utentes internados na ECCI de uma UCC da Região Alentejo, até 31 de dezembro de 2023 e os objetivos específicos: desenvolver um programa de capacitação que aborde as áreas de conhecimento e habilidades necessárias para os CI's; envolver a equipa multiprofissional da UCC (psicóloga, enfermeiros(as) especialistas, assistente social) no projeto e alocar outros recursos relevantes para enriquecer o programa de capacitação e promover uma abordagem abrangente e multidisciplinar; fornecer suporte

individualizado aso CI's, oferecendo orientação e aconselhamento para lidar com os desafios específicos enfrentados no cuidado aos utentes internados em ECCI.

Tendo em conta os objetivos definidos, foram delineadas intervenções. Estas, proporcionaram respostas às verdadeiras necessidades/dificuldades dos CI's, permitindo uma atuação adequada, obtendo ganhos efetivos em saúde.

Os ganhos efetivos em saúde na aplicação do presente projeto, foram contabilizados através da avaliação e controlo.

A realização do presente relatório, permitiu consolidar conhecimentos científicos adquiridos ao longo do curso, tais como, a utilização da metodologia de planeamento em saúde, para a elaboração de um projeto de intervenção comunitária. A execução do projeto de intervenção comunitária permitiu contribuir para o processo de capacitação de CI's e a aquisição de competências específicas da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de ECSP.

No entanto, este projeto, apresenta também limitações. A duração do estágio foi insuficiente para a realização das ações junto dos CI's. A situação laboral da futura Mestranda/ Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, também foi uma dificuldade, para a elaboração do presente relatório, dado que exerce funções de enfermeira com horário de 40h semanais, o que em termos de gestão de tempo é insuficiente.

Como aspetos positivos, destacam-se a aquisição e consolidação primordial de conhecimentos e competências de Enfermeira Especialista/Mestre e a boa receptividade por parte dos elementos da equipa multidisciplinar da UCC ao projeto, os quais, demonstraram disponibilidade e empenho em todas as etapas do planeamento em saúde. Sem eles, não seria possível concluir o projeto, uma vez que as intervenções junto dos CI's serão executadas, após a conclusão do estágio.

Em suma, investir na formação e investigação em enfermagem permite a melhoria continua da qualidade, da prática clínica e da excelência profissional. Efetuar este relatório e dinamizar um projeto de intervenção comunitária constituiu ainda, um momento de aprendizagem pessoal, que possibilitou a partilha de experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Lusa. (2020, novembro 5). *Perto de 1,4 milhões de pessoas em Portugal são cuidadores informais*. Observador.
- Ahumada, J., Durán, H., Arreaza Guzmán, A., Pizzi, M., Sarué, E., Testa, M., & Salud, O. P. de la. (1965). Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. *Publicación Científica;111*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/1151>
- Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., Acar, S., Aksoydan, E., Altintas, A., Aytar, A., Baskici, C., Blazeviciene, A., Scarpa, A. R., Kiziltan, G., & Mattace-Raso, F. U. S. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103971. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª). Lusodidacta.
- Ángel-García, J. E. del, Hernández, R. C. L., Santos, G. M., Córdoba, I. P. de, & Flores-Barrios, F. (2020). Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *MedUNAB*, 23(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.29375/01237047.3878>
- Brito, M. L. da S. (2000). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos* [Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental]. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto.
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022 da Presidência do Conselho de Ministros (2022). Diário da República: I série n.º 6.

Decreto-Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República (2019). Diário da República: I série n.º 171.

Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério do Trabalho, Solidariedade, Segurança Social e da Saúde (2006). Diário da República: I série n.º 109.

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1969). Diário da República: I série n.º 205.

Decreto-Lei n.º 21/2014 da Assembleia da República (2014). Diário da República: I série n.º 75.

Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde (2008). Diário da República: I série n.º 38.

Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros (2018). Diário da República: I série n.º 157.

Direcção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021'2030, Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s*.

ERC. (2022). *Transparência dos Media—ERC*. Portal da Transparência. <https://portal-transparencia.erc.pt/ocs/?idOcs=all>

Évora, C. (2021, abril 27). *Em mais de 8 mil cuidadores informais, apenas 181 tiveram direito a descanso em 2021*. CNN Portugal. <https://cnnportugal.iol.pt/cuidados-informais/rncci/em-mais-de-8-mil-cuidadores-informais-apenas-181-tiveram-direito-a-descanso-em-2021/20220427/6268efce0cf2ea367d388cc1>

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.

Guess What - Human Data - Creative Thinking. (2021). *Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais*. <https://movimentocuidadoresinformais.pt/>

- Guimarães, A. C., Freitas, L., Costa, S. O., & Brandão, V. (2020). Cuidar de Quem Cuida: Ferramentas de Avaliação dos Cuidadores: Caring for Carers: Caregiver Assessment Tools. *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/gm.v7i1.281>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional. (s. d.). *Encontre o melhor para si*. iefp online. <https://iefponline.iefp.pt/IEFP/pesquisas/search.do;jsessionid=C77EA281626B17AF256DAC3047BEB1D1.sciefpon10>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*.
- Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. (s.d.). *Mestrado em Estudos em Enfermagem*. Obtido 19 de junho de 2023, de <https://www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/mee>
- Lopes, V., & Arco, H. do. (2019). Intervenções na sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade - revisão integrativa da literatura, 25, 121–135.
- Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: O caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. *Envelhecimento ativo e educação (II)*, 87–100.
- Mateus, M. do N., & Fernandes, S. C. B. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes: Resilience of informal family caregivers of elderly dependents. *EduSer: Revista de Educação*, 11(1), 76–92.
- Matos, N. A. M. de. (2019). *Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente* [Mestrado em Enfermagem; Especialização na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública]. Instituto Politécnico de Vieu - Escola Superior de Saúde de Viseu.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1ª Edição).

LIDEL.

Mendes, C. I. G. (2020). *Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente* [Mestrado em Enfermagem; Especialização na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública]. Instituto Politécnico de Portalegre; Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Setúbal; Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Município de [REDACTED] (s.d.). *Caracterização geral—[REDACTED] tem mais encanto*. VIVE

[REDACTED] do 30 de junho de 2022, de [https://www.cm-\[REDACTED\].pt/pa-\[REDACTED\]/camara-municipal/caracterizacao-geral](https://www.cm-[REDACTED].pt/pa-[REDACTED]/camara-municipal/caracterizacao-geral)

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem* (IPS, ESS, Departamento de Enfermagem). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

PORDATA. (2021). *Conheça o seu Município*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Municipios>

PORDATA. (2021). *Conheça o seu Município*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Municipios>

Portaria n.º 50/2017 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde (2017). Diário da República: I série, n.º 24/2017.

Porto Editora. (n.d.). Cuidar. Em *Infopédia*. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/cuidar>

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II série, n.º 135.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II série n.º 26.

- Sanches, R. de C. N., Rodrigues, T. F. C. da S., Cardoso, L. C. B., Santos, F. G. T., & Radovanovic, C. A. T. (2021). Instrumentos de avaliação das competências do cuidador informal: revisão integrativa: *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(35), Artigo 35. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.365-372>
- Santos, M. B. dos, Leite, E. de P., Alfredo, P. P., & Rodrigues, J. R. A. (2018). Sobrecarga biopsicossocial e estresse do cuidador de idoso dependente. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(2), 92–97. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i2a7>
- Sequeira, C. A. da C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição). Lisboa: Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Continuados*. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuos/#tab_indicadores-mensais
- Sousa, A. (2011). *Quando o cuidador é idoso: Impacto físico, emocional e social d cuidador informal idoso*. [Mestrado em Gerontologia Social Aplicada]. Universidade Católica Portuguesa.
- Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2022). Cuidadores informais: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar/ Informal caregivers: Main difficulties and fears in the act of caring. *PSIQUE, XVII(2). Revista Polis e Psique, XVII*, 9–25. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2>
- Souza, A. O. de, Silveira de Almeida Hammerschmidt, K., Elero Betiulli, S., da Silva Paula, A., Giovani Paes, R., & Arias Fugaça, N. P. (2022). Teoria do autocuidado de orem nas teses de enfermagem brasileira: Estudo bibliométrico. (Portuguese):

Orem's theory of self-care in brazilian nursing theses: A bibliometric study. (English). *Nursing Sao Paulo*, 25(288), 7731–7754. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i288p7731-7754>

Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., & You, E. (2018). «I just don't focus on my needs.» The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>

Tavares, A. M. B. (1992). *Métodos e técnicas de planejamento em saúde* (2ª edição). Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

UCC ██████████ (2021). *Carta de Compromisso—2021; Plano de Ação 2021*. [file:///C:/Users/claud/Downloads/CC_4070413_2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/claud/Downloads/CC_4070413_2021%20(1).pdf)

ANEXOS

Anexo I – Questionário de Matos (2019)

I Parte – CUIDADOR INFORMAL			
<i>GRUPO A – caracterização sociodemográfica do cuidador informal</i>			
1. Género:			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
2. Idade: _____ anos			
3. Estado civil			
<input type="checkbox"/> Solteira/o	<input type="checkbox"/> Casada/o / união facto	<input type="checkbox"/> Divorciada/o / Separada/o	<input type="checkbox"/> Viúva/o
4. Residência			
<input type="checkbox"/> Meio rural <input type="checkbox"/> Meio urbano			
5. Com quem vive?			
<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Cônjuge/companheira/o	<input type="checkbox"/> Outros quem? _____
6. Habilitações literárias			
<input type="checkbox"/> Não Sabe ler nem escrever			
<input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever			
<input type="checkbox"/> 1º Ciclo do Ensino Básico (1º- 4º Ano/Antiga 4ª Classe)			
<input type="checkbox"/> 2º Ciclo do Ensino Básico (5º- 6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório)			
<input type="checkbox"/> 3º Ciclo do Ensino Básico (7º- 9º Ano/Curso Geral dos Liceus)			
<input type="checkbox"/> Ensino Secundário (10º-12º Ano/Curso Complementar dos Liceus)			
<input type="checkbox"/> Curso técnico-profissional ou equivalente			
<input type="checkbox"/> Bacharelato			
<input type="checkbox"/> Licenciatura			
<input type="checkbox"/> Mestrado/Doutoramento			
7. Qual a sua profissão? _____			
8. Qual a sua situação laboral?			
<input type="checkbox"/> Empregada/o a tempo inteiro	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?		
<input type="checkbox"/> Desempregado			
<input type="checkbox"/> Empregada/o a tempo parcial	<input type="checkbox"/> Baixa clínica. Qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Estudante a tempo inteiro			

