



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da
saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais**

Fernanda Daniela Moura Silva

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da
saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais**

Fernanda Daniela Moura Silva



Orientadora: Professora Doutora Andreia Cátia Jorge Silva da
Costa



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.

“Sozinhos, pouco podemos fazer; juntos, podemos fazer muito”

Helen Keller (1980)

AGRADECIMENTOS

Chego à meta final deste percurso de aprendizagem e evolução pessoal, consciente e grata pelo importante papel que várias pessoas desempenharam, possibilitando a superação de cada obstáculo que nele foi surgindo.

À Professora Andreia Costa a quem muito agradeço toda a sua disponibilidade, colaboração, incentivo e orientação no crescimento deste projeto, dando resposta a todas as situações primordiais.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados P, em especial à Equipa de Cuidados de Enfermagem Domiciliários, o meu muito obrigada pela fantástica integração e colaboração na implementação deste projeto.

Aos meus colegas de trabalho um obrigado pelo encorajamento e disponibilidade de horário.

À Enfermeira Carlota Sousa o meu profundo agradecimento.

Agradeço sobretudo à minha família pela compreensão quanto à minha ausência neste período, demonstrando sem exceção o seu apoio e carinho em todos os momentos. Em particular ao meu namorado que esteve sempre presente e foi o meu pilar de apoio.

O meu muito obrigado a todos, a minha conquista neste percurso deve-se ao vosso apoio.

SIGLAS E ABREVIATURAS (ordem alfabética)

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

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

AVD's - Atividades da Vida Diária

AIVD's – Atividades Instrumentais da Vida Diária

CIFE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EpS - Educação para a Saúde

MPS - Modelo de Promoção de Saúde

% - Percentagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: Portugal apresenta um envelhecimento demográfico. O envelhecimento provoca alterações nas capacidades individuais podendo levar a situações de dependência e necessidade de um cuidador. O cuidador informal tem um papel fundamental. A *scoping review* realizada evidencia a necessidade de conhecer as suas necessidades de apoio. O Enfermeiro tem conhecimento para identificar as necessidades individuais/comunidade, planear e desenvolver intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Objetivo: Contribuir para o aumento do conhecimento dos cuidadores informais no âmbito da lei de apoio e apoios disponíveis.

Metodologia: Procedeu-se à implementação da metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), realizou-se o diagnóstico de situação, integrando 10 cuidadores informais, e priorizou-se os problemas identificados. Foi adotado o modelo teórico de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons (2015), planeadas e implementadas estratégias de Educação para a Saúde e *Marketing* em Saúde.

Resultados: Na amostra de cuidadores informais, 90% não conhecem a lei de apoio e 70% não conhece os apoios disponíveis. Elaborou-se o diagnóstico de enfermagem “Conhecimento sobre a lei do apoio e apoios disponíveis comprometido nos cuidadores informais da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) P”, realizaram-se as intervenções adequadas e a sua avaliação.

Conclusão: A implementação deste projeto permitiu adquirir competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Grau de Mestre. Embora a intervenção comunitária realizada tenha sido breve, não permitindo realizar a avaliação de conhecimentos, foi avaliada positivamente pelos cuidadores informais. Considero ter contribuído para a sua capacitação.

Palavras-chave: cuidador informal; literacia em saúde; enfermagem; promoção da saúde.

ABSTRAT

Introduction: Portugal has an aging population. Aging causes changes in individual abilities, which can lead to situations of dependency and the need for a caregiver. The informal caregiver has a fundamental role. The scoping review carried out highlights the need to know your support needs. Nurses have the knowledge to identify individual/community needs, plan and develop interventions (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Objective: Contribute to the increase of knowledge of informal caregivers under the law of support and available support.

Methodology: The Health Planning methodology was implemented (Imperatori & Giraldes, 1993), a situation diagnosis was carried out, integrating 10 informal caregivers, and the identified problems were prioritized. The theoretical model of Health Promotion by Pender, Murdaugh & Parsons (2015) was adopted, and Health Education and Health Marketing strategies were planned and implemented.

Results: In the sample of informal caregivers, 90% do not know the support law and 70% do not know the available support. The nursing diagnosis "Knowledge about the law of support and available support compromised in informal caregivers of the Personalized Health Care Unit (UCSP) P" was carried out, and the appropriate interventions and their evaluation were carried out.

Conclusion: The implementation of this project allowed the acquisition of skills inherent to the Specialist Nurse in Community Nursing and Master's Degree. Although the community intervention performed was brief, not allowing for the assessment of knowledge, it was positively evaluated by informal caregivers. I believe I have contributed to their empowerment.

Keywords: informal caregiver; health literacy; infirmary; health promotion.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 13 |
| 1.1. Cuidador Informal e pessoa dependente | 13 |
| 1.2. Apoio aos cuidadores informais..... | 16 |
| 2. PROMOÇÃO DA SAÚDE | 18 |
| 2.1. Educação para a saúde | 19 |
| 2.2. Literacia em saúde | 20 |
| 2.3. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender | 21 |
| 3. PLANEAMENTO EM SAÚDE | 23 |
| 3.1. Procedimentos éticos e deontológicos..... | 23 |
| 3.2. Diagnóstico de situação | 24 |
| 3.2.1. Contexto..... | 25 |
| 3.2.2. População/amostra | 26 |
| 3.2.3. Instrumentos de colheita de dados | 26 |
| 3.2.4. Análise dos Dados e Principais Resultados..... | 29 |
| 3.2.5. Problemas de saúde identificados | 33 |
| 3.3. Definição de prioridades | 34 |
| 3.3.1. Diagnóstico de Enfermagem..... | 35 |
| 3.4. Fixação de objetivos | 36 |
| 3.5. Seleção de estratégias..... | 37 |
| 3.6. Planeamento operacional..... | 39 |
| 3.7. Avaliação | 41 |
| 4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO | 44 |
| 4.1. Enfermagem comunitária em contexto de pandemia | 48 |
| CONCLUSÃO | 49 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |

ANEXOS

Anexo I – Parecer Favorável da Comissão de ética da ARSLVT

Anexo II - Questionário HLS-EU-PT

Anexo III – Questionário OMS-5

Anexo IV – Escala de sobrecarga do cuidador

Anexo V – Escala de Lawton e Brody

Anexo VI – Índice de Barthel

APÊNDICES

Apêndice I – *Scoping review* e *prisma flow diagram*

Apêndice II – Tabela de extração de dados

Apêndice III – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Adaptado)

Apêndice IV – Cronograma

Apêndice V – Consentimento informado do participante

Apêndice VI – Consentimento informado da pessoa cuidada

Apêndice VII – Questionário sociodemográfico

Apêndice VIII – Escala da magnitude do problema

Apêndice IX – Método de Hanlon (adaptado) para priorização dos problemas identificados

Apêndice X– Tabela de atividades desenvolvidas

Apêndice XI – Cartaz rede social

Apêndice XII – Informação Boletim

Apêndice XIII – Folheto de apoio ao cuidador

Apêndice XIV – Livro do cuidador

Apêndice XV – Questionário de satisfação

Apêndice XVI – Poster Apoio ao cuidador

Anexo XVII – Aceitação, poster desenvolvido e certificado Congresso “Literacia e autocuidado: evidências que projetam a prática clínica”

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica do grupo de cuidadores informais

Tabela 2 - Caracterização do grupo de pessoas cuidadas

Tabela 3 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o tempo enquanto cuidador informal, tempo de prestação de cuidados, sobrecarga, bem-estar e auto-avaliação de saúde

Tabela 4 - Caracterização dos cuidadores informais em relação ao nível de literacia em saúde

Tabela 5 - Conhecimento dos cuidadores informais relativamente à lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador informal

Tabela 6 - Indicadores de atividade e resultado do objetivo específico 1

Tabela 7 - Indicadores de atividade e resultado do objetivo específico 2

INTRODUÇÃO

A longevidade é o legado do século XX (Centro Internacional de Longevidade Brasil [CIL-Brasil], 2015). Na Europa em 2018, 19,7% da população tinha 65 anos ou mais, estima-se que em 2050 atingirá 28,5% da população total (Statistical Office of the European Union, 2019). Contexto semelhante ao da população portuguesa que mantém o envelhecimento demográfico, consequência da baixa natalidade, aumento da longevidade e saldos migratórios negativos. Em 2019, 22,1% da população residente tinha 65 anos ou mais. E verificou-se um crescimento do índice de envelhecimento (141,3 para 163,2) e do índice de dependência (53 para 55,6), no período de 2014 a 2019 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

O envelhecimento individual é um processo contínuo, considera-se que tem início por volta dos 60 anos (World Health Organization [WHO], 2002). É um conjunto de mudanças que vai ocorrendo na pessoa ao longo do ciclo de vida, sob influência do processo fisiológico, psicológico, sociológico e espiritual de cada um (Pender Murdaugh & Parsons, 2015). É acompanhado de alterações nas funções cognitivas e físicas, podendo motivar situações de dependência em relação aos outros, obrigando à presença de um cuidador formal, informal ou à institucionalização da pessoa dependente (Sequeira, 2018a). Não obstante, a dependência ser mais definitiva e permanente nesta etapa da vida, pode estar presente em todas as suas etapas, nomeadamente na infância, juventude e idade adulta (Loureiro, Barata, Bonifácio, Ferreira, Cardoso & Cardoso, 2007).

Na Europa a grande maioria dos cuidados de longa duração são prestados por cuidadores informais (80%) (Hoffmann & Rodrigues, 2010). No entanto, simultaneamente têm ocorrido alterações na estrutura e papéis das famílias, reduzindo as pessoas disponíveis para cuidar dos idosos (WHO, 2002). Cuidar de um familiar implica dedicar horas diariamente, vários anos, levando a elevados custos financeiros, de saúde e emocionais (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). É essencial o treino de cuidadores garantindo que quem cuida de idosos tem acesso à informação e à formação básica. Assim como, apoio a todos os cuidadores de membros da família (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012).

O envelhecimento e as situações de dependência provocam um crescimento na procura de pensões, cuidados de saúde e cuidados de longa duração que correm o risco de se tornarem financeiramente insustentáveis, criando grandes desafios aos vários setores da sociedade. Nomeadamente, a promoção de um envelhecimento

ativo, a promoção da saúde e prevenção da doença, a sustentabilidade do sistema nacional de saúde e segurança social, o reconhecimento do papel da família no apoio à pessoa que envelhece e o apoio ao cuidador informal (CIL-Brasil, 2015).

Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde (PNS) assenta no pressuposto que os ganhos em saúde advêm da conciliação entre as necessidades de saúde e os serviços, assim como, entre os recursos e resultados. Propõe um modelo baseado em 4 eixos (cidadania, acesso, qualidade e políticas saudáveis). No âmbito da cidadania destaca a “promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo a que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015, p.14). Neste seguimento o Plano Local do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Norte objetiva melhorar o estado de saúde da população através da utilização eficaz dos recursos disponíveis (Elias, Romana, Mota & Ribeiro, 2018).

O enfermeiro é o profissional na posição mais favorável para contribuir para a promoção da saúde da pessoa nas várias etapas da sua vida. A sua formação vai ao encontro da abordagem do cuidar da pessoa inserida no seu contexto, cultura e comunidade. Apresenta quatro características imprescindíveis para integrar as estratégias de promoção da saúde nomeadamente: a perspetiva do indivíduo; a perspetiva do *empowerment*; o conhecimento sobre as políticas sociais e de saúde implementadas e a orientação comunitária (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

A promoção da saúde na comunidade pressupõe o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos avançados congruentes com as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária (EEEC). O EEEC tem competências para trabalhar em parceria com a pessoa/comunidade de forma a identificar as características e necessidades de saúde, criar parcerias com os recursos disponíveis, promover o aumento do conhecimento dos cuidadores informais no âmbito da lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador informal, criar projetos de intervenção adequados e contínuos promovendo a capacidade dos cuidadores informais no controlo sobre a sua saúde e daqueles que dele dependem.

Com base nestes fundamentos e no âmbito do Estágio integrado no 11º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, foi implementado o projeto de intervenção comunitária que alicerça a realização do presente relatório. O projeto designado “Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais” foi desenvolvido na Unidade de Cuidados de Saúde

Personalizados (UCSP) P (assim indicada neste trabalho para manter o anonimato e cumprir questões éticas), de 30 de Novembro de 2020 a 15 de Abril de 2021. Sustentado no modelo teórico de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons (2015) visando promover o conhecimento dos cuidadores informais no âmbito da lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador informal.

Inicialmente foi realizada uma *scoping review* (Apêndice I) que evidencia a necessidade de mais estudos para identificar e avaliar as necessidades individuais de apoio aos cuidadores informais (Chen, Hedrick & Young, 2010; Courtin, Jemai & Mossialos, 2014; Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen, 2012). O tema foi abordado com os peritos e profissionais da UCSP P, que demonstraram desde logo disponibilidade e interesse, validando a sua importância e a inexistência de intervenções estruturadas prévias.

O enfermeiro tem o dever de conhecer as necessidades da comunidade, orientando-a na procura de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar nos programas que respondam às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Neste sentido, o projeto foi desenvolvido com base na metodologia do Planeamento em Saúde, de Imperatori & Giraldes (1993). Primeiramente foi elaborado o diagnóstico de situação com a aplicação dos questionários a 10 cuidadores informais. Procedeu-se à priorização dos problemas identificados, sendo posteriormente elaborado o diagnóstico de enfermagem. Foram definidos os objetivos e as melhores estratégias para os atingir, nomeadamente Educação para a Saúde (EpS) e *Marketing* em Saúde. Após a sua implementação foi efetuada a avaliação de forma a perceber se os objetivos planeados foram atingidos e possíveis alterações para melhorar os resultados.

Este relatório encontra-se estruturado em 6 partes. Inicia com uma contextualização das problemáticas abordadas, de seguida abordam-se os conceitos e sua importância. Identifica-se o referencial teórico que alicerça o presente trabalho, abordando de seguida a metodologia do projeto, percorrendo todas as etapas do planeamento em saúde. Segue-se uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas e aprimoradas na realização do projeto de intervenção fundamentais ao EEEC e na obtenção de grau de mestre, abordando também o seu papel em contexto de pandemia. Termina com uma breve conclusão, referências bibliográficas, anexos e apêndices pertinentes.

O presente relatório foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição e do novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A esperança média de vida tem vindo a aumentar. Entre 2017 e 2019, a esperança média de vida à nascença encontrava-se em 77,95 anos para os homens e em 83,51 anos para as mulheres (INE, 2020). O que evidencia a melhoria da condição de saúde em Portugal mas por outro lado leva ao aumento de pessoas com doenças crónicas, incapacidade e a uma escassez de cuidados de longa duração (Ministério da Saúde, 2018).

A 6 de Junho de 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) composta por unidades de internamento, ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias. Assumindo que as intervenções devem ter em consideração os diferentes grupos de pessoas dependentes, as circunstâncias, o momento e evolução da doença, a situação social, assim como, facilitar a autonomia e participação da população alvo de cuidados e promover as capacidades e competências dos cuidadores. Privilegiando os cuidados domiciliários (Decreto-Lei n.º 101/2006). Em 2015, a Entidade Reguladora da Saúde, considerando todas as unidades de internamento, concluiu que o número de camas é insuficiente face às metas estabelecidas e que 93% da população tem baixo acesso, referindo que a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) é uma das regiões que regista rácios mais baixos de médicos e enfermeiros por habitante.

A família e amigos continuam a desempenhar o suporte social essencial para a sociabilidade, conforto e segurança dos idosos, reforçando a importância do sistema informal (Cunha, Pereira & Loureiro, 2019). Os países do Sul da Europa são os que apresentam maior prestação de cuidados informais por membros do mesmo agregado familiar no domicílio, sendo Portugal o que apresenta maior taxa a nível europeu (12,4%) e menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários (10,8 %) (Barbosa & Matos, 2014). O que evidencia a importância do cuidador informal.

1.1. Cuidador Informal e pessoa dependente

O maior estudo da Europa sobre envelhecimento refere que, em 2018, apenas 9% dos idosos portugueses eram saudáveis a nível físico e cognitivo e não apresentavam nenhuma doença crónica (DO-HEALTH, 2018). O que associado às alterações que decorrem do envelhecimento pode antecipar e acelerar as situações de dependência em relação aos outros, levando a pessoa a necessitar de ajuda

parcial ou total para desempenhar as atividades de vida diárias (AVD's) (Sequeira, 2018a).

Estima-se que existam entre 230 mil a 240 mil pessoas cuidadas em situação de dependência (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019). Considerando-se pessoa em situação de dependência a que:

por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Decreto-Lei n.º 101/2006, artigo 3º, p. 3857).

A prestação de cuidados à pessoa dependente pode estar relacionada com orientação, vigilância, ajuda, apoio ou mesmo substituição (Sequeira, 2018c). Os cuidadores informais necessitam de formação para cuidar dos seus familiares (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau & Sampaio, 2020). Neste sentido, o cuidador informal tem que adquirir e desenvolver competências, de informação, mestria e suporte. A informação que diz respeito a saber aprender, adquirir e desenvolver conhecimento, incluindo o conhecimento sobre as respostas formais existentes. A mestria que visa o desenvolvimento de capacidades na prestação de cuidados e o suporte que foca o desenvolvimento pessoal (Sequeira, 2018c).

Ao cuidar da pessoa com dependência, o cuidador informal dedica o seu tempo quase exclusivamente à prestação de cuidados, abandonando as suas tarefas habituais e a sua própria vida profissional e social (Luzardo, Gorini & Silva, 2006). O seu papel é fundamental ao dar resposta a necessidades de saúde e sociais. Tornando-se imprescindível investir na recolha e monitorização de dados, avaliando as suas necessidades para criar apoios e políticas adequadas (Courtin, Jemai & Mossialos, 2014).

Devem ser garantidas um conjunto de medidas de apoio, ao cuidador informal, promotoras da sua saúde física, mental e social e qualidade de vida, o que tem estado presente enquanto preocupação crescente da sociedade. Nomeadamente a nível da sua capacitação, da conciliação das suas obrigações da vida profissional e o acompanhamento familiar (Proposta de Lei n.º 186/XIII, 2019). É indispensável para manter uma sociedade coesa e solidária o reconhecimento social, cultural e político do ato de cuidar (Teixeira et al., 2017). Em 2019 foi aprovado o Estatuto de Cuidador Informal, considerando cuidador informal principal

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 (Lei n.º 100/2019, artigo 2º, p.9).

A mesma lei estabelece ainda as medidas de apoio a serem implementadas através de projetos-piloto em alguns concelhos nacionais, criando um programa de enquadramento e acompanhamento, atribuição de um subsídio e definição de um plano de apoio ao cuidador pelos agrupamentos de centros de saúde. Numa articulação entre os serviços de solidariedade social e da saúde face às necessidades da pessoa cuidada e do cuidador informal.

A nível nacional os estudos são consensuais no que se refere aos cuidadores informais, na sua maioria são mulheres com mais de 50 anos, que têm essencialmente o primeiro ciclo de habilitações literárias, casadas ou em união de facto, a cuidar dos seus progenitores ou cônjuge, mais de metade não desenvolve nenhuma atividade profissional. As pessoas cuidadas são essencialmente mulheres numa faixa etária superior a 80 anos (Abreu & Ramos, 2007; Afonso, Tomás, Brandão & Ribeiro, 2019; Alves et al., 2015; Araújo, Lage, Cabrita & Teixeira, 2016; Araújo, Paul & Martins, 2009; Gemito, 2015; Pocinho, Belo, Melo, Navarro-pardo, Fernández & Muñoz, 2017). Que residem na habitação do cuidador (80,3%) (Gemito, 2015).

Neste enquadramento, é importante capacitar o cuidador informal para desenvolver o seu papel, não assumindo o papel do profissional de saúde, mas enquanto parceiro na prestação de cuidados. Os programas de capacitação do cuidador informal podem permitir a melhoria dos cuidados por ele prestados e reduzir os efeitos negativos que decorrem do cuidar do outro (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau & Sampaio, 2020). Pelo que, ao cuidar do cuidador, o Enfermeiro está a garantir que são prestados os cuidados necessários à pessoa dependente (Ferré-Grau & Sequeira, 2020).

1.2. Apoio aos cuidadores informais

O cuidador informal presta cuidados diários e permanentes precisando de apoio nesta tarefa, de acordo com a situação da pessoa dependente, a evolução da doença e as circunstâncias sociais (Proposta de Lei n.º 186/XIII, 2019). Considera-se apoio ao cuidador informal a assistência (informativa, emocional e concreta) recebida de um indivíduo, grupo ou instituição que ajuda o indivíduo a lidar com um evento da sua vida (Lechner, 1993).

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, do tipo *Scoping Review*, segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for Scoping Review* (JBI,2015), utilizando a estratégia da Mnemónica PCC - (P) participantes, (C) conceito e (C) contexto. Definiu-se como participantes os cuidadores informais, com mais de 18 anos, como conceito os tipos de apoio e o contexto os cuidados prestados no domicílio/comunidade. Com base na questão de investigação: Quais são os tipos de apoios disponíveis para os cuidadores informais?