<input type="checkbox"/> 5 Aposentada/o / Reformada/o por idade	
<input type="checkbox"/> 6 Aposentada/o / Reformada/o por invalidez	
<input type="checkbox"/> 7 Doméstica/o	
<i>GRUPO B – Situação como prestador de cuidados</i>	
9. A quantas pessoas dependentes presta cuidados? _____ pessoa(s)	
10. Qual a sua relação com a pessoa a quem presta cuidados?	
<input type="checkbox"/> 1 Filha/o	<input type="checkbox"/> 4 Amiga/o / Vizinha/o
<input type="checkbox"/> 2 Genro/Nora	<input type="checkbox"/> 5 Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> 3 Cônjuge/Companheira/o	<input type="checkbox"/> 6 Outro. Quem? _____
11. Que motivos o/a levaram a assumir o papel de cuidador informal?	
<input type="checkbox"/> 1 Obrigação	
<input type="checkbox"/> 2 Afinidade	
<input type="checkbox"/> 3 Fragilidade económica	
<input type="checkbox"/> 4 Gratidão	
<input type="checkbox"/> 5 Outros. Quais? _____	
12. Recebe alguma compensação monetária por prestar este cuidado?	
<input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 2 Sim. Se sim, de quem? _____	
13. Distância entre si e a pessoa a quem presta cuidados?	
<input type="checkbox"/> 1 Viver na mesma casa	
<input type="checkbox"/> 2 Vivemos em casas diferentes, mas no mesmo edifício	
<input type="checkbox"/> 3 A uma distância possível de ir a pé.	
<input type="checkbox"/> 4 Até 10 minutos de carro/autocarro	
<input type="checkbox"/> 5 Até 30 minutos de carro/autocarro	
<input type="checkbox"/> 6 Até 1 hora de carro/autocarro	
<input type="checkbox"/> 7 A mais de 1 hora de carro/autocarro	
14. Há quanto tempo a pessoa está dependente? _____ anos _____ meses	
15. Há quanto tempo presta cuidados à pessoa dependente?	

<input type="checkbox"/> ₁ Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> ₂ Entre 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> ₃ Entre 3 a 5 anos <input type="checkbox"/> ₄ Mais de 5 anos															
16. Já alguma vez tinha cuidado de alguma pessoa dependente?															
<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim. Se <u>sim</u> , a quem? _____															
17. Recebeu algum tipo de preparação / ensinamentos para prestar os cuidados?															
<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim. Se <u>sim</u> , de quem? _____															
18. Frequentemente, que tipo de apoio/cuidados presta à pessoa dependente de quem cuida? (Pode assinalar mais do que uma alternativa de resposta)															
<table border="1"> <tr> <td>Atividades de Vida Diária</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₁ Cuidados pessoais (higiene, vestir e alimentação) </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₂ Mobilidade (transferências, subir/descer escadas) </td> </tr> <tr> <td>Atividades Instrumentais de Vida Diária</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₃ Efetuar os trabalhos domésticos (ex: limpar, cozinhar) </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₄ Medicação </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₅ Gerir o dinheiro </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₆ Ir às compras </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₇ Tratar de assuntos administrativos </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₈ Transporte </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₉ Passear/atividades de Lazer </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₁₀ Apoio emocional/psicológico (ex. companhia, encorajamento) </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₁₁ Apoio financeiro (ex. financiamento de medicação, alimentação, cuidados de saúde) </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₁₂ Supervisão regular (ex. "olhar pelo idoso") </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ₁₃ Todos </td> </tr> </table>	Atividades de Vida Diária	<input type="checkbox"/> ₁ Cuidados pessoais (higiene, vestir e alimentação)	<input type="checkbox"/> ₂ Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	Atividades Instrumentais de Vida Diária	<input type="checkbox"/> ₃ Efetuar os trabalhos domésticos (ex: limpar, cozinhar)	<input type="checkbox"/> ₄ Medicação	<input type="checkbox"/> ₅ Gerir o dinheiro	<input type="checkbox"/> ₆ Ir às compras	<input type="checkbox"/> ₇ Tratar de assuntos administrativos	<input type="checkbox"/> ₈ Transporte	<input type="checkbox"/> ₉ Passear/atividades de Lazer	<input type="checkbox"/> ₁₀ Apoio emocional/psicológico (ex. companhia, encorajamento)	<input type="checkbox"/> ₁₁ Apoio financeiro (ex. financiamento de medicação, alimentação, cuidados de saúde)	<input type="checkbox"/> ₁₂ Supervisão regular (ex. "olhar pelo idoso")	<input type="checkbox"/> ₁₃ Todos
Atividades de Vida Diária															
<input type="checkbox"/> ₁ Cuidados pessoais (higiene, vestir e alimentação)															
<input type="checkbox"/> ₂ Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)															
Atividades Instrumentais de Vida Diária															
<input type="checkbox"/> ₃ Efetuar os trabalhos domésticos (ex: limpar, cozinhar)															
<input type="checkbox"/> ₄ Medicação															
<input type="checkbox"/> ₅ Gerir o dinheiro															
<input type="checkbox"/> ₆ Ir às compras															
<input type="checkbox"/> ₇ Tratar de assuntos administrativos															
<input type="checkbox"/> ₈ Transporte															
<input type="checkbox"/> ₉ Passear/atividades de Lazer															
<input type="checkbox"/> ₁₀ Apoio emocional/psicológico (ex. companhia, encorajamento)															
<input type="checkbox"/> ₁₁ Apoio financeiro (ex. financiamento de medicação, alimentação, cuidados de saúde)															
<input type="checkbox"/> ₁₂ Supervisão regular (ex. "olhar pelo idoso")															
<input type="checkbox"/> ₁₃ Todos															
19. Atualmente, usufruir de algum apoio de saúde / social na prestação de cuidados à pessoa dependente?															
<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim. Se <u>Sim, qual?</u>															
<input type="checkbox"/> ₁ SAD (serviço de apoio domiciliário)															
<input type="checkbox"/> ₂ Apoio domiciliário (alimentação, higiene pessoal e limpeza habitacional)															

3 <input type="checkbox"/> Visita Domiciliária (apoio centro de saúde para tratamentos)											
4 <input type="checkbox"/> Cuidados de reabilitação (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala)											
5 <input type="checkbox"/> ECCI (Equipa Domiciliária de Cuidados Continuados Integrados)											
6 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____											
20. Já alguma vez pensou na possibilidade de integrar a pessoa de quem cuida numa instituição de apoio social ou de saúde?											
<table border="1"> <tr> <td>Centro de dia</td> <td>1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Lar</td> <td>1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Internamento para descanso do cuidador</td> <td>1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Unidade de internamento de longa duração (RNCCI)</td> <td>1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Outro. Qual?</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Centro de dia	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar	Lar	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar	Internamento para descanso do cuidador	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar	Unidade de internamento de longa duração (RNCCI)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar	Outro. Qual?	_____
Centro de dia	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar										
Lar	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar										
Internamento para descanso do cuidador	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar										
Unidade de internamento de longa duração (RNCCI)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar										
Outro. Qual?	_____										
21. Qual a periodicidade do cuidado que presta?											
1 <input type="checkbox"/> Sempre	5 <input type="checkbox"/> Fins de semana										
2 <input type="checkbox"/> Durante a semana (de 2ªfeira a 6ªfeira)	6 <input type="checkbox"/> Período de férias										
3 <input type="checkbox"/> Durante o final da tarde e/ou noite	7 <input type="checkbox"/> Rotativo (meses)										
4 <input type="checkbox"/> Pontualmente (1 a 2 vezes /mês)											
22. Tem apoio de outras pessoas (familiares, vizinhos, amigos, empregada doméstica) na prestação de cuidados à pessoa dependente?											
1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Se <u>Sim</u> , de quem? _____											

II PARTE – Identificação da pessoa dependente	
GRUPO A – Caracterização sociodemográfica	
1. Idade: _____ anos	
2. Género: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
3. Estado civil:	
1 <input type="checkbox"/> Solteira/o	
2 <input type="checkbox"/> Casada(o) / União de facto	
3 <input type="checkbox"/> Divorciada(o)/ Separada(o)	
4 <input type="checkbox"/> Viúva(o)	
4. Profissão _____	
5. Motivo da dependência: _____	

GRUPO B - Escala de Barthel (Avaliação do grau de dependência)			
Atividade Básica de Vida Diária			
1	Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento, come num tempo razoável)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (para cortar a comida, levar à boca, etc.)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>
2	Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo.)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>
3	Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	1 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	2 <input type="checkbox"/>
4	Higiene corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes e faz a barba)	1 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	2 <input type="checkbox"/>
5	Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>

6	Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência, se necessita de enema ou microlax fá-lo, sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para enemas ou microlax)	2 <input type="checkbox"/>
		Incontinente fecal	3 <input type="checkbox"/>
7	Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para o uso de sonda ou coletor)	2 <input type="checkbox"/>
		Incontinente ou algaliado	3 <input type="checkbox"/>
8	Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas, pode usar um instrumento de apoio)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir ou descer escadas.)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>
9	Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda, se usa a cadeira de rodas transfere-se sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima ou supervisão)	2 <input type="checkbox"/>
		Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	3 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	4 <input type="checkbox"/>
10	Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas...)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	2 <input type="checkbox"/>
		Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	3 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	4 <input type="checkbox"/>

Anexo II – Índice de CADI

CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luísa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1 Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2 Por vezes sinto-me "de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação"				
3 Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4 Traz-me problemas de dinheiro				
5 A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6 A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7 Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8 Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9 Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10 Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11 Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12 Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13 A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14 A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15 Ando a dormir pior por causa desta situação				
16 As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17 Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18 Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

ANEXO III – Parecer positivo da Comissão de Ética de Saúde da ARS Alentejo

21.11.2022
Processo 26/CE/2022
Parecer 20/CE/2022 (Favorável)

ENT/ARSA/12053
31-11-2022



Parecer 20/CE/2022

Sobre o estudo “Capacitação do Cuidador Informal”

Havedo -x

2022/12/05

Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho Diretivo da
ARS Alentejo, IP

Margarida da Silveira
Vogal do Conselho Diretivo da
ARS Alentejo, IP

A: Relatório

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início à abertura do **Processo 26/2022/CES**, em 17/11/2022, sobre o “*Capacitação do Cuidador Informal*” da investigadora Cláudia Maria Machado Fernandes, enfermeira na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Cruz Vermelha Portuguesa de Estremoz, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tem como supervisora Clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Inês Polme, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] e como orientadora pedagógica a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.....