Desenvolveu-se uma tabela para realizar a extração dos resultados com base no objetivo e na questão de investigação. Foram incluídos os seguintes campos de extração: autor / ano; tipo de estudo/ participantes; objetivos do estudo; conceito de cuidador/ conceito de apoio; tipos de apoios; caracterização dos cuidadores e pessoa cuidada; instrumentos de colheita de dados; análise dos resultados e conclusões (Apêndice II).

A informação obtida nos estudos realizados é considerada importante para os profissionais da comunidade, ao permitir perceber as necessidades dos prestadores de cuidados informais, assim como, elaborar programas e políticas adequadas. Sendo por isso necessário realizar mais estudos e criar sistemas de identificação e avaliação das suas necessidades (Chen, Hedrick & Young, 2010; Courtin, Jemai & Mossialos, 2014).

Verificou-se uma discrepância dos tipos de apoio disponíveis em cada país havendo países que não têm qualquer tipo de apoio. Os mais comuns são o repouso do cuidador informal e o apoio financeiro (Courtin, Jemai & Mossialos, 2014). Os principais tipos de apoios disponíveis aos cuidadores informais identificados foram o apoio de amigos e familiares, da instituição de trabalho e instituições da comunidade (Lechner, 1993); repouso do cuidador, comunicação com outros cuidadores informais e informação prestada pelos profissionais de saúde (Koopmanschap, Exel, Bosc, Berg & Brouwer, 2004); aconselhamento e educação (Chen, Hedrick & Young,

2010); apoio psicossocial e apoio a tecnologia da informação e comunicação (Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen, 2012); o apoio financeiro, o aconselhamento, a formação e o treinamento (Courtin, Jemai & Mossialos, 2014). No entanto, os cuidadores referem preferir o apoio integrado, adaptado às suas necessidades individuais, sociais, físicas e psicológicas (Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen, 2012), devido à relação custo-efetividade (Koopmanschap, Exel, Bosc, Berg & Brouwer, 2004).

Os apoios identificados podem ser agrupados essencialmente em dois tipos o repouso do cuidador informal que visa o seu descanso, assumindo por um período de tempo os cuidados da pessoa dependente e o apoio psicossocial e educacional fortalecendo a capacidade do cuidador informal no seu papel de cuidar do outro (Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen, 2012).

Os cuidadores informais que recebem apoio emocional e ajuda para a prestação dos cuidados são os que referem menos mudanças negativas na sua vida (Lechner, 1993) estando associado a uma diminuição na sobrecarga subjetiva (Chen, Hedrick & Young, 2010). A sobrecarga do cuidador informal é o aspeto mais associado à procura de apoio para repouso (Koopmanschap, Exel, Bosc, Berg & Brouwer, 2004). Sendo os cuidadores informais na sua maioria mulheres é imprescindível que os apoios permitam conciliar o trabalho com a vida familiar (Lechner, 1993). A principal causa da não procura de apoio é a incapacidade financeira (Chen, Hedrick & Young, 2010).

A nível nacional os cuidadores informais referem receber apoio social, de centros de dia, bombeiros e em relação à saúde salientam a enfermagem domiciliária (Alves et al., 2015; Gemito, 2015). Relativamente às principais alterações/dificuldades quotidianas sentidas foram nas atividades de descanso e lazer (8,28%), na organização do dia-a-dia (7,82%), económicas (7,43%) e os apoios institucionais pedidos não terem sido satisfeitos por falta de vagas (34,7%) (Gemito, 2015).

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde representa uma preocupação inerente à evolução da humanidade verificando-se um grande investimento na promoção da saúde. É considerada a mais importante meta social, é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental” (Organização Mundial de Saúde & Organização das Nações Unidas [OMS&ONU], 1979, p.2). Neste âmbito, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas e a mudança dos estilos de vida têm representado um importante desafio aos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2018).

Desde a Conferência de Alma-Ata, com o reconhecimento do direito e dever dos indivíduos de participarem no planejamento e prestação dos seus cuidados de saúde, assim como, a necessidade de terem consciência da sua importância e conhecimento para os poder exercer, a promoção da saúde tem sido uma preocupação constante (OMS&ONU, 1979).

A promoção da saúde diz respeito ao “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (WHOa, 1998, p.1). Tem como objetivos que as pessoas se mantenham saudáveis ao longo do seu ciclo de vida, otimizem a saúde se existir doença crônica ou deficiência e gerem ambientes saudáveis. Estes objetivos concretizam-se através de estratégias que englobem o contexto das famílias e comunidades e os ambientes que frequentam (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). A abordagem deve ser transversal aos vários setores da sociedade, capacitando os indivíduos e comunidades, criando ambientes favoráveis e desenvolvendo aptidões individuais (educação para a saúde) (Almeida, 2005).

O EEEEC tem um importante contributo nesta meta de alcançar o máximo potencial de saúde da pessoa, ao identificar a situação de saúde e recursos do indivíduo, família e/ou comunidade, ao criar e aproveitar as oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, ao promover o potencial de saúde da pessoa adaptada à sua etapa ao longo do seu ciclo de vida e ao fornecer informação (promoção da literacia) capaz de gerar aprendizagem e competência (OE,2012).

2.1. Educação para a saúde

As políticas de saúde devem valorizar as estratégias de EpS (DGS, 2015). Consideram-se ações de EpS as “oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem, envolvendo uma forma de comunicação projetada para melhorar a alfabetização em saúde, incluindo o aprimoramento do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para a vida que conduzem à saúde individual e comunitária” (WHOa,1998, p.4).

A EpS tem como principal propósito as atitudes e os comportamentos de saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Deve ser desenvolvida numa abordagem holística do indivíduo tendo em consideração o meio envolvente, envolvendo a equipa e os parceiros na comunidade (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). É importante que o indivíduo abandone o seu papel de objeto e alvo de todas as ações de educação para a saúde, tornando-se ativo num novo desafio para a saúde no qual todos são parte ativa deste processo (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

Neste sentido, a declaração de Astana, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), preconiza “promover a educação para a saúde e trabalhar para dar resposta às expectativas de indivíduos e comunidades quanto a informações confiáveis sobre saúde” (World Health Organization & United Nations Children's Fund [WHO & UNICEF], 2018, p. 10). Reforça a responsabilidade dos profissionais de saúde na orientação da pessoa para que adquira conhecimentos, habilidades e recursos necessários à manutenção da sua saúde e daqueles de quem cuida.

O EEEC tem um contributo primordial na EpS, uma vez que, a informação que fornece visa capacitar os indivíduos de forma a atingirem níveis ótimos de saúde, prevenir, identificar e tratar precocemente problemas de saúde e minimizar a incapacidade (Stanhope & Lancaster, 2011). A sua intervenção próxima ao indivíduo/comunidade permite a realização de ações de EpS efetivas, pertinentes e posteriormente a sua validação.

2.2. Literacia em saúde

Promover a literacia em saúde é uma prioridade para a saúde do século XXI, sendo fundamental capacitar as pessoas no sentido de gerirem a sua saúde e mobilizarem-se nos serviços de saúde (Galvão & Castro, 2021). A literacia em saúde “implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde” (WHO, 2013, p.4).

A população portuguesa apresenta um valor médio de 38,1% de pessoas com nível problemático de literacia em saúde e 10,9% com nível inadequado. Apresentando um grupo vulnerável (60% das pessoas), as pessoas com 65 anos ou mais, com baixa escolaridade, baixo rendimento, com doenças crónicas, que se sentem limitados por doença crónica, com uma autoperceção de saúde má e que frequentaram 6 ou mais vezes os cuidados de saúde primários no último ano (Espanha, Ávila & Mendes, 2016). A evidência sugere que os indivíduos com baixa literacia em saúde têm menor probabilidade de: perceber a informação escrita e oral fornecida pelos profissionais de saúde; serem capazes de aceder aos serviços necessários no sistema de saúde; realizar os procedimentos que necessitam; e seguir as indicações que lhe são prescritas (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Neste sentido, em 2016, foi criado o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, considerando como prioridade promover a saúde, de forma a preparar e apoiar os prestadores informais em cuidados domiciliários, fortalecendo o papel do cidadão no Sistema Nacional de Saúde (SNS) através da informação, conhecimento e decisão informada (Despacho n.º 3618-A/2016). Foi ainda implementado o Plano de Ação para a Literacia em Saúde visando a otimização da literacia em saúde da população. Reforçando a necessidade de uma melhoria contínua, de forma consciente e sustentável do nível de literacia em saúde. Sendo um dos objetivos promover o conhecimento e a investigação avaliando os níveis de literacia e capacitando grupos específicos (DGS, 2018).

Cada vez mais as pessoas e comunidades procuram informação e interagem com os profissionais de saúde, pelo que o enfermeiro deve ir ao encontro da participação ativa da pessoa e comunidade no processo de aprendizagem e estabelecimento de objetivos (Almeida et al., 2019). O EEEEC tem um papel de educador e promotor da saúde. A sua intervenção é fundamental pela proximidade e conhecimento das características individuais e das comunidades.

2.3. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Têm surgido vários modelos que visam a melhoria dos cuidados prestados (Galvão & Gomes, 2021), este projeto é alicerçado no modelo teórico que considero ir ao encontro da promoção da saúde numa abordagem transversal ao ciclo de vida.

O Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Pender, Murdaugh & Parsons (2015), integra a perspectiva da enfermagem e das ciências comportamentais e os quatro conceitos que constituem o meta paradigma de Enfermagem, a saúde, o ambiente, a pessoa e a enfermagem. Apresenta de forma ampla os fatores que intervêm na modificação dos comportamentos pessoais, nas suas atitudes e motivações em relação a ações de promoção da saúde (Galvão & Gomes, 2021). Pretende que a ação esteja associada à competência pessoal. Propõe uma descrição da natureza multidimensional da pessoa e sua interação com o ambiente, numa perspectiva de enfermagem holística (Pender, Murdaugh & Parsons 2015).

Os três componentes que sustentam o MPS (Apêndice III), responsáveis por comportamentos promotores da saúde e conseqüente capacitação para a literacia em saúde (Galvão & Gomes, 2021), são as características e experiências individuais, o conhecimento e sentimento associado a um determinado comportamento e o resultado do comportamento (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

As características e experiências individuais, associadas ao facto de cada pessoa ter uma história de vida única, são muito relevantes pois as experiências anteriores irão afetar as suas ações futuras. Compreende o comportamento anterior, considerado neste projeto a falta de conhecimento sobre a lei de apoio, os apoios ao cuidador informal, a inadequada capacidade de acesso e procura de informação visando a sua mudança. Compreende ainda os fatores pessoais, que podem ser de natureza biológica (idade, sexo, diminuição da capacidade física e cognitiva), psicológica (autoperceção da saúde má, elevada sobrecarga) e socioeconómica (baixa escolaridade, baixo rendimento mensal, baixa interação social, fraca condição habitacional, baixa literacia em saúde), essenciais para explicar ou prever um comportamento.

O conhecimento que a pessoa tem e o sentimento associado a esse comportamento têm um grande significado motivacional. Estas variáveis podem ser alteradas através de intervenções. Engloba o benefício para a ação que diz respeito à representação mental positiva conseqüência desse comportamento, levando ao

seu reforço. Foram considerados como benefícios melhorar o seu conhecimento sobre a lei e os apoios ao cuidador informal, melhorar a sua literacia em saúde e melhorar a sua capacidade de cuidar do familiar.

Engloba também as barreiras à ação enquanto perceções negativas associadas a um determinado comportamento que levam ao seu evitamento, o cuidador informal tem uma perceção de pior qualidade dos cuidados prestados por terceiros.

Inclui ainda a conceção que a pessoa tem da sua auto-eficácia, ou seja, a auto-avaliação da sua capacidade de planear e executar determinada ação influencia a sua motivação. Neste sentido considerou-se a capacidade de aprendizagem e a capacidade de cuidar percecionada pelo próprio.

E por fim o sentimento subjetivo associado a cada comportamento, que ocorre antes, durante e após a ação. O sentimento pode ser positivo o que leva ao reforço do comportamento ou negativo promovendo o seu evitamento. O cuidador informal sente que ninguém cuida do seu familiar como o próprio.

Também as influências interpessoais (opinião dos familiares e normas sociais, nomeadamente o que é esperado enquanto cuidador informal e enquanto conjugue/filha/filho) e influências situacionais (situação pandémica que obriga a distanciamento social) podem afetar positiva ou negativamente um comportamento, são critérios importantes a ter em conta no desenvolvimento de estratégias de aquisição e manutenção de comportamentos promotores da saúde.

O compromisso com plano de ação (aquisição de conhecimentos no âmbito da lei e apoios ao cuidador informal) é resultado da junção das variáveis relativas ao conhecimento da pessoa e o sentimento associado a um determinado comportamento. É o impulso para a ação comportamental. No entanto é influenciado pelas exigências imediatas (conhecer a lei de apoio e apoios ao cuidador informal) e preferências concorrentes imediatas (permitir cuidar do familiar em casa), ou seja, os comportamentos que a pessoa prefere em alternativa ao comportamento de saúde.

O resultado final é o comportamento de promoção da saúde, a ação propriamente dita com resultado positivo para a saúde da pessoa, melhor capacidade funcional e melhor qualidade de vida. Neste contexto, foi considerado o aumento do conhecimento sobre a lei e os apoios ao cuidador informal e melhor capacidade no acesso e na procura da informação, e por conseguinte a capacitação para a literacia em saúde.

3. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Regulamento de Competências Específicas do EEEEC prevê que este seja capaz de estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde (Regulamento n.º 428/2018).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) o planeamento em saúde, alicerce deste projeto de intervenção comunitária, é um processo de intervenção sobre a realidade visando a sua mudança, de forma a melhorar o futuro. É contínuo e dinâmico, permitindo intervenções eficientes na área da saúde, fundamentado no conhecimento das suas etapas, possibilita voltar às etapas anteriores se necessário obtendo mais informação que podem levar à sua reformulação (Tavares, 1990).

As principais etapas deste processo são: (1) diagnóstico da situação; (2) definição de prioridades; (3) fixação de objetivos; (4) seleção de estratégias; (5) elaboração de programas e projetos; (6) preparação da execução; (7) execução e (8) avaliação (Imperatori & Giraldes, 1990). Para um melhor planeamento das etapas enunciadas no período correspondente ao estágio foi elaborado um cronograma (Apêndice IV).

Para realizar este projeto foram necessários recursos humanos, nomeadamente, a mestrande, a professora Andreia Costa e a EEEEC, quanto aos custos financeiros inerentes à sua realização foram unicamente da responsabilidade da mestrande.

Serão abordadas de seguida as questões éticas inerentes à deontologia profissional e à investigação, para de seguida proceder à implementação do projeto descrevendo os procedimentos realizados em cada etapa do processo de planeamento em saúde.

3.1. Procedimentos éticos e deontológicos

Os enfermeiros representam uma comunidade profissional e científica com grande importância. A investigação tem orientado o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos, assim como, potenciado a afirmação e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde. Em 1998, foi publicada a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) e respetivo Estatuto que integra a deontologia profissional. Os atos e intervenções do enfermeiro são fundamentados nas normas

deontológicas, que estão alicerçadas no quadro jurídico e no respeito pelos valores e princípios éticos (Decreto-Lei n.º 104/1998).

“A investigação é, (...), um ato público ao serviço da comunidade e das pessoas” (Chaves, Sequeira, Duarte & Gonçalves, 2020). Ao ser aplicada a seres humanos tem que respeitar cinco princípios fundamentais: a autodeterminação, a intimidade, o anonimato e confidencialidade, protecção contra o desconforto e o prejuízo e tratamento justo e leal (Fortin, 1999). Os procedimentos realizados, descritos a seguir, tiveram por base estes princípios e os princípios ético-legais e deontológicos da prática de Enfermagem.

Foram redigidos pedidos de autorização para a aprovação do projeto, aos Senhores Diretores e Coordenadores de todas as instituições, unidades e serviços implicados, assim como, enviados os pedidos de autorização para utilização dos instrumentos de colheita de dados.

Numa fase seguinte foram elaborados dois consentimentos informados, um para o participante (cuidador informal) e outro para a pessoa cuidada, baseados na Convenção sobre direitos do homem e a biomedicina de Oviedo (1997) e declaração de Helsínquia (2008) (Apêndices V e VI).

Posteriormente foram englobados todas as autorizações e documentos pertinentes, num protocolo de investigação incluindo a informação necessária relativamente ao projeto a desenvolver, solicitando autorização à Comissão de Ética de Saúde da ARSLVT para a sua implementação, que emitiu parecer favorável (Anexo I).

3.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é o ponto de partida, só posteriormente à sua definição é que podemos iniciar a atuação (Imperatori & Giraldes, 1993). Para realizar o diagnóstico de situação é imprescindível ter conhecimento de dois conceitos essenciais:

- ✓ Problema de saúde que “corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo utente, profissional de saúde ou pelo grupo em que se insere” (Tavares, 1990, p. 51).
- ✓ E necessidade de saúde que “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado” (Tavares, 1990, p. 51).

Nesta primeira etapa começamos por identificar os problemas e de seguida determinam-se as necessidades. Deve ser um procedimento rápido permitindo uma ação em tempo útil e ao mesmo tempo detalhado de forma que as medidas de solução sejam pertinentes (Imperatori & Giraldes, 1993). Serão de seguida abordados os procedimentos metodológicos implementados, iniciando com a caracterização do contexto em que foi implementado, definição da população e amostra, descrição dos instrumentos de recolha de dados e apresentação dos resultados do diagnóstico.

3.2.1. Contexto

O projeto decorreu na UCSP P de um ACeS da região de Lisboa e Vale do Tejo. No decurso do Estágio passou a designar-se Unidade de Saúde Familiar (USF) P sendo uma USF modelo A, no entanto no presente projeto manteve-se a designação UCSP, correspondente ao início do projeto.

Na área metropolitana de Lisboa ocorreu um aumento de 20,4% para 22,1% do grupo etário acima dos 65 anos, entre 2014 e 2019 (INE, 2020). A área geográfica de abrangência da UCSP P corresponde a uma área de 5,34 km², representando 6% da cidade de Lisboa, sendo uma das freguesias mais populosas. Apresenta um índice de envelhecimento de 185,8 (INE, 2011).

A equipa multidisciplinar da UCSP P é composta por 2 médicos de família, 8 enfermeiros, 5 secretárias clínicas, 2 internos e 7 outros profissionais. Os utentes inscritos na UCSP P são 2140, destes 597 não têm médico de família, 30 por opção. A opção por esta unidade para realizar o projeto de intervenção prendeu-se com a proximidade geográfica e com o facto de 28,4% (609 utentes) do total de utentes se encontrarem na faixa etária igual ou superior a 65 anos, assim como, um índice de dependência elevado (77,89%), sendo 27,27% nos jovens e 50.62% nos idosos (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2021).

Conforme fundamentado anteriormente, o envelhecimento demográfico propícia o aparecimento de doenças crónicas, aumento da dependência, escassez de cuidados de longa duração, aumento da necessidade de cuidadores informais e dos apoios aos cuidadores informais de acordo com as suas necessidades.

3.2.2. População/amostra

A população é o conjunto “de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 1999, p.202). Sendo a população alvo a população submetida a um estudo, satisfaz os critérios de seleção definidos inicialmente pelo investigador. Raramente esta população é acessível na sua totalidade. A amostra é um subconjunto dessa população, deve reproduzir em menor escala a população alvo e ser representativa da mesma, apresentando as mesmas características (Fortin, 1999).

Para a elaboração do diagnóstico de situação do presente projeto considerando os conceitos apresentados anteriormente, definiu-se:

- ✓ População: cuidadores informais inscritos na UCSP P
- ✓ População alvo: cuidadores informais inscritos na UCSP P que cumpram os seguintes critérios (1) prestam cuidados a pessoas dependentes; (2) com idade igual ou superior a 18 anos; (3) acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários de enfermagem.
- ✓ Amostra: Na UCSP P no âmbito dos cuidados domiciliários são acompanhados 25 utentes, 2 encontram-se institucionalizados, 10 têm cuidador formal e 13 têm cuidador informal. Todos os cuidadores informais que cumpriam os critérios de inclusão foram solicitados para participarem, dos quais, 10 consentiram participar.

3.2.3. Instrumentos de colheita de dados

O diagnóstico de situação foi elaborado com recurso a instrumentos de recolha de dados essencial para avaliar as necessidades, para conhecer a situação e iniciar a intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). A recolha de dados foi realizada no período compreendido entre 17 e 29 de Janeiro de 2021.

Os questionários e escalas apresentados a seguir foram preenchidos durante a entrevista na presença dos cuidadores ou telefonicamente de acordo com a disponibilidade e preferência do cuidador. De acordo com Fortin (1999), as entrevistas por telefone apresentam como vantagens ser mais económicas, ser mais eficaz quando os participantes têm mais idade, dificuldade de leitura e escrita. No contexto atual de pandemia têm ainda a vantagem de evitar o contacto presencial, motivos pelos quais foi privilegiada a segunda opção.

Partindo da questão de investigação levantada e de forma a perceber o nível de conhecimento que a amostra apresentava no âmbito da lei e apoios aos cuidadores informais, não existindo instrumentos disponíveis, procedeu-se à construção de um questionário (Apêndice VII). A primeira parte relativa à caracterização sociodemográfica, nomeadamente dados relativos à idade, nacionalidade, naturalidade, sexo, tipo de habitação, com quem vive, idade da pessoa cuidada, tempo que é cuidador e tempo de prestação cuidados diário. A segunda parte com 4 questões específicas relativamente às necessidades e apoios comunitários disponíveis que decorrem da *scoping review*, direcionadas para o conhecimento sobre os apoios, conhecimento sobre a lei, se tem apoio e se precisa de apoio. Por estar integrado num projeto alargado, para uma melhor caracterização e enquanto informação relevante para o desempenho do papel do cuidador informal constam ainda questões relativas aos recursos, direitos e deveres.

Foi aplicado o questionário Europeu de Literacia para a Saúde (Anexo II), na versão portuguesa Autorizada (HLS-EU-PT), validada por Espanha (2015), que permite avaliar o nível de literacia em saúde, para desta forma adequar a intervenção contribuindo para a capacitação do cuidador informal. O questionário é constituído por 47 questões, relativas a três domínios da saúde (16 questões no âmbito dos cuidados de saúde, 16 questões no âmbito da promoção da saúde e 15 questões no âmbito da prevenção da doença) e quatro níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação e utilização – essenciais à tomada de decisão. É uma escala variável entre 0 e 50. A partir dos quatro índices foram definidos pontos de corte de acordo com o score obtido, diferenciando quatro níveis de literacia em saúde: “excelente” (42-50), “suficiente” (33-42) “problemático” (25-33) e “inadequado” (inferior a 25) (Pedro, Amaral & Escoval, 2016). Permitem retratar a situação da comunidade relativamente à literacia em saúde e identificar grupos vulneráveis (Espanha, Ávila & Mendes, 2016).

Com frequência os idosos apresentam manifestações depressivas que são evidenciadas através de autoverbalizações negativas relacionadas com o próprio, os outros, o mundo e a velhice (Sequeira, 2018a). Pelo que foi utilizado o Índice de Bem-estar da OMS (Anexo III), cuja utilização não necessita de autorização, avalia a perceção do participante em relação ao seu bem-estar nas duas semanas prévias ao seu preenchimento, a pontuação varia entre 0 a 25, sendo que uma pontuação inferior a 13 revela um fraco bem-estar (WHO, 1998).

Ao desempenhar o papel de cuidador informal por um longo período de tempo, o cuidador pode desenvolver sobrecarga. Estudar a sobrecarga do cuidador informal é uma prioridade de saúde pública (Sequeira, 2010). Foi utilizada a escala de sobrecarga do cuidador (escala de Zarit) que permite avaliar as repercussões negativas associadas ao cuidar. A sua validação para a população portuguesa foi efetuada por Sequeira (2010) (Anexo IV), é constituída por 22 itens pontuados pelo cuidador através de “nunca-1”, “quase nunca-2”, “às vezes-3”, “muitas vezes-4” e “quase sempre-5”. Considerando o score obtido, o cuidador apresenta ausência de sobrecarga (inferior a 46), sobrecarga moderada (46 a 56) ou sobrecarga intensa (superior a 56) (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau & Sampaio, 2020).

Relativamente à caracterização da pessoa cuidada, por ser uma amostra de idosos que como fundamentado anteriormente têm maior probabilidade de apresentar altos níveis de dependência, é essencial o recurso a instrumentos de medida relativamente às AVD's e atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), para um diagnóstico rigoroso (Sequeirab, 2018). Assim, foi aplicada a escala Lawton e Brody (Anexo V) e o Índice de Barthel (Anexo VI), validados para a população portuguesa por Araújo (2007).

A escala de Lawton e Brody avalia a capacidade de desempenhar as AIVD's, num total de 8 questões sobre a capacidade de usar o telefone, fazer compras, preparar comida, cuidar da casa, lavar a roupa, os meios de transportes, ser responsável pela sua medicação e tratar dos seus assuntos económicos. Foi usada esta versão por ter pontuação policotómica, permitindo em contexto comunitário realizar uma melhor discriminação da pessoa em relação à realização das AIVD's. A pontuação varia entre 0 e 23 pontos, os valores mais baixos indicam maior dependência e os valores mais elevados indicam menor dependência AIVD's (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007). Uma vez que, no estudo se efetuou a comparabilidade dos valores de score mediante as intervenções que foram implementadas, não apresenta pontes de corte para categorizar os níveis de dependência.

O Índice de Barthel avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, comer, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, deambular, controlo de esfíncteres e uso dos sanitários. Os níveis de dependência variam de acordo com o score, podendo ser classificada como total dependência (0-8),

dependência grave (9-12), dependência moderada (13-19) ou independência total (20) (Martins, 2004, como citado em Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Ao acompanhar as Enfermeiras da UCSP P para prestação de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados domiciliários, as oportunidades foram dedicadas à interação com os cuidadores informais, de forma a dar a conhecer o projeto que estava a desenvolver, a importância de participar e poder celebrar compromisso voluntário da sua participação, através da leitura e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido. Para posteriormente poder proceder ao preenchimento dos instrumentos de colheita de dados. De salientar a importante participação da equipa de enfermagem de cuidados domiciliários, para uma melhor identificação e atualização dos cuidadores informais acompanhados possibilitando a recolha de dados no período definido.

3.2.4. Análise dos Dados e Principais Resultados

Os dados recolhidos foram introduzidos nos *softwares* aplicativos “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 25 da IBM e “*Microsoft Excel*” para efetuar uma análise estatística descritiva de cada variável que compõe o estudo. Com o objetivo de obter “um retrato global da amostra” (Fortin, 1999, p.276).

Para a análise apresentada a seguir foram considerados os dados que representam maior relevância na caracterização da amostra e consequente identificação de problemas/necessidades.

A amostra apresenta idades compreendidas entre os 58 anos (mínima) e os 87 anos (máxima), sendo a moda 84 anos e a média de idades de 76,7 anos. Na amostra, 50% dos cuidadores informais encontra-se na faixa etária dos 80 aos 90 anos e 70% são do sexo feminino (Tabela 1).

Todos os cuidadores informais são de nacionalidade portuguesa, maioritariamente nascidos em Lisboa (60%), vivem só com a pessoa cuidada (70%) e maioritariamente esposa a cuidar do marido (40%). Em relação à escolaridade 50% dos cuidadores informais tem o ensino básico 3º ciclo. O rendimento mensal de 70% dos cuidadores informais situa-se entre 501 a 1000 euros, sendo que 50% vivem em casa alugada.

Relativamente à pessoa cuidada, a frequência é igual em termos de sexo. Quanto à idade 60% tem entre 80 e 90 anos sendo a média de idades de 87 anos e a moda 89 anos. Em relação à sua dependência 60% apresenta total dependência

nas AVD's. Quanto às AIVD's, todas as pessoas cuidadas apresentam altos níveis de dependência, sendo que o valor máximo obtido foi de 9 pontos numa escala de 0 a 23. Importa referir ainda que 40% apresentam a pontuação mínima (0 pontos) e 30% uma pontuação de 1 ponto (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica do grupo de cuidadores informais

| | | n | % |
|---------------------------|----------------------------|----------|----------|
| Sexo | Mulheres | 7 | 70% |
| | Homens | 3 | 30% |
| Idade | 50 - 60 anos | 1 | 10% |
| | 61 - 70 anos | 2 | 20% |
| | 71 - 80 anos | 2 | 20% |
| | 81 - 90 anos | 5 | 50% |
| Com quem vive | Vive só com quem cuida | 7 | 70% |
| | Vive com outros familiares | 3 | 30% |
| Grau de parentesco | Marido | 2 | 20% |
| | Esposa | 4 | 40% |
| | Filhos | 2 | 20% |
| | Outros | 2 | 20% |
| Escolaridade | 1º ciclo ensino básico | 1 | 10% |
| | 2º ciclo ensino básico | 2 | 20% |
| | 3º ciclo ensino básico | 5 | 50% |
| | Licenciatura | 2 | 20% |
| Rendimento mensal | Menor ou igual a 500€ | 1 | 10% |
| | De 501€ a 1000€ | 7 | 70% |
| | De 1001€ a 1500€ | 2 | 20% |

Os cuidadores informais da amostra consideram que prestam cuidados entre 17 a 24 horas por dia, sendo que 60% são cuidadores informais há menos de 4 anos. Relativamente à sobrecarga, 60% dos cuidadores informais apresenta uma sobrecarga intensa, 40% apresenta um fraco bem-estar e 30% considera que tem uma saúde má (Tabela 3).

Tabela 2 – Caracterização do grupo de pessoas cuidadas

| | | n | % |
|---|----------------------|---|-----|
| Sexo | Mulheres | 5 | 50% |
| | Homens | 5 | 50% |
| Idade | 70 -80 anos | 2 | 20% |
| | 81 – 90 anos | 5 | 50% |
| | 91-100 anos | 3 | 30% |
| Dependência nas atividades instrumentais | Score 0 | 4 | 40% |
| | Score 1 | 3 | 30% |
| | Score 5 | 1 | 10% |
| | Score 7 | 1 | 10% |
| | Score 9 | 1 | 10% |
| Dependência nas AVD's | Total dependência | 6 | 60% |
| | Dependência grave | 1 | 10% |
| | Dependência moderada | 3 | 30% |
| | Independência total | 0 | 0% |

Tabela 3- Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o tempo enquanto cuidador informal, tempo de prestação de cuidados, sobrecarga, bem-estar e auto-avaliação de saúde

| | | n | % |
|---|------------------------|---|-----|
| Anos enquanto cuidador informal | 0-2 anos | 3 | 30% |
| | 3-4 anos | 3 | 30% |
| | 5-6 anos | 1 | 10% |
| | 7-8 anos | 2 | 20% |
| | 9-10 anos | 1 | 10% |
| Horas de prestação de cuidados/dia | 0-8 horas | 3 | 30% |
| | 9-16 horas | 1 | 10% |
| | 17-24 horas | 6 | 60% |
| Sobrecarga | Ausência de sobrecarga | 2 | 20% |
| | Sobrecarga moderada | 2 | 20% |
| | Sobrecarga intensa | 6 | 60% |
| Bem-estar (OMS -5) | Fraco bem-estar | 4 | 40% |
| | Bem-estar | 6 | 60% |
| Auto-avaliação da saúde | Muito Boa | 2 | 20% |
| | Boa | 1 | 10% |
| | Razoável | 4 | 40% |
| | Má | 3 | 30% |

Na amostra, 60% dos cuidadores informais referem ter doenças prolongadas (com início à mais de 6 meses), enquanto 80% referem ter doenças crônicas, quanto às limitações por elas causadas 60 % referem sofrer de alguma limitação sendo que 20% consideram que lhes causa uma limitação severa.

Relativamente ao uso do computador e internet, 60% dos cuidadores informais considera que as suas competências nesta atividade são muito fracas, recorrendo a familiares quando necessitam de alguma informação ou atividade nesta área.

Quanto ao nível de literacia para a saúde (Tabela 4), 60% dos cuidadores informais apresenta um Índice Geral de literacia para a saúde problemático. Relativamente a cada um dos três domínios da saúde, na amostra de cuidadores informais, 80% apresenta um nível problemático no âmbito dos cuidados de saúde, 30% no âmbito na promoção da saúde e 40% no âmbito na prevenção da doença.

Tabela 4 – Caracterização dos cuidadores informais em relação ao nível de literacia em saúde

| | | n | % |
|----------------------------------|------------------------|---|-----|
| Índice Geral de literacia | Literacia excelente | 0 | 0% |
| | Literacia suficiente | 3 | 30% |
| | Literacia problemática | 6 | 60% |
| | Literacia inadequada | 1 | 10% |
| Promoção da saúde | Literacia excelente | 0 | 0% |
| | Literacia suficiente | 5 | 50% |
| | Literacia problemática | 3 | 30% |
| | Literacia inadequada | 2 | 20% |
| Prevenção da doença | Literacia excelente | 1 | 10% |
| | Literacia suficiente | 4 | 40% |
| | Literacia problemática | 4 | 40% |
| | Literacia inadequada | 1 | 10% |
| Cuidados de saúde | Literacia excelente | 0 | 0% |
| | Literacia suficiente | 1 | 10% |
| | Literacia problemático | 8 | 80% |
| | Literacia inadequada | 1 | 10% |

Os cuidadores informais apresentam baixo conhecimento sobre a lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador informal (Tabela 5), sendo que 90% não conhece a lei de apoio, enquanto 70% não conhece os apoios disponíveis. Os que têm conhecimento referem ter tido conhecimento através dos profissionais de saúde e

pela televisão. Na amostra 50% dos cuidadores informais têm algum tipo de apoio, destes 75% tem apoio do Centro Social Paroquial, no âmbito do apoio à higiene diária da pessoa cuidada. Quando questionados se precisam de apoio, 50% dos cuidadores informais considera precisar de apoio em diferentes áreas nomeadamente, cuidados continuados, enfermagem, fisioterapia, higiene diária e para sair.

Tabela 5 – Conhecimento dos cuidadores informais relativamente á lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador informal

| | | n | % |
|--|---------------|---|-----|
| Conhece a lei de apoio ao cuidador informal | Sim | 1 | 10% |
| | Não | 9 | 90% |
| Conhece os apoios ao cuidador informal | Sim | 3 | 30% |
| | Não | 7 | 70% |
| Usufrui de algum apoio | Sim | 4 | 40% |
| | Não | 5 | 50% |
| | Não Respondeu | 1 | 10% |
| Precisa de algum apoio | Sim | 5 | 50% |
| | Não | 4 | 40% |
| | Não respondeu | 1 | 10% |

Os dados obtidos e apresentados neste capítulo são congruentes com os dados a nível nacional evidenciados na literatura e referidos anteriormente.

3.2.5. Problemas de saúde identificados

A etapa final do diagnóstico consiste na identificação dos grandes problemas de saúde (Imperatoti & Giraldes, 1993). Neste sentido, após a apresentação dos dados e de acordo com a sua análise foi possível enunciar os seguintes problemas:

- ✓ 60% dos cuidadores informais apresenta uma sobrecarga severa
- ✓ 40% dos cuidadores informais apresenta um fraco bem estar
- ✓ 70% dos cuidadores informais não conhece os apoios ao cuidador informal
- ✓ 90% dos cuidadores informais não conhecem a lei de apoio ao cuidador informal
- ✓ 50% dos cuidadores informais referem precisar de apoio

- ✓ 60% dos cuidadores informais tem um índice geral de literacia para a saúde problemático
- ✓ 80% dos cuidadores informais tem um índice de literacia para a saúde no domínio dos cuidados de saúde problemático
- ✓ 40% dos cuidadores informais tem um índice de literacia para a saúde no domínio da prevenção de doenças problemático
- ✓ 50% dos cuidadores informais tem um índice de literacia para a saúde no domínio da promoção da saúde problemático
- ✓ 30% dos cuidadores informais consideram que a sua saúde é má

3.3. Definição de prioridades

A etapa da priorização é de extrema importância, uma vez que, é necessário uma boa gestão dos escassos recursos de forma a responder às necessidades da comunidade (Melo, 2020). É um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Neste sentido foi realizada uma reunião com a Enfermeira Perita da UCSP P, conhecedora da população e dos critérios aplicados, para a seleção do método de priorização mais indicado e posteriormente definição dos critérios de ponderação. Utilizou-se o método de HANLON, uma vez que, é considerado adequado para a hierarquização de uma listagem de problemas de saúde com base em dados quantitativos (Rodrigues, 2021). Assim como permite a eliminação do problema quando não é exequível intervir (Tavares, 1990).

Este método utiliza uma fórmula de cálculo do valor de prioridade tendo em consideração quatro pontos, a **magnitude** do problema (**A**), a **gravidade** do problema (**B**), a **eficácia** da solução (**C**) e a **exequibilidade** do projeto ou intervenção (**D**). Relativamente à magnitude, foi atribuída classificação com recurso a uma escala numérica de 0 a 10, adaptada à amostra, considerando a percentagem de cuidadores informais afetados pelo problema (Apêndice VIII).

A Gravidade do problema (B) foi analisada mediante três critérios, nomeadamente os custos, a morbilidade e constituição de incapacidade, pontuados numa escala de 0-10 e posteriormente realizada a média das ponderações. A eficácia da solução (C) foi pontuada considerando a facilidade de resolução do problema, 0,5 (difícil resolução), 1 (fácil) e 1,5 (mais facilidade de resolução). Por último a exequibilidade do projeto ou intervenção (D) que integra a pertinência (estar dentro do âmbito do estudo), exequibilidade económica (baixo custo), aceitabilidade

(pela equipa e cuidadores), recursos disponíveis (envolver apenas a investigadora e parceiros, ser possível intervir num curto período de tempo) e legalidade. Foi pontuada de 0 (não exequível) ou 1 (exequível).

Posteriormente foi aplicada a fórmula de cálculo de prioridade (valor de prioridade = $(A + B) \times C \times D$), concluindo a priorização e identificando seis problemas considerados prioritários (Apêndice IX) relacionados com baixo conhecimento no âmbito da lei de apoio e dos apoios disponíveis aos cuidadores informais e baixa literacia em saúde. Nomeadamente, 90% dos cuidadores informais não conhecem a lei de apoio ao cuidador informal, 70% dos cuidadores informais não conhece os apoios ao cuidador informal, 80% dos cuidadores informais tem um índice de literacia para a saúde no domínio dos cuidados de saúde problemático, 60% dos cuidadores informais tem um índice geral de literacia para a saúde problemático, 50% dos cuidadores informais tem um índice de literacia para a saúde no domínio da promoção da saúde problemático e 40% dos cuidadores informais tem um índice de literacia para a saúde no domínio da prevenção de doenças problemático.

Trata-se portanto de seis problemas alicerçados no conhecimento, que diz respeito ao “pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento da informação” (Internacional Council of Nurses [ICN], 2015), podendo portanto ser integrados num mesmo diagnóstico.

3.3.1. Diagnóstico de Enfermagem

A elaboração de diagnósticos de enfermagem com base nos problemas identificados foi realizada de acordo com os termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE é um documento de referência que pretende a uniformização da linguagem de Enfermagem e padronização da documentação de registos dos cuidados de Enfermagem. Os registos contribuem para o desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa, de forma segura e eficaz, mediante uma tomada de decisão informada, boa comunicação e a continuidade dos cuidados (ICN, 2015).

O diagnóstico de Enfermagem é um rótulo atribuído pelo enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação, definindo posteriormente as intervenções com vista a obter as mudanças pretendidas. Deve incluir (1) um

termo do eixo do foco, (2) um termo do eixo do juízo e (3) se necessário incluir termos adicionais destes eixos ou de outros eixos. Os eixos apresentados neste modelo são sete: foco, juízo, meios, ação, tempo, localização e cliente (ICN, 2009). Neste sentido definiu-se o seguinte diagnóstico:

- ✓ **Conhecimento sobre a lei do apoio e apoios disponíveis (foco) comprometido (juízo) nos cuidadores informais (cliente) da UCSP P (população).**

3.4. Fixação de objetivos

Com base nos problemas considerados prioritários e no diagnóstico de enfermagem foi estabelecido o objetivo geral e os objetivos operacionais para realizar a sua implementação.

O objetivo é o “enunciado do resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatoti & Giraldes, 1993, pg. 79). Deve ser pertinente, preciso, realizável e mensurável (Tavares, 1990).

Neste sentido foi definido como objetivo geral para a intervenção comunitária **promover o aumento de conhecimento no âmbito da lei de apoio e dos apoios disponíveis dos cuidadores informais da UCSP P**. E como objetivos operacionais:

Objetivo específico 1 - Aumentar o conhecimento dos cuidadores informais da UCSP P no âmbito da lei de apoio.

Objetivos operacionais:

- ✓ Elaborar um folheto informativo para os cuidadores informais acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários da UCSP P sobre a lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador.
- ✓ Elaborar um livro do cuidador para os cuidadores informais acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários da UCSP P sobre os recursos, apoios e direitos e deveres do cuidador.
- ✓ Elaborar um poster sobre a lei de apoio ao cuidador.
- ✓ Elaborar uma informação para divulgação no boletim informativo mensal.
- ✓ Elaborar um cartaz para divulgação nas redes sociais.

- ✓ Que 80% dos cuidadores informais considerem útil/muito útil a informação disponibilizada.
- ✓ Que 80% dos cuidadores informais considerem que a informação disponibilizada permitiu aumentar o seu conhecimento.

Objetivo específico 2 - Aumentar o conhecimento dos cuidadores informais da UCSP P no âmbito dos apoios disponíveis.

Objetivos operacionais:

- ✓ Elaborar um folheto informativo para os cuidadores informais acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários da UCSP P sobre a lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador.
- ✓ Que 80% dos cuidadores informais considerem considera útil/muito útil a informação disponibilizada.
- ✓ Que 80% dos cuidadores informais considerem que a informação disponibilizada permitiu aumentar o seu conhecimento.