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

1. Protocolo de investigação: identificação da investigadora principal; Título: descritivo e objetivo; Identificação completa do(s) investigador (es) responsável (eis) e entidade (s) de origem, quando aplicável; Introdução: Justificando o estudo, enunciando a questão clínica que o desencadeou e a respetiva pertinência com base numa revisão bibliográfica adequada (respondendo ao requisito n.º 1 “Relevância”); Justificação do estudo; Enquadramento conceptual; Referencias bibliográficas; Objetivo Geral; Objetivo Especifico; Opções Metodológicas; Contexto; População e Amostra; Instrumento de recolha de dados; Análise de dados;
2. *Curriculum Vitae EuroPass* da Investigadora Principal (IP);



3. *Curriculum Vitae EuroPass* da Orientadora Pedagógica;
 4. *Curriculum Vitae EuroPass* da Supervisora Clínica Enfermeira Especialista;
 5. Carta de solicitação de autorização para realização do estudo ao Presidente do CD da ARSA
 6. Declaração do profissional de saúde que referencia os participantes;
 7. Solicitação (*email*) de parecer à Presidente da CE da ARS Alentejo;
 8. Solicitação de Parecer sobre a relevância a pertinência do estudo à/ao Senhor/a Coordenador/a da ECR Alentejo;
 9. Solicitação de Parecer ao Encarregado de Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Setúbal e resposta deste;
 10. Declaração do IP sobre a propriedade de dados e resultados do estudo;
 11. Declaração de compromisso do IP comprometendo-se a enviar o Relatório Final à CE;
 12. Declaração do(s) orientador(es) científico(s) ou pedagógico(s) do estudo;
 13. Declaração do/a Coordenador/a da Unidade sobre as condições materiais e humanas necessárias à realização de Ensaio Projeto de Investigação;
 14. Pedido de autorização ao/á Coordenador/a da UCC [REDACTED];
 15. Pedido de solicitação de parecer sobre a pertinência e relevância do estudo à/ao Senhor/a Diretor/a Executivo/a do ACeS Alentejo Central;
 16. Declaração do Elo de ligação;
 17. Questionário de Matos (2019);
 18. Escala de CADI;
 19. Parecer positivo para aplicação da Escala de CADI;
 20. Parecer positivo para aplicação do questionário de Matos (2019);
 21. Parecer favorável de Diretora Executiva do ACeS Alentejo Central sobre a pertinência e relevância do estudo;
 22. Parecer favorável sobre a relevância a pertinência do estudo do/a Senhor/a Coordenador/a da ECR Alentejo;
 23. Modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido;
 24. Diversos esclarecimentos e documentos enviados em resposta às solicitações desta Comissão;
 25. Diversos pedidos de esclarecimentos e documentos
- A.3. Resumo da Documentação.....**



O protocolo de investigação descreve a problemática na perspetiva de vários autores, da importância da identificação das necessidades/dificuldades dos Cuidadores Informais (CI) com o objetivo de priorizar/planear intervenções de enfermagem de modo a capacitar os CI obtendo ganhos efetivos em saúde. Este estudo vai ao encontro das necessidades sentidas pela comunidade (expressas pela comunidade, no decorrer da interação entre a comunidade e o enfermeiro) e das necessidades reais (identificadas no contexto do Diagnóstico em Saúde Pública (Melo, 2020) e pela Carta de Compromisso - 2021 da Unidade Funcional UCC [REDACTED]).

Através da técnica de Brainstorming desenvolvida em grupo, em reunião com as orientadoras de estágio e após a aplicação da técnica, foram identificados problemas e necessidades, tendo em conta os indicadores demográficos e de saúde da comunidade em questão. Emergiu como prioritária a temática relacionada aos CI, recaindo sobre a identificação das suas necessidades/dificuldades, com o objetivo de os capacitar. Este projeto tem como objetivo geral: capacitar os CI de utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC de [REDACTED] até janeiro de 2023. Tem como objetivos específicos: i) Identificar necessidades/dificuldades do Cuidador Informal dos utentes internados na ECCI da UCC de [REDACTED]; ii) Criar um espaço de apoio ao cuidador; iii) Executar “workshop” que promovam a capacitação dos CI respondendo às necessidades/dificuldades. Este projeto contempla duas fases: i) Na fase inicial do projeto integrado no diagnóstico/ identificação do problema, tem como intuito identificar as suas principais necessidades/dificuldades dos CI; ii) Na segunda fase do projeto, a população alvo de intervenção será os CI dos utentes integrados na ECCI da UCC de [REDACTED]. Pretende-se neste período planear uma intervenção específica tendo por base o diagnóstico/ identificação do problema, no âmbito da minimização e/ou resolução dos problemas identificados, com o intuito da Capacitação dos CI dos utentes. O planeamento delineado será implementado através da execução das atividades planeadas, as quais serão posteriormente avaliadas.

Os critérios de inclusão são: i) CI de utentes internados na ECCI da UCC de [REDACTED]; ii) CI de utente internados a partir de dia 1 a dia 31 de outubro de 2022 na ECCI da UCC de [REDACTED]; iii) CI com capacidades cognitivas de resposta ao questionário; iv) participação voluntária dos CI; v) assinatura do consentimento livre, esclarecido e informado.



Pretende-se aplicar como conjunto de instrumentos de recolha de dados o questionário desenvolvido pelo enfermeiro Nuno Matos (Matos, 2019). O questionário encontra-se dividido em três partes: i) a primeira parte, destinada ao CI (Grupo A – caracterização sociodemográfica do cuidador informal; Grupo B – situação como prestador de cuidados) e é constituída por vinte e duas questões.); ii) a segunda parte destina-se à identificação da pessoa dependente (Grupo A – caracterização sociodemográfica do utente e é constituída por cinco questões); Grupo B – escala de *Barthel*); iii) a terceira parte, a aplicação do Índice de Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados / CADI (*Carers' Assessment of Difficulties Index*).

Posteriormente à recolha de dados obtida pelos questionários, proceder-se-á ao seu respetivo tratamento e análise estatística, sendo utilizado para o efeito o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0.1.

Relativamente ao acesso aos potenciais participantes, a enfermeira Inês Polme enquanto elemento referenciador (uma vez que está dentro do processo de cuidar dos potenciais participantes) fará: i) a primeira seleção dentro dos critérios de inclusão; ii) o primeiro contacto com o potencial participante, apresentando o estudo e convidando-o a participar; iii) e entregando o Consentimento Informado Livre e Esclarecido, disponibilizando tempo de reflexão ao possível participante, no sentido de promover a autonomia do mesmo, salvaguardando a possibilidade de o CI decidir livremente participar.

No caso de os CI concordarem e aceitarem participar, deverão ler, assinar e entregar de novo o CILE, em conjunto com os instrumentos de recolha de dados preenchidos, através do investigador principal.

O questionário i) será realizado em contexto de domicílio (sempre na presença da investigadora principal e da Enfermeira Supervisora Inês Polme (elemento referenciador dos possíveis participantes); ii) será realizado preferencialmente sem a presença da pessoa de quem o CI cuida; iii) pode ser respondido, caso algum potencial participante o solicite, noutra local que não o domicílio (por exemplo o espaço físico destinado à UCC no edifício do Centro de Saúde [redacted]). Neste caso, apenas se concretiza se o participante se deslocar à UCC assumindo os custos.

No que concerne aos custos relativamente à colheita de dados, não haverá custos para o serviço, uma vez que serão aproveitadas todas as deslocações previamente agendadas no



âmbito do processo de cuidar. Os outros recursos utilizados e as despesas decorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo da investigadora.

Os documentos de recolha de dados serão anónimos, não sendo por isso registada informação que possibilite a identificação dos participantes. A informação recolhida será processada na forma de dados agregados pelo investigador, sendo apenas solicitadas informações pertinentes para o estudo em causa. Os dados recolhidos ficarão na posse do investigador que os utilizará exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados.

B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.....

B.1. A relevância e pertinência do estudo, em particular na melhoria dos processos de qualidade em saúde para a ARS Alentejo, estão cabalmente justificadas com a fundamentação teórica apresentada. Está de acordo com o disposto no documento guia para a realização de estudos, em uso nesta Comissão.

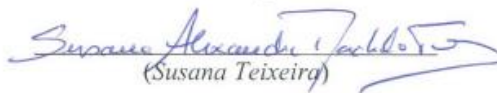
B.2 O desenho do estudo nas várias etapas de metodologia, apresenta a garantia de confidencialidade de procedimentos, dados recolhidos e resultados obtidos, os requisitos inerentes a uma metodologia cientificamente correta, o que salvaguarda aspetos éticos fundamentais. A salvaguarda do anonimato e confidencialidade da participação está garantida através da metodologia descrita no estudo. Salienta que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados. Os nomes dos participantes nunca serão utilizados.