Nesta etapa foram ainda definidos os indicadores de processo e resultado, adequados ao projeto de intervenção em causa, pertinentes e medindo convenientemente aquilo que se propõe medir. (Tavares, 1990) Serão abordados no subcapítulo da avaliação, pois foi na fase final de implementação do projeto que foram devidamente avaliados.

3.5. Seleção de estratégias

A etapa da seleção de estratégias é fundamental, preparando o processo mais adequado no sentido de reduzir os problemas de saúde prioritários. Serão estabelecidas as estratégias para atingir determinado objetivo, reduzindo um problema de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). É crucial para o sucesso do projeto de intervenção na comunidade (Melo, 2020).

Considerando o diagnóstico de enfermagem e os objetivos optou-se por uma Estratégia de Promoção da Saúde. Considerando como modelo orientador o MPS de Pender, Murdaugh & Parsons (2015), indo ao encontro das estratégias de mudança comportamental, considerando que o estado de saúde depende do bem-estar físico, mental e social (Almeida et al., 2019).

Mais especificamente, a EpS, uma vez que, pode ser considerada como a promoção da literacia em saúde (Queiroz, 2011). A literacia em saúde tem vindo a ser reconhecida enquanto “estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar a informação e para assumir as responsabilidades” (Alto Comissariado para a Saúde, 2010). As estratégias de EpS devem ter como propósito transmitir informação, promover o desenvolvimento e a aquisição de diferentes competências na pessoa (DGS, 2015).

O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados prevê o desenvolvimento de técnicas de promoção de literacia em saúde para pessoas idosas e seus cuidadores informais, assim como, a promoção da literacia em saúde nos espaços de atendimento do SNS que devem incluir conteúdos de EpS e literacia (Despacho n.º 3618-A/2016).

Neste sentido, o Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde, no âmbito dos CSP, preconiza a produção de conteúdos de acordo com as necessidades da comunidade, facilitação do acesso de informação recorrendo a vários canais e abordagens (nomeadamente panfletos, publicações, salas de espera, rádio, televisão), desenvolvimento de instrumentos específicos que transmitam a informação necessária à comunidade, qualificação dos serviços facilitando a transmissão e comunicação de informação e promoção da literacia em saúde. Dando preferência aos contextos quotidianos das pessoas (Almeida et al., 2019).

Foi ainda considerada a estratégia de *Marketing* em saúde, uma vez que, pretende a adoção de comportamentos e promoção de ideias visando o desenvolvimento da saúde das pessoas, individualmente ou na comunidade. Permite consolidar os ganhos em saúde e orienta no sentido do sucesso da tomada de decisão. Implica um trabalho em parceria do enfermeiro com o subsistema comunitário responsável pela difusão de informação e comunicação com a comunidade. Sendo fundamental desenvolver materiais de informação, educação e comunicação (Melo, 2020).

Os materiais de comunicação de saúde devem ser eficazes e captar a atenção do público-alvo sendo necessário ter em consideração que as informações devem ser compreensíveis, significativas e fáceis de usar. (Centers for Disease Control and Prevention, 2009) O atual contexto de pandemia veio demonstrar a importância do uso das tecnologias em várias áreas da saúde (Costa, Silva, Madureira & Martins, 2021). A Direção Geral de Saúde (2021) neste âmbito

reconhece a importância dos cartazes e folhetos, assim como, as redes sociais enquanto importante veículo de informação, fidedigna e validada.

Neste contexto, as intervenções foram essencialmente não presenciais, promovendo o distanciamento social e a segurança individual, pelo que se optou por canais de divulgação existentes que não obrigassem a contacto presencial.

3.6. Planeamento operacional

Depois de definidas as estratégias congruentes com os objetivos propostos chega o momento de planear a operacionalização e execução do projeto de intervenção comunitária (Tavares, 1990). Pelo que de seguida serão enumeradas as atividades desenvolvidas no âmbito deste projeto. No sentido de orientar a operacionalização e devido ao tempo limitado para a sua implementação foi elaborado uma tabela com a informação relativamente às atividades desenvolvidas, por quem, quando, onde, como, os objetivos a atingir, a monitorização e os custos (Apêndice X) e foi usado o cronograma elaborado anteriormente, de forma a clarificar cada uma das atividades e correlaciona-las com o tempo disponível para a intervenção (Tavares, 1990).

Esta etapa decorreu no período de 8 a 18 de Março de 2021. Indo de encontro aos pressupostos apresentados no subcapítulo anterior das estratégias, foram definidas duas atividades:

- ✓ divulgação de material de informação sobre a lei e os apoios disponíveis aos cuidadores informais na comunidade.
- ✓ e implementação do questionário de satisfação aos cuidadores informais que participaram na atividade 1.

Antes de iniciar a elaboração dos materiais de divulgação foi realizada uma reunião com a Assistente Social que dá apoio aos utentes da UCSP P no sentido de perceber o que havia já sido elaborado e se havia material anterior sobre esta temática, pelo que me foi possível perceber que não existia nenhum material até ao momento.

Foi agendada também uma reunião via Zoom com as Assistentes Sociais da Junta de Freguesia da área abrangida no mesmo sentido, para não ocorrer duplicação de informação, pelo que foi possível perceber também não existia à altura nenhum material de informação relativamente à temática. Este contacto foi ainda aproveitado no sentido de criar uma parceria para posteriormente, o folheto

informativo e o livro do cuidador serem distribuídos na caixa do correio da área geográfica abrangida.

Foi ainda contactado por correio electrónico os responsáveis pela página de Facebook da Junta de Freguesia no sentido de ser divulgado um cartaz (Apêndice XI) sobre a lei de apoio aos cuidadores informais. Uma vez que, embora os cuidadores informais e pessoas cuidadas não utilizem habitualmente a internet, referem que os familiares mais próximos utilizam as redes sociais.

Surgiu ainda a oportunidade de colaborar numa informação para o boletim informativo mensal de outra Junta de Freguesia limítrofe, sobre os recursos, apoios e direitos e deveres do cuidador informal (Apêndice XII).

Foi elaborado um folheto informativo relativamente à lei de apoio e apoios disponíveis (Apêndice XIII) e o livro do cuidador (Apêndice XIV), que foram entregues em mão a 10 cuidadores informais aproveitamento o momento para esclarecer e informar individualmente os cuidadores acerca do tema, possibilitando a colocação de questões ou qualquer esclarecimento oportuno. Posteriormente foi entregue um questionário de satisfação (Apêndice XV) sobre a intervenção realizada, para avaliar a utilidade da informação fornecida e se esta contribuiu para os objetivos definidos, nesta altura foi possível implementar o questionário apenas a 6 cuidadores informais dos 10 que participaram na atividade 1, devido a questões pandémicas, porque as pessoas cuidadas deixaram de necessitar de cuidados ou também devido à elevada idade das pessoas cuidadas.

Foi realizado um poster (Apêndice XVI) para ser colocado na sala de espera da UCSP P para que os cuidadores informais, assim como, todos os utentes, aquando de visitas à unidade tenham acesso à informação.

No decorrer da implementação do projeto uma das dificuldades sentidas foi devida à já conhecida falta de recursos humanos nas unidades, exacerbada pela pandemia, o que obrigou a equipa de cuidados domiciliários a um planeamento dos mesmos de forma a concentrar a prestação de cuidados de forma a diminuir os dias em que havia necessidade de sair da UCSP P, de forma a garantir todas as atividades desenvolvidas, levando a uma redução dos momentos oportunos para implementação das atividades.

De salientar ainda a elevada idade das pessoas cuidadas e cuidadores informais, o que em contexto de pandemia, levou à redução das interações ao estritamente indispensável para concretizar a execução das atividades propostas sem pôr em causa a segurança individual.

3.7. Avaliação

A última etapa do planeamento é a avaliação que quantifica o sucesso da consecução de cada objetivo, com a finalidade de correção ou melhoramento. Deve ser pertinente e precisa. Permite perceber a adequação dos objetivos e estratégias. (Tavares, 1990) Neste sentido foram definidos indicadores de processo, medindo a atividade desenvolvida e indicadores de resultado, medindo a alteração verificada no problema identificado, nomeadamente a satisfação do utente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Durante a implementação do projeto foi possível nas diferentes oportunidades, durante as visitas ao domicílio, promover o aumento de conhecimento no âmbito da lei de apoio e dos apoios disponíveis dos cuidadores informais da UCSP P, assim como, concretizar todas as atividades que foram definidas anteriormente.

De seguida serão apresentados os resultados da avaliação, em percentagem, considerando cada objetivo específico.

Objetivo específico 1 - Aumentar o conhecimento dos cuidadores informais da UCSP P no âmbito da lei de apoio.

Foi definido para a concretização deste objetivo:

- ✓ a elaboração de um folheto informativo para os cuidadores informais acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários da UCSP P sobre a lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador, o que foi cumprido.
- ✓ a elaboração de um livro do cuidador para os cuidadores informais acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários da UCSP P sobre os recursos, apoios e direitos e deveres do cuidador, o que foi cumprido.
- ✓ a elaboração de um poster sobre a lei de apoio ao cuidador o que foi realizado.
- ✓ a elaboração de uma informação para divulgação no boletim informativo mensal, o que foi cumprido.
- ✓ a elaboração de um cartaz para divulgação nas redes sociais, o que foi realizado.

- ✓ que 80% dos cuidadores informais considerassem útil/muito útil a informação disponibilizada, o que se verificou.
- ✓ que 80% dos cuidadores informais considerem que a informação disponibilizada permitiu aumentar o seu conhecimento, o que também se verificou.

Tabela 6 – Indicadores de atividade e resultado do objetivo específico 1

| Tipo de indicador | Indicador | Meta | Avaliação |
|--------------------------|--|-------------|------------------|
| Processo | Nº total de folhetos elaborados / Nº total de folhetos previstos * 100 | 100% | 100% |
| | Nº total de livro do cuidador / Nº total de livro do cuidador previsto* 100 | 100% | 100% |
| | Nº total de poster / Nº total de poster previsto* 100 | 100% | 100% |
| | Nº total informação para divulgação em boletim mensal / Nº total informação para divulgação em boletim mensal previsto* 100 | 100% | 100% |
| | Nº total de cartaz para divulgação nas redes sociais / Nº total de cartaz para divulgação nas redes sociais previsto* 100 | 100% | 100% |
| Resultado | Nº total de cuidadores informais que considerou útil/muito útil a informação disponibilizada / Nº total de cuidadores informais* 100 | 80% | 100% |
| | Nº total de cuidadores informais que considerou que a informação permitiu aumentar o seu conhecimento / Nº total de de cuidadores informais* 100 | 80% | 100% |

Objetivo específico 2 - Aumentar o conhecimento dos cuidadores informais da UCSP P no âmbito dos apoios disponíveis.

Foi definido para a concretização deste objetivo:

- ✓ a elaboração de um folheto informativo para os cuidadores informais acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários da UCSP P sobre a lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador, o que foi cumprido.
- ✓ que 80% dos cuidadores informais considerem considera útil/muito útil a informação disponibilizada, o que se verificou.
- ✓ que 80% dos cuidadores informais considerem que a informação disponibilizada permitiu aumentar o seu conhecimento, o que se verificou.

Tabela 7 – Indicadores de atividade e resultado do objetivo específico 2

| Tipo de indicador | Indicador | Meta | Avaliação |
|--------------------------|--|-------------|------------------|
| Processo | Nº total de folhetos elaborados / Nº total de folhetos previstos * 100 | 100% | 100% |
| Resultado | Nº total de cuidadores informais que considerou útil/muito útil a informação disponibilizada / Nº total de cuidadores informais* 100 | 80% | 100% |
| | Nº total de cuidadores informais que considerou que a informação permitiu aumentar o seu conhecimento / Nº total de de cuidadores informais* 100 | 80% | 100% |

O material de divulgação foi comum na concretização dos dois objetivos por ser informação complementar tornando pertinente a sua agregação. A elaboração do livro do cuidador e da informação para o Boletim Informativo foram realizadas em colaboração com as colegas mestradas que integram a vertente do recursos e direitos e deveres pela mesma razão. Aquando da divulgação do material de informação e implementação do questionário de satisfação não houve dúvidas relativamente à informação fornecida ou relativamente ao preenchimento do questionário por parte dos cuidadores informais.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO

A enfermagem tem vindo a desenvolver um grande corpo de conhecimento. Enquanto disciplina clínica é essencial formar enfermeiros peritos, uma vez que, o desenvolvimento de conhecimento nesta área requer o desenvolvimento do “conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do "saber fazer" existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (Benner, 2001, p. 32).

Os enfermeiros têm uma contribuição primordial para as metas da saúde no âmbito das prioridades do PNS e do SNS. Ser enfermeiro é cada vez mais exigente, a prestação de cuidados de excelência exige o desenvolvimento de capacidades cognitivas, técnicas e afetivas. Sendo os cuidados de Enfermagem atualmente mais exigentes a nível técnico e científico, validando a importância da especialização. Impondo ao Enfermeiro “uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (Regulamento n.º 190/2015, p. 10089). De forma a atingir as competências que lhe estão inerentes.

A Ordem dos Enfermeiros, em 2019, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, considera competências comuns as que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

A elaboração e implementação do presente projeto foram alicerçadas nas normas deontológicas e no respeito pelos valores e princípios éticos, cumprindo a responsabilidade profissional, ética e legal e tendo em consideração os direitos dos cuidadores informais e da pessoa cuidada. Neste sentido, como já referido anteriormente, foram efetuados todos os pedidos de autorização às instituições envolvidas, foi elaborado o protocolo para pedido de autorização à Comissão de Ética e pedida autorização a todos os autores para utilizar os respetivos instrumentos de colheita de dados. Por fim, foram elaborados os consentimentos

informados cumprindo as diretrizes da Convenção sobre direitos do homem e a biomedicina de Oviedo e da declaração de Helsínquia, garantindo o consentimento informado de todos os participantes.

Relativamente à melhoria contínua da qualidade, o presente projeto surge como iniciativa que vai de encontro às estratégias institucionais, uma vez que, o seu objetivo está alinhado com o PNS e Plano Local de Saúde (PLS). O diagnóstico de situação permitiu identificar as necessidades da comunidade, podendo adequar os cuidados prestados visando a excelência dos mesmos. Para o desenvolvimento do projeto foi considerado o ambiente terapêutico e seguro, pelo que as atividades presenciais foram exclusivamente as imprescindíveis atendendo ao atual contexto de pandemia.

No âmbito da gestão de cuidados, este projeto foi desenvolvido em articulação com a equipa de cuidados domiciliários, tendo em consideração os recursos disponíveis e o atual contexto.

No que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o decorrer do estágio, desenvolvimento e implementação do projeto foram desenvolvidos baseados na evidência científica, sendo realizada antecipadamente uma *scoping review*. Sendo utilizada informação pertinente e recente. O percurso formativo e prático inerente à especialização foi acompanhado de reflexão da prática diária, permitindo um desenvolvimento do autoconhecimento e objetividade na decisão. Indo ao encontro do princípio que “O conhecimento Pessoal deve ser alvo de desenvolvimento ao longo da vida” (Garcia, 2021).

De salientar ainda a participação em eventos científicos subordinados ao tema da Enfermagem Comunitária, dos cuidadores informais e da Enfermagem do atual contexto de Pandemia. Foi aceite para apresentação um poster no Congresso Internacional “Literacia em saúde e autocuidados - Evidências que projetam a prática clínica” (Apêndice XVII), visando a translação do conhecimento, o conhecimento só é útil quando partilhado podendo contribuir para a melhoria na prestação de cuidados.

No entanto, o objetivo primordial da realização deste percurso académico é a obtenção da especialização na área da Enfermagem Comunitária, importa portanto realçar o papel do EEEEC e as competências que lhe estão inerentes. O enfermeiro é responsável pela promoção da saúde da comunidade e pela resposta às suas necessidades em cuidados de enfermagem (OE, 2015). O Regulamento n.º

428/2018, prevê as competências específicas do EEEEC na área de Enfermagem de saúde Comunitária.

Neste sentido consideram-se competências específicas

as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

O EEEEC estabelece de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde da comunidade abrangida pela sua unidade de saúde, neste sentido foi realizado o diagnóstico da situação de saúde da UCSP P tendo em consideração as diferentes etapas que sustentam o Planeamento em Saúde. Foram identificadas as necessidades da comunidade no diagnóstico de situação de saúde, procedeu-se à priorização dos problemas identificados, definiu-se as estratégias e objetivos da intervenção comunitária, precedeu-se ainda à sua implementação e avaliação.

No âmbito da promoção do processo de capacitação de grupos e comunidades, fundamentado nos problemas identificados considerados prioritários foram elaborados materiais de divulgação, mobilizando estratégias de EpS e de *Marketing* em Saúde visando a capacitação dos cuidadores informais.

O presente projeto de intervenção, propõe um objetivo alinhado com o modelo concetual do PNS e com o objetivo do PLS, de forma a contribuir para os Programas de Saúde de âmbito comunitário e para a consecução dos objetivos do PNS, ao otimizar e maximizar os recursos disponíveis, analisar o impacto das intervenções realizadas e capacitar os cuidadores informais.

O EEEEC tem ainda competência para realizar e cooperar na vigilância epidemiológica na área geodemográfica da sua unidade, neste sentido foi desenvolvido um questionário para recolha de dados sociodemográficos e no âmbito do conhecimento sobre a lei e apoios disponíveis ao cuidador informal. Foram efetuadas as colheita de dados recorrendo aos instrumentos de colheita de dados adequados e procedeu-se à sua análise pondo em prática os conhecimentos epidemiológicos adquiridos no percurso académico.

Deste modo, O EEEEC tem conhecimento para identificar as necessidades do individuo e sua comunidade, desenvolver e planear as ações de forma a participar ativamente nos programas de saúde e sua implementação de acordo com as orientações do PNS. Considero que a elaboração e implementação do presente

projeto, foi de encontro às competências do EEEC e aos princípios orientadores do PNS, nomeadamente a prevenção e controlo da doença, a promoção e proteção da saúde, a colaboração intersectorial, a capacitação dos cidadãos, a promoção de ambientes saudáveis, a divulgação e implementação de boas práticas e o fortalecimento da Saúde Global (DGS, 2015).

A realização deste percurso académica tem ainda como propósito alcançar o grau de mestre que implica o desenvolvimento de “aptidões especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação, para desenvolver novos conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas” (Portaria nº782/2009, p. 4777).

Neste sentido, considero que o presente relatório permite demonstrar o desenvolvimento de competências de auto aprendizagem, através da iniciativa e proatividade implícita às atividades desenvolvidas. A competência de conhecimento e capacidade de compreensão, através da apropriação de modelos conceptuais, assim como, fundamentação das atividades e dos cuidados prestados na melhor evidência disponível.

Quanto ao julgamento e tomada de decisão, foi efetuado o diagnóstico de situação, base para realizar a priorização das necessidades identificadas e criação do respetivo diagnóstico com base na CIPE de forma a decidir quais as intervenções prioritárias.

Relativamente à aplicação de conhecimentos e compreensão, foram operacionalizados o Modelo de Planeamento em Saúde e o Modelo de Promoção da Saúde, base conceptual na realização do presente relatório. Por último no âmbito da comunicação, foi elaborado e aceite um resumo para poster, que posteriormente foi publicado em *e-book* do congresso, o poster foi apresentado no Congresso Internacional “Literacia em saúde e autocuidados – evidências que projectam a prática”. Foi ainda elaborado material de divulgação para contribuir para a capacitação do cuidador informal.

As situações vividas neste contexto profissional, nomeadamente com a frequência deste estágio na UCSP P, foram uma fonte de conhecimento, possibilitando a articulação do conhecimento teórico, princípios e conceitos adquiridos. Permitindo ainda aplicar e consolidar o conhecimento adquirido no decurso das diferentes unidades curriculares. A conclusão desta etapa com sucesso, contribui para desenvolver as competências com o propósito de alcançar a etapa de perito.

4.1. Enfermagem comunitária em contexto de pandemia

O investimento na força de trabalho de enfermagem, assim como, o valor dos enfermeiros na sociedade tem sido desvalorizado. A situação atual de pandemia vem demonstrar e reforçar a necessidade de mudança, permitindo a tomada de consciência da importância que a enfermagem comunitária desempenha. O seu trabalho tem atualmente uma grande visibilidade ao ser fundamental nesta luta diária. Os utentes consideram que o ponto mais forte do SNS são os profissionais de saúde e que devem ser valorizados (OE,2021). Valor reconhecido a nível nacional. A Assembleia da República veio recomendar ao governo a valorização e dignificação dos enfermeiros (Resolução da Assembleia da República n.º 58/2021), o que vem potenciar a afirmação da profissão.

No contexto atual o enfermeiro teve que aliar a sua competência técnica à competência de comunicação digital, de forma a manter o acompanhamento à distância. Demonstrando a sua competência e conhecimento para desenvolver intervenções de acordo com as necessidades e o contexto (Alves & Fajardo, 2021). O que só é possível com investimento na formação e atualização constantes, assim como, com a fundamentação das suas práticas na evidência.

Vivemos num mundo da era digital, no entanto, continuam a existir muitos utentes que não têm acesso a meios digitais. O que se verificou na realização deste projeto, pelo que se mantém importante difundir a informação numa linguagem simples e humanizada por vários canais, desenvolvendo as competências no âmbito da comunicação. O Enfermeiro tem um importante papel na transmissão de informação através de estratégias de adaptação permitindo que seja compreendida pelo indivíduo (Iserson, 2020). Enquanto referência para o cuidador informal tem potencial para aproveitar as oportunidades para realizar EpS e capacitar os cuidadores informais.

O Presidente do Conselho de Enfermagem da Seção Regional do Centro da OE, relativamente a 2020 considerado o Ano Internacional do Enfermeiro pela OMS, reitera a importância do enfermeiro ter orgulho do trabalho desempenhado diariamente em prol do utente, assim como, promover no enfermeiro a consciencialização da relevância dos cuidados de enfermagem prestados. Reforçando ainda que o seu trabalho resulta num impacto positivo, valorizando o Sistema Nacional de Saúde (OE, 2020). Os enfermeiros são fundamentais para alcançar a premissa de "não deixar ninguém para trás" (WHO, 2020).

CONCLUSÃO

No âmbito do envelhecimento o ideal seria que a pessoa se mantivesse saudável e ativa durante o seu ciclo de vida, interagindo apenas com o SNS por motivos de promoção da saúde e prevenção da doença, mantendo-se saudável na sua velhice. Existindo um crescente investimento e preocupação neste contexto consequência do envelhecimento da população.

Visão partilhada no relatório “Um Futuro para a Saúde Todos temos um papel a desempenhar” como forma de assegurar a prestação de cuidados de saúde. Salientando os direitos mas também responsabilidades individuais, ou seja,

no meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Tenho muito poucos motivos para interagir diretamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como as doenças inevitáveis ou os acidentes (Archibal, 2013, p.215).

Reforçando também o importante papel da família no final da vida. Neste contexto, o papel do cuidador informal é cada vez mais importante na sociedade, reforçando a importância da intervenção concertada dos vários setores da comunidade. No sentido de perceber as suas necessidades, desenvolver e aplicar as medidas de apoio adequadas.

A literatura consultada foca sobretudo a necessidade de apoiar o cuidador informal, a crescente importância de capacitar a pessoa para a mudança e o investimento no aumento da literacia em saúde. O conhecimento permite a tomada de decisão mais consciente, crítica e responsável em relação à sua saúde e dos que dele dependem. A partilha desse conhecimento é responsabilidade e competência do enfermeiro, nomeadamente da intervenção do EEEC que assume um papel primordial na promoção da saúde, educação para a saúde e literacia.

A realização de formação avançada surge no âmbito da necessidade sentida de aumentar os meus conhecimentos, analisar e refletir sobre a minha prática diária enquanto enfermeira, para desenvolver uma prática de Enfermagem Avançada, fundamentada e baseada na evidência.

Espero com o desenvolvimento deste projeto ter contribuído para o aumento de conhecimento, da evidência e para a promoção da mudança. Pois termino esta

etapa consciente do seu importante contributo para o desenvolvimento das minhas competências, conhecimentos e habilidades individuais. Acreditando vir a ser uma mais valia ao contribuir de forma global para a capacitação da comunidade e mais especificamente para a capacitação dos cuidadores informais através das intervenções desenvolvidas na comunidade.

A realização deste projeto permitiu-me ainda desenvolver e aumentar conhecimento no âmbito do planeamento em saúde e reforçar a minha perceção relativamente à sua importância, num momento em que os recursos são cada vez mais escassos e que é necessário ponderar as intervenções tendo em conta os custos e os ganhos em saúde que se irão obter. Neste sentido considero ter contribuído efetivamente para a capacitação e aumento da literacia em saúde dos cuidadores informais.

Primeiramente, foram efetuados todos os procedimentos éticos necessários, assim como, pedidas as autorizações necessárias. Devido à demora na obtenção da resposta da Comissão de Ética da ARSLVT, no âmbito do parecer favorável, houve necessidade de ajustar o cronograma de forma a desenvolver todas as etapas do planeamento em saúde em tempo útil. A sua emissão foi a 8 de Janeiro de 2021, pelo que só foi possível realizar o diagnóstico de situação posteriormente limitando o tempo de implementação das intervenções. No entanto, todas as atividades programadas foram realizadas, assim como, foram atingidos os objetivos definidos.

O presente projeto foi alicerçado no Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), foi realizado o diagnóstico de situação, no qual foram incluídos 10 cuidadores informais da UCSP P. Na amostra metade dos cuidadores informais são idosos (50% tem mais de 80 anos), maioritariamente mulheres (70%), que vivem só com a pessoa cuidada (70%), com baixa escolaridade (50% tem o ensino básico), baixo rendimento (70% tem rendimento mensal entre 501 e 1000 euros) e índice geral de literacia problemático (60%). Apresentam sobrecarga intensa (60%) e fraco bem-estar (40%). Não têm conhecimento relativamente à lei de apoio (90%), nem dos apoios disponíveis ao cuidador informal (70%). As pessoas cuidadas têm maioritariamente mais de 80 anos (80%) e altos níveis de dependência nas AVD's e nas AIVD's. A amostra permite concluir que são idosos a cuidar de idosos, embora a prestar cuidados ao outro precisariam também de quem cuide deles.

Foram usadas como estratégias a EpS e o *Marketing* em Saúde, considerando o Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde e tendo por base o Modelo teórico de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh e Parsons (2015),

visando a capacitação dos cuidadores informais da UCSP P, ao contribuir para o aumento do conhecimento sobre a lei de apoio e dos apoios disponíveis ao cuidador informal e melhoria na sua capacidade de acesso e procura da informação. Neste sentido foram produzidos diversos materiais de divulgação adequados aos problemas considerados prioritários.

Relativamente aos ganhos em saúde obtidos, considero ter contribuído para a capacitação dos cuidadores informais no âmbito da lei de apoio e apoios disponíveis ao cuidador informal na comunidade, para a melhoria na sua capacidade de aceder à informação e aumento da literacia em saúde. De salientar ainda a elevada satisfação dos cuidadores informais relativamente às intervenções desenvolvidas.

O desenvolvimento deste projeto teve também alguns constrangimentos, nomeadamente, o baixo número de participantes, a exigência das atividades desenvolvidas respeitarem a necessidade de distanciamento social consequência da pandemia e não ser possível realizar a avaliação de conhecimentos adquiridos pelos cuidadores informais.

Este projeto terá continuidade, uma vez que, se encontra integrado num projeto alargado mantendo-se após o término do presente projeto. Será realizada uma apresentação formal do diagnóstico de situação e intervenções desenvolvidas para os profissionais de enfermagem da UCSP P.

Enquanto elemento integrante da comunidade e pessoa jovem que está também em processo de envelhecimento, este projeto permitiu aumentar a minha consciência quanto à importância de individualmente pensarmos na forma como iremos e queremos envelhecer enquanto consequência das nossas atitudes de hoje. Embora pareça uma etapa distante. É fundamental intervir potenciando a autonomia individual e responsabilidade relativamente à sua saúde.

Enquanto futura EEEEC, pretendo que esta evolução pessoal e profissional tenha impacto positivo na prestação de cuidados especializados, dispondo agora das ferramentas necessárias à intervenção na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, E. P. & Ramos, S. (2007). O Regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do CI. *Revista online Psicologia*, 1- 17.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0366.pdf>
- Afonso, R. M., Tomáz, T., Brandão, D. & Ribeiro, O. (2019). Cuidadores de idosos centenários na região da Beira Interior (Portugal). *Análise Psicológica*, 2 (XXXVII), 147-160.
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v37n2/v37n2a03.pdf>
- Aguiar, P. (2007). *Estatística em investigação epidemiológica: SPSS guia prático de medicina*. Climepsi.
- Almeida, C. V., Silva, C. R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F. ... Laranjeira, J. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde Capacitação dos Profissionais de saúde*. Direção Geral da Saúde.
- Almeida, L. M. (2005). Prevenção em saúde - Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 91-96.
- Alto Comissariado para a Saúde. (2010). *Plano Nacional de saúde 2011-2016*. Lisboa.
<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>
- Alves, M. H. & Fajardo, J. (2021). Quais as estratégias implementadas pelos enfermeiros em tempo de pandemia Covid-19: Scoping Review. In *O valor de uma Enfermagem com valores*, (p.117-118).
- Alves, S., Brandão, D., Teixeira, L., Azevedo, M. J., Duarte, M., Ribeiro, O. & Paúl, C. (2015). Intervenções psicoeducativas e distress psicológico em cuidadores informais: Análise comparativa de dois projetos comunitários. *Revista E-Psi*, 5 (1), 94-112.
<https://revistaepsi.com/artigo/2015-ano5-volume1-artigo5/>
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. & Martins, T. (2007). Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto, 2008.
https://www.researchgate.net/publication/262198389_Validacao_da_Escala_d_e_Lawton_e_Brody_numa_amostra_de_idosos_nao_institucionalizados/link/0046353708cd87487e000000/download

- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007).Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2),59-66.
https://www.researchgate.net/publication/40004091_Validacao_do_Indice_de_Barthel_numa_amostra_de_idosos_nao_institucionalizados
- Araújo, I. M., Paul, C. & Martins, M. M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência Cuidado e Saúde*, 8 (2), 191-197.
https://www.researchgate.net/publication/240989681_Cuidar_de_idosos_dependentes_no_domicilio_desabafos_de_quem_cuida_-_DOI_104025cienccuidsaudev8i28198/link/566547dd08ae15e746337f0d/download
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J. & Teixeira, L. (2016). Eficácia do programa Incare na sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas após AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 9 -13.
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0110>
- Archibald, L. (2013). “Eu e o meu sistema de saúde ideal”. In *Um futuro para a saúde todos temos um papel a desempenhar* (p. 215). Fundação Calouste Gulbenkian.
https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortuques.pdf
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*.
<http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsing.2013.pdf>
- Barbosa, S. & Matos, A. (2014). Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*. 11(4), 293-300.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549173/>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2021).Bilhete de Identidade – Unidade Funcional. *Serviço Nacional de Saúde web site*.
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3110700/Pages/default.aspx>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Simply put A guide for creating easy-to-understand materials*. (3ª ed.). Centers for Disease Control and Prevention.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). *Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Centro Internacional de Longevidade Brasil.
http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf
- Chaves, C. B., Sequeira, C., Duarte, J. & Gonçalves, A. (2020). Literacia em Saúde Mental na Comunidade. In *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e intervenções*, (p.57-60). Lidel.
- Chen, Y., Hedrick, S. C. & Young, H. M. (2010). A pilot evaluation of the Family Caregiver Support Program. *Evaluation and Program Planning*, 33, 113–119.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82.
<https://www.researchgate.net/publication/321706255> Enfermagem Os enfermeiros em cuidados de saude primarios
- Costa, S., Silva, A., Madureira, M. & Martins, L. (2021). Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19: uma Scoping Review. In *O valor de uma Enfermagem com valores*, (p.159-160).
- Courtin, E., Jemiai, N. & Mossialos E. (2014). Mapping support policies for informal carers across the European Union. *Health Policy*, 118 (1), 84-94.
- Cunha, L. P., Pereira, F.A. & Loureiro, A. (2019). Educação para o suporte social e satisfação com a vida. In *Diálogos interdisciplinares do envelhecimento* (47-65). São Paulo: Hipótese.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19574/3/EDUCAC%cc%a7A%cc%83O%20PARA%20O%20SUPORTE%20SOCIAL.pdf>
- Decreto-Lei nº 104/1998. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Ministério da Saúde. *Diário da República*. Série I-A (N.º 93 de 24-04-1998).
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>

- Decreto-Lei nº 101/2006. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*. Série I-A (Nº 109 de 06-06-2006), 3856 – 3865.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 3618-A/2016. (2016). Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*. Série II (N.º 49 de 10-03-2016), 8660 – 8666.
<https://dre.pt/application/conteudo/73833508>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*.
<https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Direção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2021). Materiais de divulgação. *Direção Geral da Saúde web site*.
<https://covid19.min-saude.pt/materiais-de-divulgacao/>
- DO-HEALTH. (2017). *Largest European Study on Aging*.
<https://www.media.uzh.ch/en/Press-Releases/2017/DO-HEALTH.htmlh>
- Elias, A. C., Romana, G. Q., Mota, M. & Ribeiro, S. (2018). *Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte 2018-2021*. ACes Lisboa Norte.
https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/5507/PLS_2018.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. Entidade Reguladora da Saúde.
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R.. (2015). *A Literacia em saúde em Portugal*. Centre for Research and Studies in Sociology e Fundação Calouste Gulbenkian.

- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R.. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.
https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- Ferré-Grau, C. & Sequeira, C. (2020). Enfermagem de saúde mental e os cuidadores. In C. Sequeira, F. Sampaio (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e intervenções*, (p. 313-317). Lidel.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um futuro para a saúde todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian.
https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf
- Galvão, A. & Castro, F. (2021) Literacia em saúde, avaliação e intervenção – estado de arte. In *Literacia em saúde e autocuidados – evidências que projectam a prática clínica*, (p. 9 -28). Euromédice.
- Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). Aplicabilidade de modelos teóricos de enfermagem na promoção do autocuidado e da literacia em saúde. In *Literacia em saúde e autocuidados – evidências que projectam a prática clínica*, (p. 74-86). Euromédice.
- Garcia, L. M. (2021). Investir no autoconhecimento: Uma via para a empatia. In *O valor de uma Enfermagem com valores*, (p.27- 32).
- Gemito, M. L. (2015). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Ibero- Americana de Saúde e Envelhecimento online*, 1 (2), 132 – 144.
http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/57/81
- Hoffmann, F. & Rodrigues, R. (2010). *Informal Carers: Who Takes Care of Them? Policy Brief 4/2010*. European Centre.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=E44B219697C4EF7398DE066318360957?doi=10.1.1.627.6793&rep=rep1&type=pdf>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento de saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública.

- International Council of Nurses. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development»*. International Council of Nurses.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Internacional Council Of Nurses. (2016). *CIPE Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. International Council of Nurses.
https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). CENSOS_2011 _ Provisórios Freguesia.
https://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas – 2019*. Instituto Nacional de Estatística.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358632586&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto da Segurança Social. (2021). *Guia prático do estatuto do cuidador informal: Cuidador informal principal e cuidador informal não principal*.
https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4
- Iserson, K. V. (2020). Healthcare ethics during a pandemic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(3), 477.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7234717/>
- Koopmanschap M.A., Exel N.J.A., Bosc, G.A.M., Berg, B. & Brouwer, W.B.F. (2004). The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. *Health Policy*, 68, 309–320.
- Lechner, V. M. (1993). Support systems and stress reduction among workers caring for dependent parents. *Soc Work*, 38 (4), 461-469.
- Lei n.º 100/2019. (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I (n.º 171 de 06-09-2019), 3 – 16.
<https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V. & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12.
- Loureiro, M., A. Barata, C. Bonifácio, C. Ferreira, C. Cardoso & P. Cardoso. (2007). As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos: diagnóstico de situação. *Geriatrics*. 3 (15), 50-58.
- Luzardo, A.R., Gorini, M.I. & Silva, A.P. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto Enfermagem*. 15, 587-594.
<https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato de saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde.
https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Porque é que 2020 é o Ano Internacional do Enfermeiro?. *Ordem dos Enfermeiros web site*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/porque-%C3%A9-que-2020-%C3%A9-o-ano-internacional-do-enfermeiro/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Profissionais de saúde são o ponto mais forte do Serviço Nacional de Saúde. *Ordem dos Enfermeiros Web site*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/profissionais-de-sa%C3%BAde-s%C3%A3o-o-ponto-mais-forte-do-servi%C3%A7o-nacional-de-sa%C3%BAde/>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Organization for Economic Co-operation and Development.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

- Organização Mundial de Saúde & Organização das Nações Unidas. (1979). *ALMA-ATA 1978 Cuidados Primários de Saúde*. United Nations Children's Fund.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Pedro, A. R., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34(3), 259– 275.
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a08.pdf>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in nursing practice* (7^aed.). Pearson.
- Pocinho, R., Belo, P., Melo, C., Navarro-pardo E., Fernández, J. & Muñoz, (2017). Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. *Educación Y Humanismo*, 19 (32), 88-101.
<https://core.ac.uk/download/pdf/205942018.pdf>
- Portaria n.º 782/2009. (2009). Regula o Quadro Nacional de Qualificações e define os descritores para a caracterização dos níveis de qualificação nacionais. Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*. Série I (N.º 14 de 23-07-2009), 4776 – 4778.
<https://data.dre.pt/eli/port/782/2009/07/23/p/dre/pt/html>
- Proposta de Lei n.º 186/XIII. (2019). *Estabelece medidas de apoio ao cuidador informal e regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada*.
<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c756157357059326c6864476c3259584d7657456c4a535339305a58683062334d76634842734d5467324c56684a53556b755a47396a&fich=ppl186-XIII.doc&Inline=true>
- Queiroz, S. (2011) Reflexões sobre Educação para a Saúde. *Observatório das políticas de educação e formação web site*.
<http://www.op-edu.eu/artigo/reflexoes-sobre-educacao-para-a-saude>
- Regulamento n.º 190/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 79 de 23-04-2015), 10087 – 10090.
<https://dre.pt/application/conteudo/67058782>

- Regulamento n.º 428/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 135 de 16-07-2018), 19354-19359.
<https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Regulamento 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 26 de 06-02-2019) 4744 – 4750.
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Resolução da Assembleia da República nº 1. (2001). Aprova, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I-A (03-01-2001), 14 – 36.
<https://data.dre.pt/eli/resolassrep/1/2001/01/03/p/dre/pt/html>
- Resolução da Assembleia da República nº 58. (2021). Recomenda ao Governo a valorização e dignificação dos enfermeiros em Portugal. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I (Nº 26 de 08-02-2021), 3-3.
<https://data.dre.pt/eli/resolassrep/58/2021/02/08/p/dre>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon Internacional Press.
- Rodrigues, M., Pereira, A. e Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores*. Formasau, Formação e Saúde.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II Série (12), 9-16.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3-4: 491 - 500.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12108>
- Sequeira, C. (2018a). Contextualização do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (6-17). (2ª ed.). Lidel.
- Sequeira, C. (2018b). Instrumentos de avaliação: idoso dependente. In C. Sequeira (Coord.). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (49-76). (2ª ed.). Lidel.

- Sequeira, C. (2018c). Transição para o exercício do papel de cuidador. In C. Sequeira (Coord.). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (176-200). (2ª ed.). Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019) Cuidador Informal. *Serviço Nacional de Saúde web site*.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/>
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Âmbar.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C. & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador (162-170). In C. Sequeira, F. Sampaio (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na Comunidade entrados na população*. (7ª ed.). Lusodidacta.
- Statistical Office of the European Union. (2019). *Ageing Europe looking at the lives of older people in the EU*. Publications Office of the European Union.
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde.
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M.J., Matias, ... Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção junto dos Cuidadores Informais - Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*.
http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc_CI.PDF
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- United Nations Population Fund & HelpAge International. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. UNFPA/HelpAge International.
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion and welfare*. World Health Organization.
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. (1998a). *Health promotion glossary*. World Health Organization.

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

World Health Organization. (1998b). *Medidas de Bem-Estar na Atenção Primária à Saúde*. World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. WHO.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=5C9F007BBC9B7C39DC55572737B119CE?sequence=1

World Health Organization. (2013). *Health literacy: the solid facts*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

World Health Organization. (2020) *.State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2018). *Global Conference on Primary Health Care: Declaration of Astana*.