CONCLUSÃO.....

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.....

Aprovado em reunião do dia 21 de novembro de 2022, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo


(Susana Teixeira)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado Livre e Esclarecido pág.



Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Caro(a) Cuidador Informal

Eu, Cláudia Maria Machado Fernandes, enfermeira na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Cruz Vermelha Portuguesa de Estremoz, a frequentar o Curso de Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Inês Polme, e da orientadora pedagógica Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

O projeto de intervenção na comunidade incide na Capacitação dos Cuidadores Informais de utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), na UCC de [REDACTED]. Numa primeira fase, para a realização do diagnóstico de situação é necessário identificar as principais necessidades/dificuldades dos Cuidadores Informais. Assim, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento de um questionário.

O questionário em questão encontra-se dividido em três partes. A primeira parte, destinada ao cuidador informal (Grupo A – caracterização sociodemográfica do cuidador informal; grupo B – situação como prestador de cuidados). A segunda parte destina-se à identificação da pessoa dependente (Grupo A – caracterização sociodemográfica do utente; Grupo B – escala de *Barthel*). Por fim, a terceira parte, a aplicação do Índice de Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados / CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index).

O questionário será realizado em contexto de domicílio, preferencialmente não na presença da pessoa de quem cuida, caso algum potencial participante solicite a resposta ao mesmo noutro local (por exemplo o espaço físico destinado à UCC no edifício do Centro de Saúde de [REDACTED]), tal poderá ser concretizado desde que o mesmo se desloque assumindo os custos.

Saliento que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados. Sublinho que os nomes dos participantes não serão NUNCA utilizados.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Não existirá qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento.

No caso de surgimento de dúvidas e/ou esclarecimentos relativo ao estudo, poderá entrar em contacto com a investigadora através do n.º de telemóvel: [REDACTED] ou através do contacto institucional UCC de [REDACTED] nº de telemóvel: [REDACTED]

No caso de necessidade de esclarecimentos no âmbito da proteção de dados poderá solicita-lo ao encarregado de proteção de dados do Instituto Politécnico de Setúbal através do e-mail: protecaodados@ips.pt e/ou encarregado de proteção de dados da ARS Alentejo através do e-mail: epd@arsalentejo.min-saude.pt

No caso de reclamação no âmbito da proteção de dados poderá fazê-lo para a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do e-mail: geral@cnpd.pt

Com os melhores Cumprimentos

A investigadora: _____

(Cláudia Fernandes)

A orientadora: _____

(Ermelinda do Carmo Valente Caldeira)

Parte declarativa do profissional de saúde que entrega o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Enfermeira Inês Polme

21 de novembro de 2022

(Inês Polme, 51248)

Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED]

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 2 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO, DESTINANDO-SE UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Parte declarativa do participante

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela Enfermeira Inês Polme que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Fui informado (a) sobre o sigilo e anonimato da minha participação e confidencialidade das informações que prestar, tendo conhecimento que os dados recolhidos ficarão na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para fins académicos e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados.

Nome: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 2 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO, DESTINANDO-SE UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

APÊNDICE II – Parecer positivo para utilização de Índice de CADI e questionário de Matos (2019)



Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>

RE: Serviço de mensagens do Website ESEnFC - Autorização de utilização da Escala CADI

1 mensagem

Lúisa Brito <lbrito@esenfc.pt>
Para: cmm.fernandes1997@gmail.com
Cc: brito.ml@gmail.com

23 de junho de 2022 às 07:21

Cara Sra. Enfermeira Cláudia Fernandes,

É com todo o gosto que lhe envio, em anexo, a versão portuguesa da CADI. Junto igualmente dois textos dos autores originais (Nolan et al.) que, juntamente com o meu livro (A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos – Quarteto Editora, 2001) a ajudarão a organizar e tratar os dados.

Para efeitos de continuação do processo de validação da escala, agradeço que no final do seu estudo, me envie uma síntese dos principais resultados obtidos, acompanhada de um resumo das características demográficas do conjunto dos cuidadores informais identificados.

Encontro-me ao dispor para algum esclarecimento adicional que julgue necessário.

Com os meus melhores cumprimentos e votos de bom trabalho,

Lúisa Brito

De: cmm.fernandes1997@gmail.com [mailto:cmm.fernandes1997@gmail.com]

Enviada: 22 de junho de 2022 11:40

Para: lbrito@esenfc.pt

Assunto: Serviço de mensagens do Website ESEnFC - Autorização de utilização da Escala CADI

Serviço de mensagens do Website ESEnFC

Mensagem enviada por Cláudia Fernandes (cmm.fernandes1997@gmail.com)

Mensagem:

O meu nome é Cláudia Fernandes, enfermeira na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Cruz Vermelha Portuguesa de Estremoz. Encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Associação %u2013 Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora %u2013 Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal %u2013 Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias).

Incorporado no Mestrado, propus-me a realizar um projeto de intervenção na comunidade, intitulado "Capacitação do Cuidador Informal", apresentando como objetivo principal, promover a capacitação dos Cuidadores Informais de utentes inscritos na ECCI da UCC de [REDACTED] até dezembro de 2022. Para conseguir atingir o objetivo traçado é imprescindível identificar necessidades/dificuldades do Cuidador Informal dos utentes integrados em ECCI.

Com o objetivo de identificar necessidades/ dificuldades do Cuidador Informal dos utentes em ECCI iremos aplicar um questionário aos cuidadores informais. No qual, pretendemos utilizar além de outras escalas, a escala por vós validada.



Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>

Autorização de utilização do questionário elaborado em 2019 "Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente"

6 mensagens

Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>
Para: nunoalexmatos@gmail.com

21 de junho de 2022 às 22:10

Boa noite.

O meu nome é Cláudia Fernandes, enfermeira na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Cruz Vermelha Portuguesa de Estremoz. Encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias).

Incorporado no Mestrado, propus-me a realizar um projeto de intervenção na comunidade, intitulado "*Capacitação do Cuidador Informal*", apresentando como objetivo principal, promover a capacitação dos Cuidadores Informais de utentes inscritos na ECCI da UCC de [REDACTED], até dezembro de 2022. Para conseguir atingir o objetivo traçado é imprescindível identificar necessidades/dificuldades do Cuidador Informal dos utentes integrados em ECCI da UCC de [REDACTED].

Com o objetivo de identificar necessidades/ dificuldades do Cuidador Informal dos utentes em ECCI iremos aplicar um questionário aos cuidadores informais. No qual, pretendemos utilizar o questionário presente no Relatório Final do 4º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária com o título "Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente" (Matos, 2019).

Serve o presente e-mail para solicitar a autorização para sua utilização e o fornecimento dos documentos que considerem importantes para a sua correta aplicação.

Posteriormente será enviado também um e-mail de solicitação de autorização para a utilização da Escala de CADI (incorporada na III Parte do seu Questionário).

Agradeço desde já a sua colaboração.

Melhores cumprimentos, Cláudia Fernandes

Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>
Para: mamaral@essv.ipv.pt

28 de junho de 2022 às 07:08

----- Forwarded message -----

De: Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>

Date: terça, 21/06/2022 às(s) 22:10

Subject: Autorização de utilização do questionário elaborado em 2019 "Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente"

To: <nunoalexmatos@gmail.com>

Boa noite.

O meu nome é Cláudia Fernandes, enfermeira na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Cruz Vermelha Portuguesa de Estremoz. Encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias).

Incorporado no Mestrado, propus-me a realizar um projeto de intervenção na comunidade, intitulado "Capacitação do Cuidador Informal", apresentando como objetivo principal, promover a capacitação dos Cuidadores Informais de utentes inscritos na ECCI da UCC de [redacted], até dezembro de 2022. Para conseguir atingir o objetivo traçado é imprescindível identificar necessidades/dificuldades do Cuidador Informal dos utentes integrados em ECCI da UCC de [redacted].

Com o objetivo de identificar necessidades/ dificuldades do Cuidador Informal dos utentes em ECCI iremos aplicar um questionário aos cuidadores informais. No qual, pretendemos utilizar o questionário presente no Relatório Final do 4º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária com o título "Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente" (Matos, 2019).

Serve o presente e-mail para solicitar a autorização para sua utilização e o fornecimento dos documentos que considerem importantes para a sua correta aplicação.

Posteriormente já foi enviado também um e-mail de solicitação de autorização para a utilização da Escala de CADI (incorporada na III Parte do seu Questionário), ao qual o parecer foi positivo.

[Citação ocultada]

Maria Odete Amaral <mamaral@essv.ipv.pt> 4 de julho de 2022 às 00:01
Para: Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>

Boa noite, Srª Enfª Cláudia.

De acordo com o seu pedido reencaminhe para o Enfº Nuno. Como fui orientadora do estudo do Enfº Nuno, e ou ele poderemos responder à sua solicitação. Vamos aguardar mais umas horas. Espero que compreenda.

Desejo todo o sucesso para o seu estudo e projeto.

Com os melhores cumprimentos
Odete Amaral

De: Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>
Enviado: 28 de junho de 2022 07:08
Para: Maria Odete Amaral <mamaral@essv.ipv.pt>
Assunto: Fwd: Autorização de utilização do questionário elaborado em 2019 "Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente"

[Citação ocultada]

Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com> 4 de julho de 2022 às 10:55
Para: Maria Odete Amaral <mamaral@essv.ipv.pt>

Bom dia Sr.ª Professora Doutora Maria Odete Amaral

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração.

Aguardo assim resposta ao pedido.