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

ANEXOS

Anexo I – Parecer Favorável da Comissão de ética da ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Fernanda Moura Silva

fernandasilva@campus.esel.pt

C/C:

| Sua Referência | Sua Comunicação de | Nossa Referência | Data |
|----------------|--------------------|------------------|------|
| | | 38/CES/2021 | |

Assunto: Perfil dos Cuidadores informais na Cidade de Lisboa.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 08.01.2021, o projecto mencionado em epigrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Luís Pisco
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Anexo II - Questionário HLS-EU-PT

Questionário Literacia em Saúde Portugal

Módulo 1

| Considerando a seguinte escala, na qual 1 significa muito difícil e 4 significa muito fácil, indique quão fácil diria que é para si cada uma das seguintes situações: | 1 = Muito difícil | 2 = Difícil | 3 = Fácil | 4 = Muito fácil | 5 = Não sei |
|---|-------------------|-------------|-----------|-----------------|-------------|
| Q1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q3. Saber o que fazer em caso de emergência médica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q4. Saber onde encontrar ajuda profissional quando está doente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q5. Compreender o que o seu médico lhe diz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q6. Compreender os folhetos que vêm com os seus medicamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q7. Perceber o que fazer numa emergência médica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma de um medicamento que lhe foi receitado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q9. Avaliar como é que a informação dada pelo seu médico se aplica à sua condição clínica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q10. Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q11. Avaliar a necessidade de uma segunda opção médica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q12. Avaliar se a informação sobre doenças divulgadas nos meios de comunicação é de confiança? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q13. Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q14. Seguir as instruções sobre a medicação prescrita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q15. Chamar uma ambulância em caso de emergência? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q16. Seguir as indicações do seu médico ou farmacêutico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q17. Encontrar informação sobre como gerir comportamentos pouco saudáveis, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q18. Encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental como stress ou depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames médico que deve fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q21. Compreender as recomendações de saúde relativas a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q22. Compreender porque precisa de ser vacinado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q23. Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q24. Avaliar em que medida são fiáveis as recomendações de saúde sobre tabagismo, falta de atividade física e excesso de álcool? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q25. Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q26. Avaliar quais são as vacinas de que pode necessitar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q27. Avaliar os exames médicos de rotina que precisa fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Q28. Avaliar se a informação transmitida nos meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q30. Decidir como proteger-se de doenças com base nos conselhos da família e amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q31. Decidir como proteger-se de doenças com base em informação transmitida pelos meios de comunicação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q32. Encontrar informação sobre comportamentos saudáveis, como exercício físico, alimentação saudável e nutrição? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q33. Encontrar informação sobre atividades benéficas para o seu bem-estar mental? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q34. Encontrar informação sobre como é que a zona onde vive pode ser mais amiga da saúde? (reduzir a poluição sonora, a poluição, criar espaços verdes e de lazer) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q35. Encontrar informação sobre mudanças nas políticas que possam influenciar as questões de saúde? (legislação, mudanças no governo, reestruturação do serviço de saúde) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q36. Encontrar informação sobre formas de promover a sua saúde no trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q37. Compreender os conselhos sobre saúde dados pela sua família e amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q38. Compreender a informação apresentada nas embalagens alimentares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q39. Compreender a informação transmitida pelos meios de comunicação para se tornar mais saudável? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q40. Compreender informação sobre como manter a sua mente saudável? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q41. Avaliar a forma como o local onde vive afeta a sua saúde e bem-estar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q42. Avaliar como as condições da sua habitação o ajudam a manter-se saudável? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q44. Tomar decisões que melhore a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q45. Frequentar um ginásio ou uma modalidade desportiva, se o desejar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q46. Alterar as condições de vida que afetem a sua saúde e bem-estar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q47. Participar em ações que melhore a saúde e o bem-estar na sua comunidade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Módulo 2

| | 1 = Adequa-se totalmente | 2 = Adequa-se | 3 = Adequa-se um pouco | 4 = Não se adequa | 5 = Não sei, Não respondo |
|---|--------------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------------|
| 2.A. Com que regularidade procura obter informação sobre saúde e bem-estar? Escolha a afirmação que melhor traduz a sua situação. | | | | | |
| 2.A.1. Sempre, faz parte das minhas preocupações no dia-a-dia, mesmo quando não estou doente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.A.2. Procuro informar-me com alguma frequência para prevenir possíveis doenças e para levar uma vida saudável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|
| 2.A.3. Procuo informar-me apenas quando estou doente ou algum familiar próximo está doente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.A.4. Raramente tenho a preocupação de me informar; limito-me a ir aos serviços de saúde quando estou doente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

| | 1 = Muito raramente/ Nunca | 2 = Raramente | 3 = Frequentemente | 4 = Muito frequentemente/ Sempre | 5 = Não sei, Não respondo |
|--|----------------------------|---------------|--------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 2.B. Qual o grau de frequência com que obtém informações sobre saúde, através das seguintes formas/meios: | | | | | |
| 2.B.1. Lendo folhetos informativos disponíveis em farmácias, centros de saúde ou hospitais | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.2. Lendo as bulas ou folhetos dos medicamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.3. Pesquisando informação em <i>sites</i> generalistas sobre saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.4. Pesquisando informação em <i>sites</i> sobre saúde promovidos por entidades estatais (ex: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde) | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.5. Pesquisando informação através de <i>sites</i> sobre saúde de hospitais ou centros de saúde ou clínicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.6. Pesquisando informação através de <i>sites</i> sobre saúde de seguradoras ou farmacêuticas | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.7. Pesquisando informação através da internet: redes sociais e <i>blogs</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.8. Lendo artigos ou notícias sobre saúde publicadas em jornais | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.9. Lendo artigos ou notícias sobre saúde publicadas em revistas | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.10. Lendo livros ou outras publicações | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.11. Assistindo a programas de televisão generalistas (como telejornais ou programas da “manhã”) em que esses assuntos são por vezes tratados | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.12. Assistindo a programas de televisão específicos sobre saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.13. Através de programas de rádio onde se tratem questões de saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.14. Através do(s) seu(s) médico(s) | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.15. Através do(s) farmacêutico(s) | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.16. Através de enfermeiros | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.17. Através de terapeutas / profissionais de medicinas alternativas | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.18. Através do contacto com associações de doentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.B.19. Através de familiares / amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>2.C. A partir da lista anterior, indique, por ordem de importância, as três principais fontes de informação quando:</p> <p>a) Está doente e procura informação para se tratar</p> <p>b) Pretende obter informação para prevenir doenças</p> <p>c) Pretende obter informação sobre como ter uma vida saudável</p> | a) Está doente e procura informação para se tratar | b) Pretende obter informação para prevenir doenças | c) Pretende obter informação sobre como ter uma vida saudável |
| 2.C.1. Folhetos informativos disponíveis em farmácias, centros de saúde ou hospitais | | | |
| 2.C.2. Bulas ou folhetos dos medicamentos | | | |
| 2.C.3. Informação através de <i>sites</i> sobre saúde de seguradoras ou farmacêuticas | | | |
| 2.C.4. Informação através de <i>sites</i> sobre saúde de hospitais ou centros de saúde ou clínicas | | | |
| 2.C.5. Informação em <i>sites</i> sobre saúde de entidades estatais (ex: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde) | | | |
| 2.C.6. Informação em <i>sites</i> generalistas sobre saúde | | | |
| 2.C.7. Informação através da internet: redes sociais e <i>blogs</i> | | | |
| 2.C.8. Artigos ou notícias sobre saúde publicadas em jornais | | | |
| 2.C.9. Artigos ou notícias sobre saúde publicadas em revistas | | | |
| 2.C.10. Livros ou outras publicações | | | |
| 2.C.11. Programas de televisão generalistas (como telejornais ou programas da “manhã”) em que esses assuntos são por vezes tratados | | | |
| 2.C.12. Programas de televisão específicos sobre saúde | | | |
| 2.C.13. Programas de rádio onde se tratem questões de saúde | | | |
| 2.C.14. Através do(s) seu(s) médico(s) | | | |
| 2.C.15. Através do(s) farmacêutico(s) | | | |
| 2.C.16. Através do(s) enfermeiros | | | |
| 2.C.17. Através do(s) associações de doentes | | | |
| 2.C.18. Através do(s) familiares / amigos | | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|--------------|
| <p>2.D. De um modo geral, qual o grau de dificuldade que tem em compreender a informação de saúde através de:</p> | 1 = Nenhuma dificuldade | 2 = Pouca dificuldade | 3 = Alguma dificuldade | 4 = Muita dificuldade | 5 = Não sei porque nunca consultei informação por esta via | Não respondo |
| 2.D.1. Folhetos informativos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.2. Bulas de medicamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.3. Informações prestadas pelos médicos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.4. Informações prestadas pelos farmacêuticos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.5. Informações sobre saúde e bem-estar em jornais e revistas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|
| 2.D.6. Informações sobre saúde e bem-estar em <i>sites</i> generalistas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.7. <i>Sites</i> sobre saúde promovidos por entidades estatais (ex: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.8. Informações sobre saúde e bem-estar em <i>sites</i> promovidos por hospitais ou centros de saúde ou clínicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.9. Informações sobre saúde e bem-estar em <i>sites</i> promovidos por seguradoras ou farmacêuticas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 2.D.10. Informações sobre saúde e bem-estar em redes sociais e <i>blogs</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

| 2.E. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações: | 1 = Concordo totalmente | 2 = Concordo | 3 = Discordo | 4 = Discordo totalmente | 5 = Não sei, Não respondo |
|--|-------------------------|--------------|--------------|-------------------------|---------------------------|
| 2.E.1. De um modo geral sigo à risca, sem questionar, as informações que me são dadas pelo médico ou farmacêutico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.E.2. Sempre que posso, procuro ouvir opiniões de vários profissionais de saúde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.E.3. A informação sobre saúde publicada em jornais e revistas geralmente é credível. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.E.4. Toda a informação sobre saúde disponível na internet é verdadeira. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.E.5. A informação sobre saúde divulgada através de <i>sites</i> institucionais (ex: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde, farmacêuticas, seguradoras) é tão credível como a apresentada em <i>sites</i> generalistas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.E.6. Se um amigo tiver uma doença semelhante à minha sigo as suas recomendações. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.E.7. Sempre que tenho dúvidas questiono o meu médico para perceber melhor os meus problemas de saúde e as opções de tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.E.8. Quando tenho um problema de saúde, além das recomendações do médico, procuro obter informação através de outras fontes de informação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

| 2.F. Com que frequência ocorrem as seguintes situações: | 1 = Muito raramente/ Nunca | 2 = Raramente | 3 = Frequentemente | 4 = Muito frequentemente/ Sempre | 5 = Não sei, Não respondo |
|--|----------------------------|---------------|--------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 2.F.1. Em geral, sinto que consigo obter a informação necessária para lidar de forma adequada com os problemas de saúde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.2. Sinto frequentemente que não domino a informação de saúde necessária para tomar as decisões mais adequadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|
| 2.F.3. Preciso quase sempre de pedir ajuda a terceiros para procurar informação sobre questões relacionadas com a minha saúde/bem-estar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.4. De um modo geral prefiro ir ao médico acompanhado para garantir que toda a informação da consulta é partilhada com terceiros que me ajudarão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.5. Sinto que tenho demasiada informação sobre saúde e tenho dificuldade em identificar a mais credível. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.6. De um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldades em encontrá-la. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.7. De um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldades em entender o que devo fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.8. Tenho dificuldade em encontrar a informação sobre saúde que procuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.9. Tenho dificuldade em compreender a informação sobre saúde que encontro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.10. Por vezes cometo erros por que não percebo a informação que me é dada sobre como tomar medicamentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.11. Por vezes falto a consultas por não perceber a informação que me é dada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.12. Por vezes não realizo os exames que devia por não compreender o que devo fazer ou onde me devo dirigir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2.F.13. Percebo as indicações que me são dadas, mas, por vezes, opto por não as seguir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

Módulo 3

| | Nunca | Menos de 1 vez por semana | Nem todas as semanas, mas pelo menos 1 vez por mês | Pelo menos 1 vez por semana, mas não todos os dias | Todos os dias | Não sei, Não respondo |
|--|-------|---------------------------|--|--|---------------|-----------------------|
| 3.A. As questões seguintes referem-se a atividades de leitura que desenvolve no seu dia-a-dia (incluindo as que fazem parte do seu trabalho atual, ou estudo) No seu dia-a-dia, com frequência: | | | | | | |
| 3.A.1. Lê indicações ou instruções? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.A.2. Lê cartas, circulares, memorandos ou mensagens de correio eletrónico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.A.3. Lê artigos em jornais, revistas ou boletins informativos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.A.4. Lê artigos em jornais profissionais ou publicações académicas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.A.5. Lê livro, de ficção ou não-ficção? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.A.6. Lê manuais ou materiais de referência? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.A.7. Lê guias de remessa, faturas, relatórios bancários ou outros documentos de carácter financeiro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|
| 3.A.8. Lê diagramas, mapas ou esquemas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
|---|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | | |
|--|-------|---------------------------|--|--|---------------|-----------------------|
| <p>3.B. As questões seguintes referem-se a atividades de escrita que desenvolve no seu dia-a-dia (incluindo as que fazem parte do seu trabalho atual, ou estudo) No seu dia-a-dia, com frequência:</p> | Nunca | Menos de 1 vez por semana | Nem todas as semanas, mas pelo menos 1 vez por mês | Pelo menos 1 vez por semana, mas não todos os dias | Todos os dias | Não sei, Não respondo |
| 3.B.1. Escreve cartas, circulares, memorandos ou mensagens de correio eletrônico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.B.2. Escreve artigos para jornais, revistas ou boletins informativos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.B.3. Escreve relatórios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

| | | | | | | |
|--|-------|---------------------------|--|--|---------------|-----------------------|
| <p>3.C. As questões seguintes referem-se a atividades que envolvem números, quantidades, informações numéricas, estatística ou matemática, que desenvolve no seu dia-a-dia (incluindo como parte do seu trabalho atual, ou estudo) No seu dia-a-dia, com frequência:</p> | Nunca | Menos de 1 vez por semana | Nem todas as semanas, mas pelo menos 1 vez por mês | Pelo menos 1 vez por semana, mas não todos os dias | Todos os dias | Não sei, Não respondo |
| 3.C.1. Medir ou fazer estimativas de tamanhos, pesos, distâncias, etc.? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.C.2. Calcular preços, custos ou orçamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.C.3. Usar ou calcular frações, valores decimais ou percentagens? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.C.4. Usar uma calculadora – manual ou no computador? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.C.5. Interpretar diagramas, gráficos ou tabelas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

| | | |
|--|-----|-----|
| 3.D. Já alguma vez utilizou um computador? | Sim | Não |
| | 1 | 2 |

3.E. Qual das seguintes afirmações se aplica melhor à sua situação? **(LER E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | | |
|--|----|-------------------------------------|
| Consulto a internet sem o auxílio de ninguém e tenho-a em casa | 1 | (PASSAR PARA A PERGUNTA 3.H) |
| Consulto a internet sem auxílio de ninguém, mas não tenho em casa | 2 | (PASSAR PARA A PERGUNTA 3.H) |
| Tenho internet em casa, mas preciso de alguma ajuda para consultar | 3 | (PASSAR PARA A PERGUNTA 3.H) |
| Tenho internet em casa, mas não sei usar | 4 | (PASSAR PARA A PERGUNTA 3.G) |
| Não tenho internet e não sei usar | 5 | (PASSAR PARA A PERGUNTA 3.F) |
| Ns/Nr | 99 | |

3.F. Por que motivo não tem internet em casa / não a sabe usar? **(LER E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | | |
|-------------------------------------|----|-------------------------------------|
| Porque não preciso | 1 | |
| Porque é cara | 2 | |
| Porque não confio | 3 | |
| Porque não sei mexer num computador | 4 | |
| Outra. Qual? | 5 | (PASSAR PARA A PERGUNTA 3.J) |
| Ns/Nr | 99 | |

3.G. Por que motivo – tendo internet – não a sabe usar? **(LER E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | | |
|---|----|-------------------------------------|
| Porque não preciso | 1 | |
| Porque não confio | 2 | |
| Porque tenho alguém que faça isso por mim | 3 | |
| Outro. Qual? | 4 | (PASSAR PARA A PERGUNTA 3.J) |
| Ns/Nr | 99 | |

3.H. Com que frequência utiliza a internet? **(LER E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|---------------|---|
| 1x/mês | 1 |
| 1x/semana | 2 |
| 2 a 3x/semana | 3 |
| Diariamente | 4 |

| <p>3.I. As questões seguintes referem-se à utilização de computadores e internet no seu dia-a-dia (incluindo no seu trabalho atual, ou estudo). Pode ser em casa ou noutros locais que ofereçam serviços de internet, como no trabalho, local de estudo, ciber cafés ou bibliotecas. No seu dia-a-dia, com frequência:</p> | Nunca | Menos de 1 vez por semana | Nem todas as semanas, mas pelo menos 1 vez por mês | Pelo menos 1 vez por semana, mas não todos os dias | Todos os dias | Não sei, Não respondo |
|--|-------|---------------------------|--|--|---------------|-----------------------|
| 3.I.1. Utiliza o correio eletrónico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.I.2. Utiliza a internet para recolher informações específicas, como moradas, informações sobre produtos ou horários de autocarro ou comboio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.I.3. Utiliza a internet para compreender melhor assuntos relacionados com o seu trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.I.4. Efetua transações pela internet, por exemplo, aquisição ou venda de produtos ou serviços de transações bancárias? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.I.5. Utiliza software de folhas de cálculo, como o Excel? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.I.6. Utiliza um processador de texto, como o Word? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.I.7. Utiliza uma linguagem de programação, para programar ou escrever códigos informáticos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.I.8. Participa em conversas em tempo real na internet, por exemplo conferências ou grupos de conversação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

A TODOS

| | Muito fracas (ou não sei ler) | Fracas | Razoáveis | Boas | Muito boas | Não sei, Não respondo |
|---|-------------------------------|--------|-----------|------|------------|-----------------------|
| 3.J.1. De que modo avalia as suas competências atuais de leitura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.J.2. De que modo avalia as suas competências atuais de escrita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.J.3. De que modo avalia as suas competências atuais de cálculo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.J.4. De que modo avalia as suas competências atuais no uso do computador? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
| 3.J.5. De que modo avalia as suas competências atuais no uso da internet? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

Módulo 4

| | Excelente | Muito boa | Boa | Razoável | Má | Não sei, Não respondo |
|--|-----------|-----------|-----|----------|----|-----------------------|
| 4.A. De um modo geral diria que a sua saúde é: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |

| | |
|---|----------------|
| 4.B. Aproximadamente quantos dias, nos últimos 12 meses, não conseguiu ir trabalhar devido a uma doença temporária ou um problema de saúde? | Número de dias |
| | |

| | |
|---|----------------|
| 4.C. Aproximadamente quantos dias, nos últimos 12 meses, não conseguiu desenvolver as suas atividades habituais devido a uma doença temporária ou um problema de saúde? | Número de dias |
| | |

| | | |
|---|-----|-----|
| 4.D. Sofre de alguma doença prolongada? Por prolongada entende-se doenças ou problemas de saúde que se tenham prolongado, ou que seja previsto prolongarem-se, por 6 meses ou mais. | Sim | Não |
| | 1 | 2 |

| | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| 4.E. Tem alguma doença crónica? | Sim | Não |
| | 1 | 2 |
| 4.E.1. Se sim, quantas? | | |

Nota entrevistador: (se não tem, passe para a pergunta 4.G.)

| | | | |
|---|---------------------|------------------------------|------------------------|
| 4.F. Em que medida esteve limitado/a devido a este problema de saúde em atividades que as pessoas normalmente desenvolvem? Diria que esteve: (LER) | Seriamente limitado | Limitado, mas não seriamente | Sem qualquer limitação |
| | 1 | 2 | 3 |

A TODOS

| 4.G. Nos últimos 2 anos, quantas vezes esteve em contacto com: | Nunca | 1-2 vezes | 3-5 vezes | 6 ou mais vezes | Não sei, Não respondo |
|--|-------|-----------|-----------|-----------------|-----------------------|
| 4.G.1. <i>Serviços de urgência hospitalares</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 4.G.2. <i>Serviço "Saúde 24"</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 4.G.3. <i>Cuidados de Saúde Primária (Centros de Saúde ou USF)</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 4.G.4. <i>Outros profissionais de saúde como dentistas; fisioterapeutas, psicólogos)</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

Módulo 5

| 5.A. Sexo | Masculino | Feminino |
|-----------|-----------|----------|
| | 1 | 2 |

5.B. Idade do entrevistado: ' ___ ' ___ ' ANOS

5.C. Qual é o seu estado civil? **(REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|----------------|----|
| Solteiro(a) | 1 |
| União de facto | 2 |
| Casado(a) | 3 |
| Separado(a) | 4 |
| Divorciado(a) | 5 |
| Viúvo(a) | 6 |
| Ns/Nr | 99 |

5.D. Gostaria de saber, contando consigo, quantas pessoas vivem nesta casa.

5.D.1. Nº de pessoas residentes nesta casa: _____

5.D.2. Nº de pessoas residentes nesta casa com menos de 15 anos de idade: _____

5.E. Qual a sua naturalidade (em que país nasceu)? _____

5.F. Que língua fala frequentemente em casa? _____

5.G. Conhece alguma das línguas listadas em baixo? **(REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | Sim | Não |
|--------------------|-----|-----|
| Inglês | 1 | 2 |
| Francês | 1 | 2 |
| Alemão | 1 | 2 |
| Espanhol | 1 | 2 |
| Outra. Qual? _____ | | |

(se não a todas, passe para a pergunta 5.H.)