Melhores cumprimentos, Cláudia Fernandes

[Citação ocultada]

Maria Odete Amaral <mamaral@essv.ipv.pt> 5 de julho de 2022 às 16:05
Para: Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>

Boa tarde Sr.ª Enfermeira Cláudia

Após ter conversado com o Enfº Nuno Matos autorizamos a utilização do questionário para que possa realizar o seu estudo. Salvaguardando que as escalas utilizadas nós solicitamos autorização aos autores.

Gostaria, enquanto investigadora e orientadora do estudo do Nuno Matos, de ter acesso e conhecer os seus resultados e se quiser numa análise comparar com os nossos, fazendo referência, ao nosso estudo esteja à vontade.

Se precisar de mais algum apoio ou de colocar alguma questão diga. Precisa que lhe envie o questionário?

Com os melhores cumprimentos

Odete Amaral
ESSV

De: Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>

Enviado: 4 de julho de 2022 10:55

Para: Maria Odete Amaral <mamaral@essv.ipv.pt>

Assunto: Re: Autorização de utilização do questionário elaborado em 2019 "Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente"

[Citação ocultada]

Cláudia Fernandes <cmm.fernandes1997@gmail.com>
Para: Maria Odete Amaral <mamaral@essv.ipv.pt>

5 de julho de 2022 às 22:44

Boa noite Sr.ª Professora Maria Odete Amaral.

Agradeço desde já tanto a sua colaboração como a do Enfermeiro Nuno Matos.
Quanto ao pedido de autorização para utilização da escala de CADI foi previamente enviado, obtendo resposta positiva.
Relativamente ao questionário penso que através do relatório final conseguirei reproduzi-lo na íntegra.

Obrigada pela atenção e toda a amabilidade

Melhores cumprimentos, Cláudia Fernandes
[Citação ocultada]

APÊNDICE III – Sessão de educação para a saúde “O que de verdade importa”

Planeamento da Sessão: “O que de verdade importa?”

Tema: Capacitação dos Cuidadores Informais

Grupo-alvo: 10 Cuidadores Informais de utentes internados em ECCI

Local: A definir

Data: A definir

Hora: A definir

Duração: 45 minutos

Objetivos:

1. Que os participantes identifiquem 4 estratégias de *coping* no ato de cuidar.
2. Pelo menos 8 dos 10 participantes por sessão partilhem sentimentos e emoções no ato de cuidar.

	Estratégias			
	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da equipa dinamizadora da sessão (preferencialmente psicóloga e enfermeira). • Apresentação do tema e dos objetivos estabelecidos. 	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Círculo dos afetos da UCC de Estremoz. • 10 cadeiras. 	10 Minutos
Desenvolvimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realização da atividade “Quebra-gelo”. 2. Realização de dinâmica “o que de verdade importa”. 	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Novelo de lã. • Círculo dos afetos da UCC de Estremoz. • 10 cadeiras. • “Talego (és) tória”. • 10 perguntas. 	30 Minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da pertinência da sessão através da partilha de opiniões e conclusões sobre “o que de verdade importa”. • Avaliação dos objetivos propostos. 	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Círculo dos afetos da UCC de Estremoz. 	5 Minutos

Descrição das atividades programadas

“Quebra-gelo – novelo de lã”

1. Todos os participantes em redor do círculo das emoções da UCC de Estremoz;
2. A teia inicia-se pelos elementos dinamizadores da sessão com o novelo de lã, que introduz a atividade e responde às questões propostas:
 - a. Nome;
 - b. Relação com quem cuida;
 - c. Há quanto tempo cuida.
3. O novelo de lã passa por todos os participantes e todos respondem as mesmas questões.
4. A atividade termina quando todos participarem.

“O que de verdade importa?”

1. Todos os participantes em redor do círculo das emoções da UCC de Estremoz;
2. O talego (és) tória contém 10 questões:
 - a. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?
 - b. Se acontecesse alguma coisa à pessoa de quem cuida na sua ausência, como se sentiria?
 - c. No geral, sente-se compreendido pelas pessoas mais próximas de si? Porquê?
 - d. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?
 - e. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquilo que precisa?
 - f. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?
 - g. Sente que não consegue realizar as atividades de que gosta porque tem de cuidar?
 - h. Indique sentimentos menos bons que tenha experienciado no ato de cuidar?
 - i. Sente-se valorizado pela pessoa de quem cuida?
 - j. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?
3. Cada participante segura o talego (és) tória, retira apenas uma questão e responde, partilhando sentimentos e emoções.
4. A atividade termina quando todos os participantes retirarem uma questão do talego (és) tória e responderem.
5. Por fim, é permitido a partilha de sentimentos e emoções pelos participantes caso estes o pretendam.



O QUE DE VERDADE IMPORTA?

GOSTARIA DE PODER TRANSFERIR O TRABALHO QUE TEM COM O SEU FAMILIAR PARA OUTRA PESSOA?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

SE ACONTECESSE ALGUMA COISA À PESSOA DE QUEM CUIDA NA SUA AUSÊNCIA, COMO SE SENTIRIA?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

NO GERAL, SENTE-SE COMPREENDIDO PELAS PESSOAS MAIS PRÓXIMAS DE SI?
PORQUÊ?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

SENTE QUE DEVIDO AO TEMPO QUE PASSA COM O SEU FAMILIAR NÃO DISPÕE DE TEMPO SUFICIENTE PARA SI PRÓPRIO/A?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

SENTE QUE O SEU FAMILIAR LHE PEDE MAIS AJUDA DO QUE AQUILO QUE PRECISA?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

SENTE-SE INCOMODADO/A PELO MODO COMO O SEU FAMILIAR SE COMPORTA?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

SENTE QUE NÃO CONSEGUE REALIZAR AS ATIVIDADES DE QUE GOSTA PORQUE TEM DE CUIDAR?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

INDIQUE SENTIMENTOS MENOS BONS QUE TENHA EXPERIENCIADO NO ATO DE CUIDAR?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

SENTE-SE VALORIZADO PELA PESSOA DE QUEM CUIDA?

O QUE DE VERDADE IMPORTA?

SENTE QUE PERDEU O CONTROLO DA SUA VIDA DESDE QUE O SEU FAMILIAR ADOECIU?

APÊNDICE IV – Sessão de educação para a saúde “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”

Planeamento da Sessão: “Cuidar do outro: Capacidades funcionais”

Tema: Capacitação dos Cuidadores Informais

Grupo-alvo: 12 Cuidadores Informais de utentes internados em ECCI

Local: A definir

Data: A definir

Hora: A definir

Duração: 45 minutos

Objetivos:

1. Respondam corretamente a 3 afirmações do Ckecklist – Higiene e Vestiário;
2. Respondam corretamente a 2 afirmações do Ckecklist – Alimentação;
3. Respondam corretamente a 4 afirmações do Ckecklist – Mobilização;
4. Respondam corretamente a 3 afirmações do Ckecklist – Eliminação.

	Estratégias			
	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da equipa dinamizadora da sessão; • Apresentação do tema e dos objetivos estabelecidos. 	Interativo Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Power point; • Projetor; • Computador; • 12 cadeiras. 	5 Minutos
Desenvolvimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidade funcional: higiene e vestário; 2. Capacidade funcional: alimentação; 3. Capacidade funcional: Mobilização; 4. Capacidade funcional: Eliminação; 	Interativo Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • 12 cadeiras; • Power point; • Projetor; • Computador. 	30 Minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da pertinência da sessão através da partilha de opiniões e conclusões sobre “Dificuldades físicas no ato de cuidar”. • Avaliação dos objetivos propostos através da aplicação das a diferentes Ckecklist oralmente em conjunto com o <u>grupo-alvo</u>. 	Interativo Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • 12 cadeiras; • Power point; • Projetor; • Computador 	10 Minutos

CHECKLIST

Higiene e Vestiário		Respostas	Resolução
1.	Depois do banho, secar bem a pele e aplicar creme hidratante é importante?		V
2.	Deve utilizar-se a mesma manípula para lavar a região genital e as restantes partes do corpo?		F
3.	A higiene da região genital deve acontecer diariamente?		V
4.	As peças de roupa têm de ser adaptadas para diminuir a dificuldade de vestir?		V
5.	A higiene oral deve ser realizada de manhã, depois das refeições e noite?		V

Total de respostas corretas: _____

Alimentação		Respostas	Resolução
1.	Se a refeição for feita no leito a cabeceira tem de estar bem elevada?		V
2.	É importante oferecer líquidos, mesmo que a pessoa não peça?		F
3.	Caso a pessoa apresente tosse quando ingere líquidos devo insistir?		V

Total de respostas corretas: _____

Mobilização		Respostas	Resolução
1.	É importante alterar o posicionamento na cama ou na cadeira de rodas?		V
2.	Devemos levantar a pessoa da cama de forma repentina?		F
3.	Ao rodar para fazer a mobilização do utente, deve rodar os seus pés ao mesmo tempo que o corpo?		V
4.	As almofadas apoiam o corpo nos posicionamentos?		V
5.	Para prevenir UPP é importante manter um bom estado nutricional e cuidados de higiene adequados?		V
6.	Se observar na pele alguma zona avermelhada deve contactar a equipa de saúde?		V

Total de respostas corretas: _____

Eliminação		Respostas	Resolução
1.	A fralda deve ser mudada sempre que tiver suja/molhada?		V
2.	Na prestação de cuidados relacionados com a eliminação, o uso de luvas para proteção é essencial?		V
3.	É importante beber no mínimo 1,5l de água por dia?		F
4.	Deve contactar a equipa de saúde caso a pessoa tenha febre, ou a urina tiver um cheiro intenso?		V

Total de respostas corretas: _____

Capacitação do Cuidador Informal
Aprende a Cuidar de si enquanto aprendes a Cuidar do outro

Elaborado por: Cláudia Fernandes no âmbito do Estágio Final do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Orientação Científica e Pedagógica: Professora Doutora Ermelinda Caldeira
Supervisão Clínica: Enfermeira Inês Palme, Especialista em Enfermagem Comunitária
Colaboração: Equipa Multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Estremoz
Bibliografia: Unidade de Cuidados na Comunidade Estremoz (UCC), Manual do Cuidador – Ao Cuidar de Mim, Guia do CUITRO
Setembro, 2013

A pessoa dependente deve ser dada a oportunidade de participar nas atividades diárias promovendo a sua autonomia individual, integração e realização pessoal.

1

Incentiva a pessoa a auto cuidar-se: a fazer a sua higiene, a vestir-se, a alimentar-se e a andar. Pentear-se, ajudar durante o banho, ajudar a vestir-se e a fazer as transferências são boas maneiras da pessoa se exercitar, manter a função do corpo e da mente, e de ser mais independente.

2

O seu papel enquanto cuidador é essencialmente de suporte, promovendo um ambiente seguro, reforçando a autonomia da pessoa e respeitando as suas escolhas, interesses e preferências.

3

Não substitua a pessoa, dê-lhe tempo para desenvolver as atividades, observe as suas dificuldades e em conjunto tentem ultrapassá-las, recorrendo a estratégias de adaptação.

7

HIGIENE E VESTIÁRIO

A higiene é uma das práticas fundamentais para a saúde e o conforto da pessoa de quem cuidamos.

A participação nos cuidados pessoais é uma forma de exercício e de promoção do bem-estar, da dignidade e da autoestima.

8

HIGIENE E VESTIÁRIO

O cuidador deve fornecer ajuda mínima, estimulando ao máximo a participação da pessoa dependente.

9

HIGIENE E VESTIÁRIO

Procure fazer do banho, seja ele no leito ou na casa de banho, um momento de relaxamento para o cuidador e/ou para a pessoa que está a ser cuidada.

BANHO

10

HIGIENE E VESTIÁRIO

O banho, idealmente deve ser diário, no chuveiro ou na cama. Na impossibilidade de realizar banho total diariamente, opte por lavar o rosto, as mãos e zona genital diariamente.

BANHO

11

HIGIENE E VESTIÁRIO

Antes de começar, prepare todo o material necessário e o ambiente. Na prestação de cuidados de higiene use luvas para proteção (sua e da pessoa dependente).

BANHO

12

HIGIENE E VESTIÁRIO

Se a pessoa tiver dificuldade de equilíbrio, providencie produtos de apoio para que se sente.

Regule ou ajude a regular a temperatura da água.

Ajude-a a entrar no banho e não a deixe sozinha.

Estimule, oriente, supervisione e auxilie. Faça só aquilo que a pessoa não é capaz de fazer sozinha.

Depois do banho, com a pessoa, sentada e em segurança, devese secar bem a pele e aplicar creme hidratante no corpo. Auxilie-a apenas nas regiões que ela não alcança.

BANHO NO CHUVEIRO

13

HIGIENE E VESTIÁRIO

SE NECESSÁRIO, FAÇA ADAPTAÇÕES TÉCNICAS NA CASA DE BANHO::

- Barras de apoio à sanita, lavatório e banheira ou polibã;
- Tapete antiderrapante junto à sanita, banheira/polibã e lavatório;
- Assento fixo na banheira/polibã;

BANHO NO CHUVEIRO

14

HIGIENE E VESTIÁRIO

Utilize duas bacias de cores diferentes e duas manípulos distintas, específicas para cada função. Uma para a região genital e a outra para as restantes partes do corpo.

Comece por lavar a cara. Se for dia de lavar a cabeça mude a água após a lavagem do cabelo.

BANHO NA CAMA

15

HIGIENE E VESTIÁRIO

Para lavar o cabelo, cobrir com um resguardo (ou plástico) uma almofada, ou se disponível, utilizar equipamento próprio (lavador insuflável). Chegar a pessoa para a ponta da cama e apoiar a cabeça nessa almofada, com um balde ou bacia para receber a água. Depois de molhar a cabeça, use champô e molhe novamente até retirar a espuma, seque o cabelo.

BANHO NA CAMA

16

HIGIENE E VESTIÁRIO

Lave braços, axilas, tórax e barriga. Seque bem. Aplicar desodorizante e creme hidratante.

Com outra bacia, lave a região genital. Na mulher é importante lavar a vagina da frente para trás e no homem é importante lavar bem o pênis (guaxe o prepúcio, pele sobre o pénis, para trás, efectue a higiene e volte a posá-lo para a frente). Seque bem.

Tapete a parte superior do corpo com um lençol ou toalha.

BANHO NA CAMA

17

HIGIENE E VESTIÁRIO

Faça o mesmo para a parte inferior do corpo. Coloque os pés numa bacia e lave bem entre os dedos. Seque bem.

Vire a pessoa de lado na cama, para fazer a higiene das costas e da região anal. Seque e aplique creme hidratante.

Aproveite este momento para mudar os lençóis da cama.

Termine de fazer a cama e coloque a pessoa numa posição confortável.

BANHO NA CAMA

18

HIGIENE E VESTIÁRIO

IMPORTANTE

- A higiene da região genital deve acontecer diariamente e após cada eliminação evitando humidade e assaduras.
- Aproveite o banho para vigiar a pele e ver se há alguma alteração na cor e/ou temperatura, inchaço, manchas e/ou feridas. Se tiver dúvidas contacte a equipa de saúde.

BANHO NA CAMA

HIGIENE E VESTIÁRIO

É importante que a pessoa se veja ao espelho. O reflexo da sua imagem transmite-lhe sentido da realidade e promove a autoestima.

Posicione a pessoa perto de um espelho para que este se observe e coloque ao seu alcance a escova ou o pente. Dê-lhe tempo para se arranjar.

PROMOVA A PARTICIPAÇÃO ATIVA!

PENTEAR-SE

19

HIGIENE E VESTIÁRIO

Se a pessoa tiver dificuldade em iniciar a atividade, descreva os objetos e a sua utilidade, e de seguida descreva a tarefa por partes. Exemplifique os movimentos e aguarde que a pessoa faça.

AJUDAS TÉCNICAS PARA PENTEAR:

- Escova/Pente de cabo longo

PENTEAR-SE

20

HIGIENE E VESTIÁRIO

A roupa deverá estar ao alcance em gavetas e prateleiras baixas, de preferência ao nível do tronco.

Se a pessoa não anda, coloque junto dela a roupa por ordem de uso para que se vista mais facilmente.

Orienta a pessoa para que se vista sentada numa cadeira bem apoiada, primeiro a parte de cima e depois a parte de baixo do corpo. Assim, ficará segura, e não se cansará tão depressa.

VESTIR-SE

21

HIGIENE E VESTIÁRIO

Adapte as peças de roupa para que sejam fáceis de vestir: preferir roupa larga, se a pessoa tem dificuldade em desabotoar/abotoar botões substitua-os por velcro; se não consegue apertar o cinto coloque elásticos nas calças; aplique extensores nos fechos.

VESTIR-SE

22

HIGIENE E VESTIÁRIO

Substitua os sapatos de alacadores por outros com fecho de adesivos, com sola de borracha, fechados, bem adaptados ao pé e sem salto.

VESTIR-SE

23

HIGIENE E VESTIÁRIO

A pessoa cuidada deverá realizar a sua higiene oral de manhã, depois das refeições e à noite.

Caso a pessoa seja autónoma e consiga efetuar a sua higiene oral, devemos incentivar-lá a que o faça sozinha, fornecendo apenas o material necessário.

HIGIENE ORAL

24

HIGIENE E VESTIÁRIO

SE A PESSOA QUE ESTÁ A SER CUIDADA NÃO CONSEGUE FAZER A PRÓPRIA HIGIENE ORAL, O CUIDADOR DEVE AJUDÁ-LA DA SEGUINTE MANEIRA:

Colocar a pessoa sentada em frente ao lavatório e de preferência a um espelho para que ela possa visualizar o que estão a fazer (nunca efetue a higiene oral com a pessoa deitada, pois existe risco de sufocar).

HIGIENE ORAL

25

HIGIENE E VESTIÁRIO

Usar escova de dentes macia e sempre que possível usar também um desinfetante oral, sempre sem álcool, pois irá ajudar a limpar algum tipo de resíduo que fique acumulado e que a escova tradicional não consegue remover.

Utilizar o fio dentário, para que se consiga chegar a zonas entre os dentes onde se acumula restos alimentares.

HIGIENE ORAL

26

HIGIENE E VESTIÁRIO

Colocar uma pequena porção de pasta de dentes para evitar que ocorra engasgamento ou para evitar que a pessoa a coma.

Se a pessoa estiver inconsciente passa suavemente nos dentes, gengivas e língua uma compressa embebida em desinfetante oral.

HIGIENE ORAL

27

HIGIENE E VESTIÁRIO

Coloque batom de crieiro ou vaselina nos lábios.

Se a pessoa morder a escova, não tente retirá-la à força, o maxilar acabará por descontrair.

HIGIENE ORAL

28

HIGIENE E VESTIÁRIO

Se a pessoa usar prótese dentária (dentadura), retire-a, escove e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio. Se a pessoa apresentar feridas na boca, tratar ou procurar a causa e colocar a dentadura apenas na hora das refeições.

A prótese dentária é um bem precioso e indispensável para a autoimagem, comunicação e alimentação da pessoa.

HIGIENE ORAL

29

ALIMENTAÇÃO

Uma alimentação saudável, adequada nutricionalmente tem influência no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional e na prevenção e tratamento de doenças e feridas.

ALIMENTAÇÃO

30

ALIMENTAÇÃO

Estimule a pessoa a fazer as suas refeições sozinha (sempre que isso for possível) mesmo que no começo o faça muito lentamente.

O prato, os talheres, o copo ou a chávena, devem estar adaptados para facilitar o seu uso.

CUIDADOS COM AS REFEIÇÕES

31

ALIMENTAÇÃO

Coloque a pessoa com a cabeça bem elevada se a refeição for feita no leito (as almofadas podem ajudar no posicionamento).

Não se esqueça de oferecer líquidos, mesmo que a pessoa não peça. É muito importante manter a hidratação.