5.G.1. Se sim, qual o domínio sobre a que conhece melhor? **(REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|---|---|
| Tenho um domínio fluente | 1 |
| Compreendo com alguma dificuldade | 2 |
| Os meus conhecimentos não chegam para ler | 3 |
| Não sei nenhuma língua estrangeira | 4 |

5.H. Qual é o seu nível de instrução mais elevado que concluiu? **(LER E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|--|----|
| Não sabe ler nem escrever | 1 |
| Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever | 2 |
| 1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade) | 3 |
| 2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade) | 4 |
| 3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade) | 5 |
| Ensino secundário (12º ano de escolaridade) | 6 |
| Bacharelato/Curso médico (Ensino superior) | 7 |
| Licenciatura (Ensino superior) | 8 |
| Mestrado (Ensino superior) | 9 |
| Doutoramento (Ensino superior) | 10 |
| Ns/Nr | 99 |

5.I. Que idade tinha quando completou esse curso/grau? ' ___ ' ___ ' ANOS

| | | |
|--|-----|-----|
| 5.J. Nos últimos 12 meses frequentou algum nível de ensino ou curso com equivalência escolar (a tempo inteiro ou parcial)? | Sim | Não |
| | 1 | 2 |

(se não, passe para a pergunta 5.K.)

5.J.1. Se sim, qual o grau que frequentou ou está a frequentar? **(LER E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|--|----|
| Não sabe ler nem escrever | 1 |
| Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever | 2 |
| 1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade) | 3 |
| 2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade) | 4 |
| 3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade) | 5 |
| Ensino secundário (12º ano de escolaridade) | 6 |
| Bacharelato/Curso médico (Ensino superior) | 7 |
| Licenciatura (Ensino superior) | 8 |
| Mestrado (Ensino superior) | 9 |
| Doutoramento (Ensino superior) | 10 |
| Ns/Nr | 99 |

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 5.K. Nos últimos 12 meses participou em ações de formação ou teve aulas privadas? | 1 | 2 |
| 5.L. Participou em cursos realizados através de ensino à distância? | 1 | 2 |
| 5.M. Participou em sessões organizadas de acompanhamento em contexto profissional, enquadradas por um supervisor ou colega de equipa? | 1 | 2 |
| 5.N. Participou em seminários ou workshops? | 1 | 2 |

Qual é o nível de instrução mais elevado que os seus pais concluíram? **(LER E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| 5.O. PAI | | 5.P. MÃE | |
|--|----|--|----|
| Não sabe ler nem escrever | 1 | Não sabe ler nem escrever | 1 |
| Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever | 2 | Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever | 2 |
| 1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade) | 3 | 1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade) | 3 |
| 2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade) | 4 | 2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade) | 4 |
| 3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade) | 5 | 3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade) | 5 |
| Ensino secundário (12º ano de escolaridade) | 6 | Ensino secundário (12º ano de escolaridade) | 6 |
| Bacharelato/Curso médico (Ensino superior) | 7 | Bacharelato/Curso médico (Ensino superior) | 7 |
| Licenciatura (Ensino superior) | 8 | Licenciatura (Ensino superior) | 8 |
| Mestrado (Ensino superior) | 9 | Mestrado (Ensino superior) | 9 |
| Doutoramento (Ensino superior) | 10 | Doutoramento (Ensino superior) | 10 |
| Ns/Nr | 99 | Ns/Nr | 99 |

5.Q. Qual é a sua condição perante o trabalho? **(LER E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|---|----|
| Trabalha a tempo completo | 1 |
| Trabalha a tempo parcial | 2 |
| Está desempregado(a) com subsídio | 3 |
| Está desempregado(a) sem subsídio | 4 |
| Reformado(a) | 5 |
| Doméstica | 6 |
| Estudante | 7 |
| Está incapacitado permanentemente para o trabalho | 8 |
| Outra situação. Indique qual: | 9 |
| Ns/Nr | 99 |

5.R. Pode dizer-me a profissão que tem (ou tinha) na empresa ou organização em que trabalha (ou trabalhava)?

(Não aceitar como resposta “Funcionário Público” ou outras categorias mais abrangentes. Perceber a atividade profissional, como “técnico de informática”, “jardineiro”, etc.)

5.S. Qual a sua situação na profissão? **(LER E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|--|---|
| Patrão (com empregados) | 1 |
| Trabalhador por conta própria | 2 |
| Trabalhador em empreendimento familiar | 3 |
| Trabalhador por conta de outrem | 4 |
| Outra situação | 5 |

5.T. Em que escalão se insere o rendimento mensal líquido do seu agregado familiar? **(LER E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA)**

| | |
|--------------|----|
| ≤ 500€ | 1 |
| 501 a 1000€ | 2 |
| 1001 a 1500€ | 3 |
| 1501 a 2000€ | 4 |
| 2001 a 2500€ | 5 |
| 2501 a 4000€ | 6 |
| > 4001€ | 7 |
| Ns/Nr | 99 |

Anexo III – Questionário OMS-5

Organização Mundial de Saúde - Índice de Cinco Bem-Estar (OMS-5)

Casa Medidas de resultado e experiência Organização Mundial de Saúde - Índice de Cinco Bem-Estar (OMS-5)

O Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde - Cinco (OMS-5) é uma pequena medida auto-relatada do bem-estar mental atual. A medida foi introduzida em sua forma atual em 1998 pelo Escritório Regional da OMS na Europa como parte do projeto DEPCARE sobre medidas de bem-estar na atenção primária à saúde.

Propriedades psicométricas

Verificou-se que a OMS-5 tem validade adequada na triagem para depressão e na mensuração de resultados em ensaios clínicos. A análise da teoria da resposta ao item em estudos com pessoas mais jovens e idosos indica que a medida tem boa validade de construto como uma escala unidimensional que mede o bem-estar nessas populações (Winther Topp et al., 2015).

Populações

O WHO-5 é adequado para crianças com 9 anos ou mais. Dados normativos estão disponíveis para alguns países europeus (Winther Topp et al., 2015).

Tradução

O WHO-5 foi traduzido para mais de 30 idiomas. Por favor, consulte o site da OMS-5 para obter mais informações sobre versões traduzidas.

Administração

O WHO-5 é um pequeno questionário que pode ser relatado por crianças e jovens e administrado em uma variedade de configurações.

Pontuação e interpretação

A OMS-5 consiste em cinco declarações, que os entrevistados classificam de acordo com a escala abaixo (em relação às duas últimas semanas).

O tempo todo = 5

Na maioria das vezes = 4

Mais da metade do tempo = 3

Menos da metade do tempo = 2

Algumas vezes = 1

Em nenhum momento = 0.

A pontuação total bruta, variando de 0 a 25, é multiplicada por 4 para fornecer a pontuação final, com 0 representando o pior bem-estar imaginável e 100 representando o melhor bem-estar imaginável.

Termos de uso

O WHO-5 é gratuito e não requer permissão para uso.

Outras informações

Consulte o site da OMS-5 para obter informações e referências adicionais.

Referências

Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S. e Bech P. (2015). O índice de bem-estar da OMS-5: uma revisão sistemática da literatura. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

WHO. (1998). *Medidas de Bem-Estar na Atenção Primária à Saúde / The Depcare Project*. Escritório Regional da OMS para a Europa: Copenhague.

<https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/the-world-health-organisation-five-well-being-index-who-5/>

Psychiatric Research Unit

Mental Health Centre North Zealand

Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3

| | Durante as últimas duas semanas | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Mais de metade do tempo | Menos de metade do tempo | Algumas vezes | Nunca |
|---|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Senti-me alegre e bem disposto/a | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2 | Senti-me calmo/a e tranquilo/a | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3 | Senti-me activo/a e enérgico/a | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4 | Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5 | O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

Pontuação:

A pontuação bruta é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Pode ter valores de 0 a 25, em que 0 representa a pior e 25 a melhor qualidade de vida possível.

Para se obter uma pontuação sob a forma de percentagem, multiplica-se a pontuação bruta por 4.

Em valores percentuais, 0 representa a pior e 100 representa a melhor qualidade de vida possível.

Interpretação:

Recomenda-se a aplicação do Inventário para a Depressão Major (CID-10), se a pontuação bruta for inferior a '13', ou se o doente respondeu '0' ou '1' a qualquer um dos 5 itens. Uma pontuação inferior a 13 revela um fraco bem-estar, constituindo indicação para testar a depressão de acordo com a CID-10.

Monitorização de alterações:

O valor percentual é utilizado para monitorizar possíveis alterações no bem-estar. Uma variação de 10% indica uma alteração significativa. (ref. John Ware, 1995).

Anexo IV – Escala de sobrecarga do cuidador

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010, 2018)

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

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

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

Anexo V – Escala de Lawton e Brody

| Escala de Lawton e Brody | Pontuação |
|---|-----------|
| 1 Capacidade para usar o telefone: 3 <input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números. 2 <input type="checkbox"/> É capaz de marcar alguns números familiares 1 <input type="checkbox"/> Atende o telefone mas não marca números 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone | |
| 2 Fazer compras: 3 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias 2 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) as compras pequenas 1 <input type="checkbox"/> Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra 0 <input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de ir às compras | |
| 3 Preparação da comida: 3 <input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha 2 <input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos 1 <input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada. 0 <input type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições | |
| 4 Cuidado com a casa: 4 <input type="checkbox"/> Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados) 3 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama 2 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza 1 <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa 0 <input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica. | |
| 5 Lavar a roupa: 2 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) toda a sua roupa 1 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) apenas peças pequenas 0 <input type="checkbox"/> Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa | |
| 6 Usar os meios de transporte: 4 <input type="checkbox"/> Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro 3 <input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte 2 <input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém 1 <input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros 0 <input type="checkbox"/> Não viaja | |
| 7 Responsabilidade com a sua medicação: 2 <input type="checkbox"/> É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa 1 <input type="checkbox"/> Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação | |
| 8 Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos: 2 <input type="checkbox"/> Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias) 1 <input type="checkbox"/> Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco... 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de gerir o dinheiro | |
| PONTUAÇÃO FINAL | |

Tipo de :Preenchimento

1 Auto-preenchimento

2 Entrevista

Tempo de preenchimento: _____ minutos

Muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade

Anexo VI – Índice de Barthel

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as **actividades básicas de vida diária**. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

| Índice de Barthel | Pontuação |
|--|-----------|
| A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1 <input type="checkbox"/> Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para o cuidado pessoal | |
| B. Actualmente, consegue tomar banho: 1 <input type="checkbox"/> Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 <input type="checkbox"/> Não consegue tomar banho sozinho | |
| C. Actualmente, consegue vestir-se: 2 <input type="checkbox"/> Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0 <input type="checkbox"/> Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir | |
| D. Actualmente, consegue alimentar-se: 2 <input type="checkbox"/> Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 <input type="checkbox"/> Não consegue alimentar-se sozinho | |
| E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3 <input type="checkbox"/> Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 <input type="checkbox"/> Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio | |
| F. Actualmente, consegue subir e descer escadas 2 <input type="checkbox"/> Consegue subir e descer escadas 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue subir ou descer escadas | |
| G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3 <input type="checkbox"/> Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1 <input type="checkbox"/> Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas | |
| H. Actualmente, tem controlo na função intestinal 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função 1 <input type="checkbox"/> Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0 <input type="checkbox"/> Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister | |
| I Actualmente, controla a função urinária 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1 <input type="checkbox"/> Perde urina acidentalmente 0 <input type="checkbox"/> Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos | |
| J Actualmente, consegue ir à casa de banho 2 <input type="checkbox"/> Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho 0 <input type="checkbox"/> Não consegue ir à casa de banho sozinho | |
| PONTUAÇÃO FINAL | |

APÊNDICES

Apêndice I – Scoping review e prisma flow diagram

SCOPING REVIEW E PRISMA FLOW DIAGRAM

Título: Tipos de apoios aos cuidadores informais: uma *scoping review*.

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre os tipos de apoios disponíveis para os cuidadores informais.

Questão: Quais são os tipos de apoios disponíveis para os cuidadores informais?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE ACORDO COM A MNEMÓNICA PCC

Participantes: cuidadores informais, com mais de 18 anos.

Conceito: tipos de apoios.

Contexto: cuidados prestados no domicílio/comunidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA AS FONTES DE INFORMAÇÃO

Esta revisão scoping considerou todos os estudos Quantitativos, Qualitativos e de Revisão Sistemática. Foram incluídos na scoping review os estudos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINHALL (via EBSCOhost Integrated Search), Scopus e ScienceDirect, redigidos em português, inglês e espanhol, não foram considerados limites temporais no decorrer da pesquisa.

Resultados da pesquisa por base de dados

| Base de dados: MEDLINE Complete | Base de dados: CINHALL complete | Base de dados: Scopus | Base de dados: ScienceDirect |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Resultados: 85 | Resultados: 12 | Resultados: 17 | Resultados:97 |
| Pesquisa a 4 de Junho de 2020 | Pesquisa a 4 de Junho de 2020 | Pesquisa a 4 de Junho de 2020 | Pesquisa a 4 de Junho de 2020 |
| S1 MH "caregivers" | S1 "informal caregivers" | | |
| S2 "informal caregivers" | S2 "types of support" | | |
| S3 S1 OR S2 | S3 S1 AND S2 | | |
| S4 "types of support" | | | |
| S5 S3 AND S4 | | | |

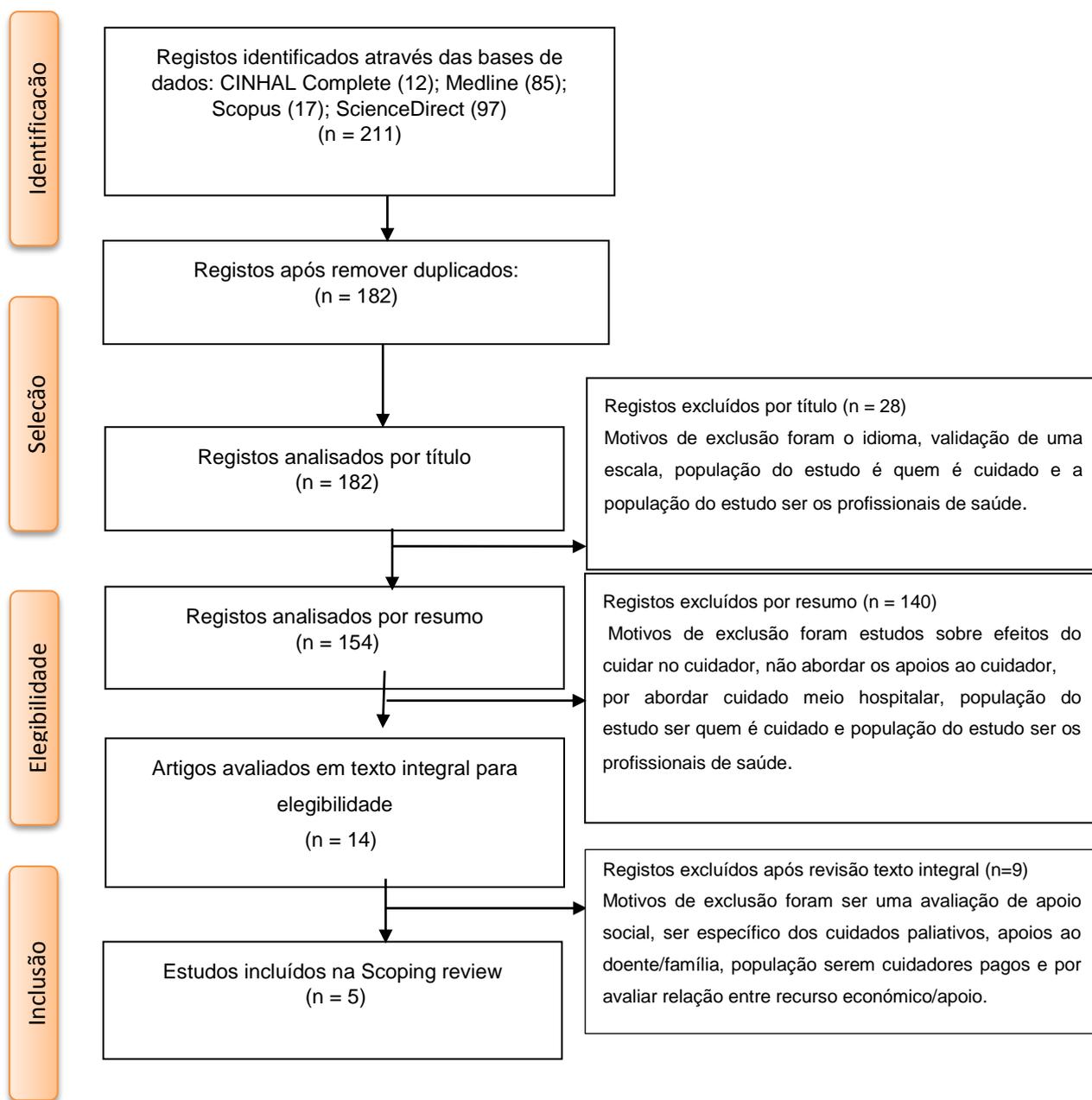


Figura 1. *Prisma flow diagram* (adaptado) do processo de seleção dos estudos.

Apêndice II – Tabela de extração de dados

| Título/Autores/ País | Tipo de estudo/ Participantes | Objetivos do estudo | Conceito de cuidador/ conceito de apoio | Tipos de apoios | Caracterização dos cuidadores e pessoa cuidada | Instrumentos de colheita de dados | Análise dos resultados | Conclusões |
|---|--|--|---|--|--|---|--|---|
| Mapping support policies for informal carers across the European Union Courtin, Jemai & Mossialos (2014) | Revisão sistemática Questionário a 27 especialistas nacionais. | Conhecer a disponibilidade de apoio direto e indireto a prestadores de cuidados informais em toda a União Europeia. | Foi usada uma definição ampla considerando o cuidador informal aquele que presta ajuda aos familiares mais velhos com limitações funcionais. | .Apoio financeiro direto e indireto .Aconselhamento .Formação .Repouso .Treinamento | ... | Pesquisa nas bases de dados SCOPUS, CINAHL, Francis, Google Scholar, Opengrey e SSRN. Instrumento desenvolvido com base contexto nacional e tipo de apoios disponível. Recolha de dados de janeiro e | Os países que apresentam maior oferta de apoio são Áustria, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, Irlanda, Letônia, Luxemburgo, Holanda e Espanha. Os especialistas de Chipre, Estônia, Polónia e Eslovênia referem não haver | As políticas são desiguais na EU Criar forma de avaliar as necessidades e apoiar os prestadores de cuidados informais. Investir na recolha e monitorização de informações sobre os prestadores de cuidados informais. Elaboração de políticas de apoio adequadas e |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|-----|--------------------------------------|--|---|
| | | | | | | outubro de 2012 | de qualquer tipo de apoio. Os serviços de assistência de repouso e apoio financeiro são os apoios mais comuns. A Irlanda apresenta uma rede de apoio aos cuidadores designada "Cuidando de Cuidadores" | avaliar o seu impacto. |
| The effect of caregiver support interventions for informal caregivers | Revisão sistemática de acordo com a Declaração do | O cuidador informal é uma pessoa que fornece cuidados a um parente, amigo ou vizinho que | Cuidador informal é a pessoa que fornece cuidado a um parente, amigo ou vizinho que | .Descanso do cuidador .Apoio psicossocial . Apoio a tecnologia da informação e | ... | Pesquisa nas bases de dados Medline, | Esta revisão de literatura fornece uma visão | Os cuidados de repouso visam o descanso do cuidador |

| | | | | | | | |
|--|---------------|--|---|---------------------|---|---|--|
| <p>of community-dwelling frail elderly: a systematic review</p> <p>Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen (2012)</p> | <p>Prisma</p> | <p>precise de cuidados prolongados regularmente, sem recurso a um profissional ou organização voluntária. Tem que haver um relacionamento pessoal entre o cuidador e quem recebe os cuidados</p> | <p>precise de cuidados prolongados de forma regular e não através de um profissional ou organização voluntária. Tem que haver um relacionamento pessoal entre o cuidador e quem recebe o cuidado.</p> | <p>comunicação.</p> | <p>PsychINFO, Enfermagem Ovid, Cinahl, Embase, Cochrane e British Nursing Index. Realizada em setembro de 2010.</p> | <p>geral da literatura relevante sobre os efeitos de diferentes tipos de apoio do cuidador.</p> | <p>assumindo temporariamente os cuidados aos idosos. O apoio psicossocial e educacional visa fortalecer o cuidador na sua capacidade de gerir e lidar com o papel de cuidar. A preferência do apoio aos cuidadores informais é o apoio integrado, ou seja adaptado às suas necessidades individuais físicas, psicológicas e sociais.</p> |
|--|---------------|--|---|---------------------|---|---|--|

| | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|--|--|---|--|---|
| <p>A pilot evaluation of the Family Caregiver Support Program</p> | <p>Estudo descritivo 177 cuidadores informais</p> | <p>Avaliar o apoio ao cuidador familiar do Programa de Apoio ao Cuidador Familiar.</p> | <p>...</p> | <p>.Aconselhamento e educação .Apoio financeiro .Repouso do cuidador</p> | <p>6 participantes já não estavam a prestar cuidados, sendo incluídos 164 questionários. Cuidadores que receberam serviços de apoio financiados pela FCSP entre 2001 e 2003. .74% dos cuidadores eram do sexo feminino 17% do sexo masculino As idades variaram de os 20 e os 81 anos, sendo a idade média de 57 anos. Cuidadores do</p> | <p>“Caregiver Appraisal Scale” “Subjective and Objective Burden Scale” “Mastery Scale” Recolha de dados entre 2001 e 2003.</p> | <p>Os resultados do estudo podem ser usadas para futuramente desenvolver serviços de apoio ao prestador de cuidados. O uso de serviços de aconselhamento e educação foi associado a uma diminuição de sobrecarga subjetiva do cuidador. O uso dos serviços poderia ser</p> | <p>Informações valiosas sobre o efeito do serviços de apoio. Compreensão de que tipos de serviços podem estar associados a resultados particulares do cuidador. Útil para os profissionais da comunidade e para a elaboração de programas e de políticas para os prestadores de cuidados informais.</p> |
|---|---|--|------------|--|--|---|--|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|---|--|
| | | | | | cônjuge / companheiro (48,8%) e dos pais (41,2%). | | maior se os cuidadores tivessem maior capacidade financeira. | |
| The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers Koopmanschap, Exel, Bosc, Berg & Brouwer (2004) Holanda | estudo exploratório 950 cuidadores informais | Esclarecer as preferências dos cuidadores em relação a apoio e descanso. | O cuidado de apoio é definido como o fornecimento prático e apoio emocional ou informação aos cuidadores para melhorar as suas capacidades de cuidar. O cuidado de pausa é definido assumindo temporariamente os cuidados informais para dar uma pausa ao cuidador e / ou habilitar o cuidador a participar de outras atividades (predominantemente sociais). | .Repouso do cuidador .Comunicação com outros cuidadores informais .Informação dos profissionais de saúde | A média de idade dos cuidadores é de 60 anos. 77% deles são do sexo feminino. 76% são casados. 25% dos cuidadores realizam trabalho remunerado, 42% são donas de casa / homens e 21% são reformados. 50% presta cuidados ao seu Companheiro, 39 % é outro | <i>Caregiver strain index (CSI)</i> <i>Self-rated burden (SRB)</i> <i>EuroQoI-5D</i> Recolha de dados entre novembro de 2001 e fevereiro de 2002. | Este estudo é um ponto de partida para explorar futuramente as preferências dos cuidadores por apoio e descanso na prestação de cuidados e as características do cuidador. A exaustão do cuidador é a | As preferências dos cuidadores por diferentes tipos de programas de assistência e apoio podem estar relacionados com a relação custo- efetividade. As instituições têm foco de intervenção nos grupos-alvo mais urgentes. |