CUIDADOS COM AS REFEIÇÕES

32

ALIMENTAÇÃO

No caso de ausência parcial ou total dos dentes, e uso de prótese, deve oferecer carnes, legumes, verduras e frutas bem picadas, desfiadas, raladas, moidas ou batidas no liquidificador de forma a evitar o engasgamento.

Se a pessoa apresentar tosse quando ingere líquidos e/ou alimentos pode ser sinal de engasgamento. Pare de dá-la alimentar e peça ajuda a um profissional de saúde.

CUIDADOS COM AS REFEIÇÕES

33

MOBILIZAÇÃO

Sempre que possível, a pessoa deve ser incentivada a mexer-se, a ser ativa.

No caso de pessoas mais dependentes, é importante alterar o posicionamento na cama ou na cadeira de rodas de 2 em 2h evitando assim o aparecimento de úlceras por pressão (escaras) e outras complicações (infecções respiratórias).

CUIDADOS NO LEVANTE

34

MOBILIZAÇÃO

Verifique se todos os obstáculos e barreiras foram retirados do caminho.

Antes do levantar, sente a pessoa na beira da cama, com os pés apoiados no chão. Verifique se apresenta tonturas.

Dê indicação para onde se vai mobilizar a pessoa para que os movimentos sejam iguais.

CUIDADOS NO LEVANTE

35

MOBILIZAÇÃO

Utilize calçado fechado, preferencialmente com sola de borracha.

Conte até três para que todos se mexam ao mesmo tempo.

Ao rodar para fazer a mobilização do utente, rode os seus pés ao mesmo tempo que o corpo, de modo a prevenir lesões na coluna e joelhos.

CUIDADOS NO LEVANTE

36

<p>CUIDADOS NO LEVANTE</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>Se a pessoa começar a cair não resista à queda. Acompanhe-o suavemente e proteja-se a si e a ela para não se magoar. Proteja a cabeça da pessoa para que não bata no chão.</p>	<p>CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO NA CAMA</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>Se a pessoa for colaborante pedir a sua ajuda.</p> <p>Baixar a cabeceira da cama se possível.</p> <p>Respeitar o alinhamento do corpo.</p> <p>Aproveitar este momento para observar o estado da pele nas zonas de pressão.</p>	<p>CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO NA CAMA</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>Fazer massagem, com creme hidratante, para ativar a circulação e prevenir úlceras por pressão.</p> <p>Utilizar almofadas para apoiar o corpo nos posicionamentos.</p> <p>Proteger as zonas avermelhadas com almofadas, protetores de cotovelos e calcanhares. A pele de carneiro é utilizada nestes casos.</p> <p>Manter lençóis e roupa do corpo bem esticados.</p>
<p>CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO NA CAMA</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>EXEMPLOS DE POSICIONAMENTO NA CAMA:</p> <p>Decúbito dorsal</p> <p>Decúbito lateral</p>	<p>CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO NA CAMA</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>IMPORTANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Existem vários tipos de produtos de apoio, tais como cama articulada, cadeiras de rodas, elevador de cama, andalinho, etc. Não compre antes de pedir conselho à equipa de saúde. A UCC de Estremoz dispõe de um banco de ajudas de apoio, com alguns materiais onde pode solicitar o empréstimo dos mesmos. 	<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>As úlceras por pressão surgem quando as pessoas não se conseguem movimentar e permanecem por longos períodos na mesma posição. Algumas condições de saúde podem também contribuir para o seu aparecimento (doenças, má alimentação, etc.).</p>
<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Manter um bom estado nutricional e cuidados de higiene adequados são fundamentais para prevenir as úlceras por pressão. Manter a pele bem limpa e seca. Aplicar creme hidratante na pele e massajar. 	<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Quando mobilizar a pessoa, deve levantá-la se conseguir evitando arrastá-la na cama (a fricção causa lesões na pele). Mudar a posição da pessoa de 2 em 2h. Manter a roupa da cama e da pessoa bem esticada. 	<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Na posição sentada, ter especial atenção ao peso do corpo sobre as nádegas (alterar o peso do corpo, ora sobre uma nádega, ora sobre outra). Se viver um cadeirão ou sofá reclinável pode alterar as posições do mesmo.
<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Na posição sentada, ter especial atenção ao peso do corpo sobre as nádegas (alterar o peso do corpo, ora sobre uma nádega, ora sobre outra). <p>IMPORTANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se, apesar de todos os cuidados, observar na pele alguma zona avermelhada deverá contactar a equipa de saúde. Existe material de prevenção de úlceras por pressão, não compre sem se aconselhar com a equipa de saúde. 	<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>EXEMPLOS DOS LOCAIS MAIS COMUNS PARA O APARECIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO</p>	<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>EXEMPLOS DOS LOCAIS MAIS COMUNS PARA O APARECIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO</p>
<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Na posição sentada, ter especial atenção ao peso do corpo sobre as nádegas (alterar o peso do corpo, ora sobre uma nádega, ora sobre outra). <p>IMPORTANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se, apesar de todos os cuidados, observar na pele alguma zona avermelhada deverá contactar a equipa de saúde. Existe material de prevenção de úlceras por pressão, não compre sem se aconselhar com a equipa de saúde. 	<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>EXEMPLOS DOS LOCAIS MAIS COMUNS PARA O APARECIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO</p>	<p>ÚLCERAS POR PRESSÃO</p> <p>MOBILIZAÇÃO</p> <p>EXEMPLOS DOS LOCAIS MAIS COMUNS PARA O APARECIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO</p>
<p>ELIMINAÇÃO</p> <p>A eliminação vesical (urina) e intestinal são condições fisiológicas básicas que podem sofrer alterações com a idade, situações de doença, imobilidade da pessoa, entre outras.</p>	<p>FRALDA</p> <p>ELIMINAÇÃO</p> <p>A fralda é um recurso útil para a situação de incontinência. No entanto, a humidade e acidez da urina/fezes revela-se um inimigo para integridade da pele.</p> <p>CUIDADOS A TER:</p> <p>A fralda deve ser mudada sempre que estiver suja/molhada.</p>	<p>FRALDA</p> <p>ELIMINAÇÃO</p> <p>CUIDADOS A TER:</p> <p>Na mudança da fralda, realizar uma higiene parcial da pele, secando bem.</p> <p>O tamanho e ajuste da fralda devem ser adequados à pessoa e tenha atenção aos elásticos, devem ajustar mas não apertar.</p>



FRALDA

ELIMINAÇÃO

CUIDADOS A TER:

Nas alterações do trânsito intestinal, é importante manter uma rotina de treino. Ter especial atenção com a ingestão de água e uma dieta rica em fibras, bem como incentivar a mobilidade.

Na prestação de cuidados relacionados com a eliminação, use luvas para proteção (sua e da pessoa cuidada).




ÁLGALIA CATETER URINÁRIO

ELIMINAÇÃO

O cateter urinário necessita de cuidados por parte da pessoa ou do seu cuidador de forma a manter o seu bom funcionamento e evitar infeções.

CUIDADOS A TER:

Lave as mãos antes de mexer na algália.



FRALDA

ELIMINAÇÃO

CUIDADOS A TER:

Limpe a pele à volta da algália com água e sabão pelo menos uma vez por dia para evitar a acumulação de secreções.

Mantenha o saco coletor sempre abaixo do nível da cama, (abaixo do nível da bexiga) e não deixe que fique muito cheio, para evitar que a urina retorne para dentro da bexiga.

52

53

54



FRALDA

ELIMINAÇÃO

CUIDADOS A TER:

Não deixe que a algália ou o tubo do saco coletor se dobre.

A algália não precisa de nenhum tipo de fixação externa, porque tem um balão interno (na bexiga) que a impede de sair do lugar, tenha cuidado para não a puxar, porque irá ferir a uretra e provocar traumatismo.

55



FRALDA

ELIMINAÇÃO

IMPORTANTE

CONTACTAR A EQUIPA DE SAÚDE NAS SEGUINTES SITUAÇÕES:

Beber no mínimo 1,5 L de água por dia.

Se a pessoa tiver febre ou a urina tiver um cheiro intenso for espessa ou turva.

Se apresentar inflamação na uretra ou na saída da algália.

56



FRALDA

ELIMINAÇÃO

CONTACTAR A EQUIPA DE SAÚDE NAS SEGUINTES SITUAÇÕES:

Quando não urinar ou a quantidade de urina diminuir muito apesar de ter bebido muitos líquidos.

Se perder urina em grande quantidade por fora da algália.

Se apresentar urina com sugestivos vestígios de sangue.

57



Obrigada pela sua atenção

58



Capacitação do Cuidador Informal

Aprende a Cuidar de ti enquanto aprendes a Cuidar do outro

59

APÊNDICE V – Flyer informativo

Centro de Bem Estar Social de [redacted]
Contacto: 268 339 380

Centro Social Paroquial de Santo André
Contacto: 962 003 102

Centro Social de Santo António dos [redacted]
Contacto: 268 840 364

Centro Social Paroquial de [redacted]
Contacto: 268 919 246

Residência de S. Nuno de S. Maria - Combatentes
Contacto: 268 334 204

Recolhimento de Nossa Srª. dos Mártires
Contacto: 268 322 372

Santa Casa da Misericórdia de [redacted]
Contacto: 268 333 838

Santa Casa da Misericórdia de [redacted]
Contacto: 268 959 338

Santa Casa da Misericórdia de [redacted]
Contacto: 268 249 720

Solar do Poço Coberto Casa de Repouso, Lda
Contacto: 268 339 310

Contatos Úteis

Bombeiros Voluntários
268 337 360

Câmara Municipal de [redacted]
268 339 200

Guarda Nacional Republicana de [redacted]
268 322 804

Polícia de Segurança Pública - Esquadra de [redacted]
268 039 160

Segurança Social - Serviço Local de [redacted]
300 502 520

SAAS - Câmara Municipal de [redacted]
268 334 523

Ministério Público de [redacted]
268 339 740

Autor:
Enfermeira Cláudia Fernandes
Assistente Social Mónica Rosinha

CUIDADOR INFORMAL

**APOIOS SOCIAIS
RECURSOS DA COMUNIDADE
NO CONCELHO DE [redacted]**

Existem vários serviços, apoios e benefícios sociais disponíveis que o podem ajudar a si e à pessoa de quem cuida.
Não se sinta intimidado pelas pessoas que estão em posição de lhe dar apoio e aconselhamento, esse é o seu trabalho.

Serviços, Apoios e Benefícios Sociais

Atestado Médico de Incapacidade Múltiplos (AMIM)

O Atestado Médico de Incapacidade Múltiplos é um documento que comprova que a pessoa tem uma incapacidade (física ou outra) e através do qual é determinado o grau de incapacidade da pessoa ou seja a percentagem de incapacidade. Para requerer o AMIM deve dirigir-se à sua unidade de Saúde (UCSP ou USF).

Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS)

Serviço que assegura o Atendimento e Acompanhamento Social de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e exclusão social, bem como de emergência social, sendo realizado pelo Município de Estremoz.

Reembolso de Fraldas

Para obter este reembolso, necessita de ter AMIM, bem como isenção de taxas moderadoras por insuficiência económica, devendo dirigir-se à sua Unidade de Saúde (UCSP ou USF) para o requerer.

Banco de produtos de apoio de Estremoz (BPAE)

O BPAE empresta de forma gratuita produtos de apoio tais como camas articuladas, cadeiras de rodas, bancos de apoio para banho, entre outros, mediante prescrição de um profissional de saúde e disponibilidade em armazém, devendo para tal contactar a sua Unidade de Saúde (UCSP e USF).

Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) da Segurança Social

Este é um serviço que fornece financiamento para aquisição dos produtos de apoio, pelo que deve dirigir-se à Assistente Social da Segurança Social do concelho de Estremoz.

Complemento por Dependência

É uma prestação mensal em dinheiro dada aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam de apoio de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida diária. O pedido deverá ser realizado junto da segurança social.

Abem

Projeto "Abem" abrange todos aqueles que estando doentes, não têm dinheiro para comprar os medicamentos comparticipados e prescritos de que precisam. Para mais informações deverá dirigir-se aos serviços de desenvolvimento social da câmara que é a entidade promotora.

Cartão Municipal 65+

O "Cartão Municipal 65 +", é um apoio social que visa dignificar e contribuir para melhorar as condições de vida dos pensionistas do concelho de Estremoz. Para requerer deve dirija-se aos serviços de desenvolvimento social da câmara Municipal.

Regime Jurídico de Maior Acompanhado

Permite a qualquer pessoa que, por razões de saúde, deficiência ou pelo seu comportamento se encontre impossibilitada de exercer os seus direitos e de cumprir os seus deveres. Deve requerer junto do Tribunal (Ministério Público) as medidas de acompanhamento necessárias.

Estatuto do Cuidador Informal (ECI)

O ECI foi aprovado pela Lei nº 100/2019 de 6 de setembro e Decreto Regulamentar 1/2022 de 10 de janeiro com o objetivo de regular os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, instituindo as respetivas medidas de apoio. Para requerer o ECI deverá fazê-lo junto da Segurança Social.

Recursos da Comunidade

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)

Centro de Dia

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Associação de Amigos da 3ª Idade de [redacted]
Contacto: 268 919 119

APÊNDICE VI – Guião de curta-metragem – Isolamento Social “Não se deixe para depois! Você é prioridade”

Curta-metragem – Isolamento Social “Não se deixe para depois! Você é prioridade!”

A dona “Manuela” vai à UCC buscar uma receita para o senhor Joaquim, nisto encontra uma amiga de longa data, a “Joana”.

MANUELA – Joana, faz um tempo que eu não te via...

JOANA- É verdade amiga, como tens passado?

MANUELA – Eu estou mais ou menos, vim aqui falar com as enfermeiras sobre o meu Joaquim... e tu, como tens passado?

JOANA- Eu estou bem. Mas o que se passa com o Joaquim?

MANUELA – O Joaquim não está nada bem... Neste momento precisa do meu apoio para conseguir fazer tudo, tenho de lhe dar banho, fazer a barba, ajudar a ir à casa de banho, todas essas coisas que tu estás a imaginar... tenho de estar sempre em casa para o auxiliar.

JOANA – Não sabia que o Joaquim estava nessa condição... Com tudo isso, como é que tu te sentes?

MANUELA – Nem sei bem o que te dizer... Além de não ter tempo nenhum para mim nem para fazer as minhas coisinhas, cada vez que saí de casa é sempre de fugida... Tu sabes que sempre fomos um casal muito unido, e tenho receio que ele sinta a minha falta.

JOANA – Mas não pode ser Manuela, tens de ter tempo para cuidar de ti...

MANUELA – Eu sei disso... e sabes? As minhas filhas estão cansadas de me dizer que tenho de sair de casa, fazer as coisas que habitualmente fazia. Mas então... Eu não me sinto bem em deixar o Joaquim sozinho em casa e sair assim sem mais nem menos.

JOANA – Então e as tuas filhas? Não podem ficar um pouco a cuidar do pai?

MANUELA – Podem!! Aliás, elas já me disseram muitas vezes, para sair descansada que ficam a cuidar dele. Mas, sabes como eu sou!... Eu não gosto de incomodar, elas têm a vida delas, não me sinto bem em estar a pedir e além disso eu é que sei cuidar dele.

JOANA – Pronto... Mas escuta lá uma coisa... Tu estás pálida, mais magra a olhos vistos, com cara de cansada... Precisas mesmo de cuidar de ti... Para cuidares do Joaquim, tens de estar bem...

MANUELA – Ai Joana... Toda gente me tem avisado e dito o mesmo.... Vê lá que até a minha irmã já me tentou influenciar a ir com ela para a universidade sénior.

JOANA – Olha, isso era uma excelente ideia. Sabes? Eu também faço parte da Universidade Sénior. As aulas são todos os dias da semana sobre diversas matérias. Mas tu, em vez de ires a todas as aulas podes escolher as que mais gostas e conciliar com o horário das tuas filhas.

MANUELA – Eu acho isso tudo muito bem... Mas... A verdade é não me sinto preparada para o deixar em casa sozinho ou com as minhas filhas, porque digamos que é meu dever cuidar dele.

JOANA – Entendo o que estás a sentir... Lembras-te do tempo que tive de cuidar da minha mãe? Eu sentia-me como tu... achava que não tinha tempo para mim, para estar com outras pessoas nem sequer fazer as minhas coisas como sempre fiz. Mas sabes? Falei com a equipa da UCC que acompanhava a minha mãe, que deve ser a mesma que acompanha o Joaquim. Elas ajudaram-me a entender que precisava ver a realidade de uma maneira diferente... Na altura falei com as enfermeiras, com a assistente social e com a psicóloga da equipa, todas juntas ensinaram-me a superar os meus receios e a conseguir encarar aquela fase da minha vida de maneira diferente. Basicamente, sugeriram que eu dedicasse mais tempo e atenção a mim mesma, para que pudesse envolver-me socialmente e participar em atividades fora de casa. Elas explicaram-me que cuidar de mim e interagir socialmente, eram essenciais para manter a minha vida equilibrada. Priorizar isso, fez-me ver os benefícios para a minha saúde física e mental, além de fortalecer os meus relacionamentos, com os amigos, com a família e até com o meu marido.

Foi toda a ajuda disponibilizada que me salvou de ficar doente fisicamente e mentalmente.

Não te esqueças... Em todo este processo nunca estarás sozinha.

Manuela começa a chorar. Joana abraça-a e valida os seus pensamentos.

MANUELA – Obrigada por este tempinho Joana, fizeste-me entender, que não estou tão bem quanto pensava. Vou falar com a equipa, obrigada!

**PARA CONSEGUIR CUIDAR DO OUTRO, PRECISA DE CUIDAR DE SI.
NUNCA ESTARÁ SOZINHO, PODE CONTAR COM A EQUIPA DA UCC DE
ESTREMOZ, SEMPRE DO SEU LADO.**

APÊNDICE VII – Estudo “Cuidadores informais: Principais necessidades/ dificuldades no ato de cuidar”

CUIDADORES INFORMAIS: PRINCIPAIS NECESSIDADES/DIFICULDADES NO ATO DE CUIDAR

Cláudia Maria Machado Fernandes

(Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)

cmm.fernandes1997@gmail.com

Resumo: Face à exuberância do papel que desempenham os cuidadores informais, surgem diversos desafios e necessidades, uma vez que cuidar de uma pessoa dependente exige múltiplas tarefas e cuidados especiais em diferentes campos. Quando o suporte é insuficiente e as suas necessidades não são supridas, existe uma sobrecarga nos cuidadores informais, tornando-os indivíduos com necessidade de cuidados de saúde. Foi desenvolvido um estudo descritivo não experimental, que visa identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelo cuidador informal no ato de cuidar, cujos dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário realizado a 13 cuidadores informais do município de Estremoz, Évora. A análise estatística dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 27. Os resultados permitiram verificar que as principais necessidades/dificuldades dos cuidadores informais são o risco de capacidade comprometida para cuidar, no que diz respeito às exigências de ordem física, risco de isolamento social, risco de *coping* comprometido face à prestação de cuidados, défice de conhecimento/falta de apoio social, problemas relacionais, problemas financeiros e falta de apoio familiar. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem um papel imprescindível na capacitação de grupos e comunidades, onde estão inseridos os cuidadores informais. A identificação das principais necessidades/dificuldades permitirá uma atuação adequada obtendo ganhos efetivos em saúde.

Descritores: *Enfermagem comunitária e de Saúde Pública; Cuidadores Informais; Necessidades; Dificuldades.*