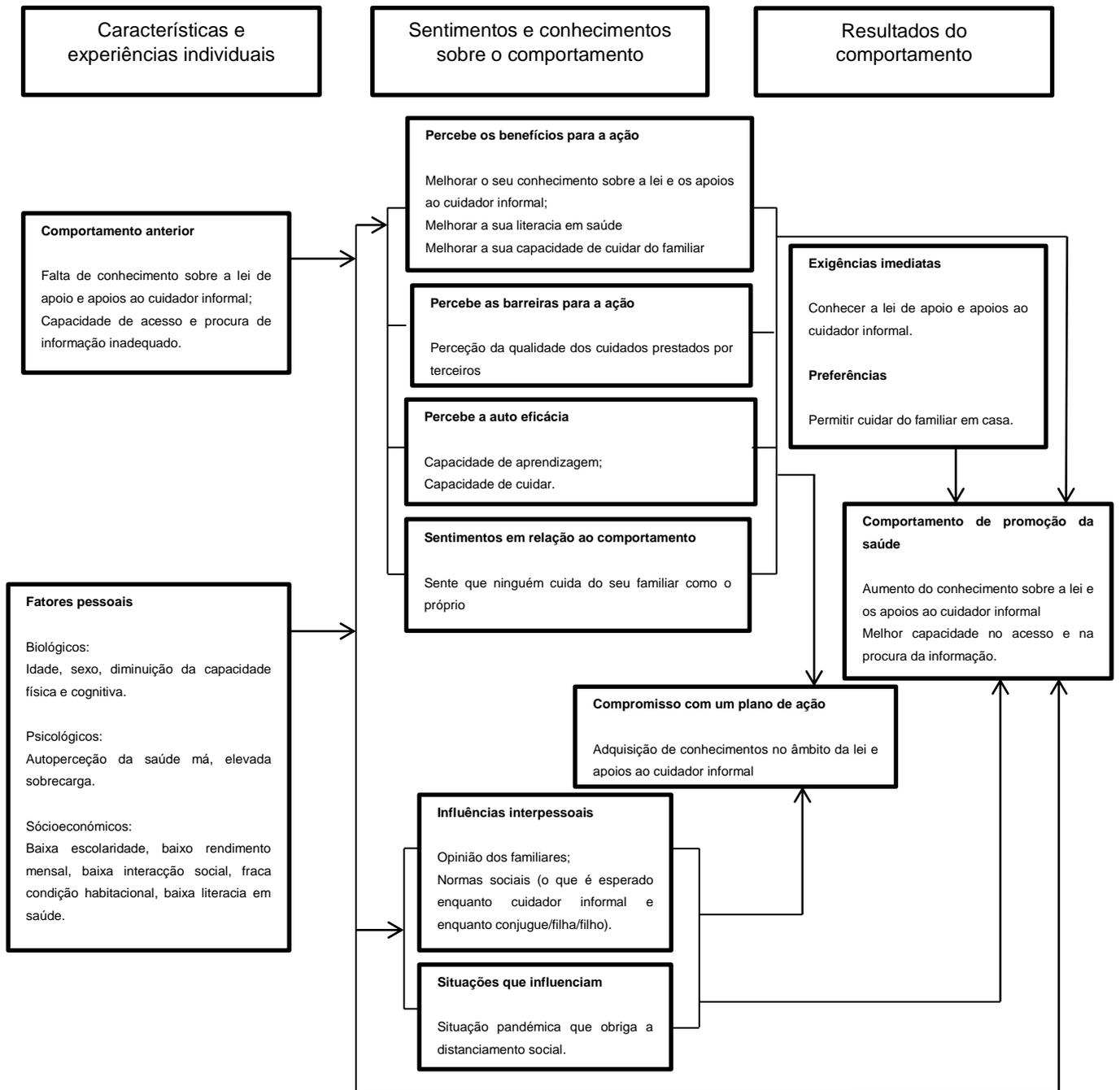
| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| | | | | | membro da família | | característica mais associada ao desejo de descanso. | |
| | | | | | Prestam em média 7 horas de cuidados/ dia. | | | |
| Support Systems and Stress Reduction Among Workers Caring for Dependent Parents Lechner (1993) Estados Unidos | Pesquisa transversal 133 cuidadores informais | Investigar o impacto de três tipos de apoio - da família e amigos, do local de trabalho e de agências de serviços comunitários - sobre os resultados percebidos de stress e saúde de 133 cuidadores empregados de pais dependentes | Considera o cuidador de pais idosos e que se encontra a trabalhar. | .Apoio de amigos e familiares . Apoio da instituição de trabalho .Apoio de instituições da comunidade | Cuidador 86% eram mulheres 60% brancas , 25% eram negras, 8% eram hispânicas e 7% outra. A idade média dos entrevistados era 49 anos. 45% eram casados, 29% eram solteiros, 5% viúvos e 21 % eram separados ou | Questionário de escolha múltipla com base nas escalas: The Activities of Daily Living (ADL) Index The Relationship with the Supervisor Scale The Impact of Caregiving Scale The Role Strain Scale The Physical Conditions | Os cuidadores que receberam apoio emocional e a ajuda mais prática de familiares/ amigos/ instituições comunitárias referem um menor número de mudanças negativas na sua vida. Não é clara a lacuna | O mundo do trabalho e vida familiar não podem ser separadas. As mulheres são os cuidadores predominantes, pelo que as empresas percebem que é importante desenvolver benefícios e serviços no local de trabalho com foco nas responsabilidades familiares. |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-------|---|
| | | | | | <p>divorciados.</p> <p>60% não tinha filhos a viver com eles.</p> <p>49% vive com os pais em suas próprias casas ou nas casas dos pais.</p> <p>Dependente</p> <p>.84% eram mulheres</p> <p>73% tinham mais de 74 anos com várias doenças crónicas (artrite, problemas cardíacos, senilidade e acidente vascular cerebral)</p> <p>70% precisavam de ajuda</p> | Scale | <p>entre os serviços recebidos e desejados.</p> <p>Necessidade de organizações de incentivar a implementação de benefícios e serviços direcionados às necessidades dos cuidadores no trabalho.</p> <p>Importante intervenções precoces.</p> |
|--|--|--|--|--|--|-------|---|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | <p>constante para fazer compras, fazer tarefas domésticas, cozinhar e chegar a lugares fora da área a pé;</p> <p>45% exigiam assistência contínua ou frequente no banho e na medicação;</p> <p>10% precisam de ajuda para comer.</p> <p>71% tem serviços comunitários</p> | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|

Apêndice III – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
(Adaptado)

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



(Adaptado do Modelo de Promoção de Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons, 2015)

Apêndice IV – Cronograma

Cronograma das atividades a realizar no desenvolvimento do projecto

| | 2020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------|---|---|---|--------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|--------|---|---|---|--------|---|---|---|------|---|---|---|
| | junho | | | | julho | | | | setembro | | | | outubro | | | | novembro | | | | dezembro | | | | janeiro | | | | fevereiro | | | | março | | | | | abril | | | | maio | | | |
| | semana | | | | semana | | | | semana | | | | semana | | | | semana | | | | semana | | | | semana | | | | semana | | | | | semana | | | | semana | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pesquisa Bibliográfica | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | |
| Orientação Tutorial | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico da Situação de Saúde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definição de Prioridades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fixação de Objetivos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleção de Estratégias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparação da Execução | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementação do Projeto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Relatório de Estágio | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Entrega do Relatório de Estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | |

Legenda:

Realizado 

Apêndice V – Consentimento informado do participante

Modelo de consentimento informado, livre e esclarecido do participante
Investigação no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em
Enfermagem Comunitária

Autora: Fernanda Daniela Moura Silva

(Enfermeira do Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa,
fernandasilva@campus.esel.pt Telemóvel 912799022).

O atual trabalho de investigação, intitulado “Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais” insere-se num estudo que decorre no âmbito do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária. Encontro-me a realizar um estágio na UCSP tendo como supervisora clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e como Orientadora Científica a Professora Doutora Andreia Costa.

O presente estudo tem como objetivo conhecer as necessidades de apoio e os apoios comunitários disponíveis aos cuidadores informais. Pretendo contribuir para um aumento do conhecimento sobre este tema, sendo necessário portanto incluir neste estudo a participação de cuidadores informais, a sua colaboração é fundamental.

No que diz respeito à sua colaboração se decidir participar será esclarecido que o presente estudo inclui dois momentos, a fase de diagnóstico e a fase de intervenção e a sua participação em cada fase.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A recolha de informações será efetuada através de questionário, de salientar que despenderá de cerca de 30 minutos do seu tempo para o seu preenchimento.

O resultado da investigação, orientada pela Professora Doutora Andreia Costa, será apresentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) podendo, se desejar, contactar a sua autora para conhecer os resultados obtidos. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo do presente estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si, embora numa fase mais avançada poderá não haver lugar à eliminação dos dados recolhidos até aquele momento.

O presente consentimento será feito em duplicado, ficando uma via para o investigador e outra para o participante. Em caso de pessoa menor será pedido consentimento da pessoa legalmente responsável. Se algum participante não souber ler ou escrever, o consentimento será lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento será obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha.

Declaro assim, ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que abaixo assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Aceito assim, participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Investigadora:

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Participante

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

| |
|--|
| <p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CC Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p> |
|--|

Apêndice VI – Consentimento informado da pessoa cuidada

Modelo de consentimento informado, livre e esclarecido da pessoa cuidada
Investigação no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em
Enfermagem Comunitária

Autora: Fernanda Daniela Moura Silva

(Enfermeira do Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa,
fernandasilva@campus.esel.pt Telemóvel 912799022).

O atual trabalho de investigação, intitulado “Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais” insere-se num estudo que decorre no âmbito do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária. Encontro-me a realizar um estágio na UCSP tendo como supervisora clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e como Orientadora Científica a Professora Doutora Andreia Costa.

O presente estudo tem como objetivo conhecer as necessidades de apoio e os apoios comunitários disponíveis aos cuidadores informais. Pretendo contribuir para um aumento do conhecimento sobre este tema, sendo necessário portanto incluir neste estudo a participação de cuidadores informais, a sua colaboração é fundamental.

No que diz respeito à sua colaboração se decidir participar será esclarecido que o presente estudo inclui dois momentos, a fase de diagnóstico e a fase de intervenção e a sua participação em cada fase.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A recolha de informações será efetuada através de questionário, de salientar que despenderá de cerca de 30 minutos do seu tempo para o seu preenchimento.

O resultado da investigação, orientada pela Professora Doutora Andreia Costa, será apresentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) podendo, se desejar, contactar a sua autora para conhecer os resultados obtidos. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo do presente estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si, embora numa fase mais avançada poderá não haver lugar à eliminação dos dados recolhidos até aquele momento.

O presente consentimento será feito em duplicado, ficando uma via para o investigador e outra para o participante. Em caso de pessoa menor será pedido consentimento da pessoa legalmente responsável. Se algum participante não souber ler ou escrever, o consentimento será lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento será obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha.

Declaro assim, ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que abaixo assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Aceito assim, participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Investigadora:

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Participante

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

| |
|--|
| <p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CC Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p> |
|--|

Apêndice VII – Questionário sociodemográfico

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

QUESTIONÁRIO

O questionário é anónimo e confidencial, pelo que solicito que não coloque em parte alguma, algo que o possa identificar.

Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível, assinalando com uma cruz (X) a opção que melhor se adequa a Si. Não há respostas certas ou erradas em nenhuma das questões levantadas.

Desde já um Muito Obrigada pela sua participação!

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- Qual é a sua idade? _____anos.

2- Qual é a sua nacionalidade? _____

3 - Qual é a sua profissão? _____

4- É do sexo: Feminino Masculino

5 – Vive em habitação própria? Sim Não

6 – Vive só com o familiar de quem cuida? Sim Não

6.1.-Se **Não**, quantas pessoas constituem o agregado familiar? _____

6.2.-Qual o seu grau de parentesco com as pessoas do agregado familiar?

Pai

Mãe

Filho/Filha

Marido

Outros _____

7 – Qual é a idade da pessoa de quem cuida? _____anos

8 – Há quanto tempo cuida do seu familiar? _____

9- Quanto tempo por dia considera que utiliza para prestar cuidados? _____

10- Quando tem alguma situação com a qual não sabe como lidar a quem costuma recorrer?

Enfermeiro

Farmacêutico

Outro Qual? _____

11 - Conhece os recursos que existem na comunidade, para o capacitar/habilitar a prestar melhores cuidados ao seu familiar? Sim Não

11.1.- Se **Sim**, como teve conhecimento dessa informação?

Profissionais de saúde Quais? _____

Técnico do serviço social

Internet

Televisão

Outros _____

12 - Já recorreu a alguns destes recursos?

Manual/ Guia do Cuidador

Folhetos

Vídeos

Grupos de ajuda

Centro Saúde

Santa Casa Misericórdia Lisboa

Outros _____

13 – Conhece os apoios a que tem direito enquanto cuidador? Sim Não

13.1.-Se **Sim**, como teve conhecimento dessa informação?

Televisão

Profissionais de saúde Quais _____

Internet

Segurança Social

Outro _____

14 - Conhece a lei que estabelece os apoios para os cuidadores? Sim Não

14.1.- Se **Sim**, como teve conhecimento dessa informação?

Televisão

Profissionais de saúde Quais? _____

Internet

Segurança Social

Outro _____

15- Desde que é cuidador teve algum apoio de alguma instituição? Sim Não

15.1. – Se **Sim**, qual? _____

16 – Neste momento considera que necessita de algum tipo de apoio?

Sim Não

16.1. – Se **Sim**, qual? _____

17 – Tem conhecimento da lei que reconhece o Estatuto do Cuidador informal?

Sim Não

17.1. - Se **Sim**, como obteve o conhecimento dessa informação?

Televisão

Rádio

Segurança Social

Profissionais de saúde

Qual? _____

Outro _____

18 - Tem conhecimento de como deve proceder para ser reconhecido como cuidador informal no Instituto da Segurança Social (ISS)? Sim Não

19 - Quando tem dúvidas face aos seus direitos e deveres, procura esclarecer junto de quem?

ISS

Profissionais de saúde Qual? _____

Serviços de ação social

Autarquia

Outro _____

20 - Tem usufruído dos seus direitos como cuidador informal? Sim Não

20.1. – Se **Sim**, quais? _____

21 - Enquanto cuidador informal sabe quais são os seus deveres perante a pessoa cuidada? Sim Não

22 - Neste momento acrescentaria algum direito ou dever ao estatuto do cuidador informal? Sim Não

15.1. – Se **Sim**, quais? _____

Muito obrigada!

Apêndice VIII – Escala da magnitude do problema

| Magnitude (% de cuidadores informais) | Valor |
|--|--------------|
| 0-20% | 0 |
| 21 - 40% | 2 |
| 41-50% | 4 |
| 51-60% | 6 |
| 61-80% | 8 |
| 81-100% | 10 |

Apêndice IX – Método de Hanlon (adaptado) para priorização dos
problemas identificados

| Problemas identificados | A | B | C | D | Valor de prioridade | Ordem de prioridade |
|--|----------|----------|----------|----------|--------------------------------|--------------------------------|
| 60% dos cuidadores informais apresenta uma sobrecarga severa | 6 | 10 | 0,5 | 0 | 0 | Eliminado |
| 40% dos cuidadores informais apresenta um fraco bem estar | 2 | 10 | 0,5 | 0 | 0 | Eliminado |
| 70% dos cuidadores informais não conhece os apoios ao cuidador informal | 8 | 7 | 1,5 | 1 | 22,5 | 2º |
| 90% dos cuidadores informais não conhecem a lei de apoio ao cuidador informal | 10 | 7 | 1,5 | 1 | 25,5 | 1º |
| 50% dos cuidadores informais referem precisar de apoio | 4 | 10 | 0,5 | 0 | 0 | Eliminado |
| 60% dos cuidadores informais tem um índice geral de literacia problemático | 6 | 8 | 1,0 | 1 | 14 | 4º |
| 80% dos cuidadores informais tem um índice de literacia em cuidados de saúde problemático | 8 | 8 | 1,0 | 1 | 16 | 3º |
| 40% dos cuidadores informais tem um índice de literacia em prevenção de doenças problemático | 2 | 8 | 1,0 | 1 | 10 | 6º |
| 50% dos cuidadores informais tem um índice de literacia em promoção da saúde problemático | 4 | 8 | 1,0 | 1 | 12 | 5º |
| 30% dos cuidadores informais consideram que a sua saúde é má | 2 | 10 | 0,5 | 0 | 0 | Eliminado |

Apêndice X – Tabela de atividades desenvolvidas

| Atividade | Quem | Quando | Onde | Como | Objetivo a atingir | Monitorização | Custo |
|--|--|---------------------------|---|---|---|---|--|
| Atividade 1 Divulgação de informação sobre a lei e os apoios disponíveis aos cuidadores informais na comunidade | A mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária | Semana de 8 a 12 de Março | Junta de freguesia Facebook da Junta de freguesia Junta de freguesia Sala de espera da UCSP. | Entrega nas caixas de correio do folheto e livro do cuidador. Divulgação de cartaz informativo na página da junta de freguesia. Contribuição para o Boletim Informativo com informação relativa ao cuidador informal. Afixação de um poster com informação ao cuidador informal. | Aumentar o conhecimento dos cuidadores informais no âmbito da lei de apoio Aumentar o conhecimento dos cuidadores informais no âmbito dos apoios disponíveis | Nº total de folhetos elaborados /Nº total de folhetos previstos * 100 Nº total de cartaz de divulgação na rede social elaborado /Nº cartaz de divulgação na rede social previstos*100 Nº total de material de divulgação numa rede social elaborado /material de divulgação numa rede social previstos*100 Nº total de posters elaborados /Nº de posters previstos*100 | Impressão de 30 folhetos, 30 livros do cuidador e um poster. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|------------------|---|--|--|--|
| <p>Atividade 2 Avaliação da informação fornecida dos cuidadores informais que participaram na atividade 1</p> | <p>A mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária com a Enfermeira da visita domiciliária</p> | <p>Semana de 14 a 18 de Março</p> | <p>Domicilio</p> | <p>Entrega e recolha de Questionário de satisfação do cuidador informal</p> | <p>Avaliar a satisfação dos cuidadores informais relativamente ao material informativo desenvolvido no âmbito da lei de apoio e dos apoios disponíveis</p> | <p>Nº total de cuidadores que considera útil/muito útil a informação disponibilizada/ Nº total de cuidadores* 100</p> <p>Nº total de cuidadores que considera que a informação permitiu aumentar o seu conhecimento sobre a lei de apoio e apoios/ Nº total de cuidadores* 100</p> | <p>Impressão de 10 Questionários de satisfação do cuidador informal.</p> |
|---|---|---|------------------|---|--|--|--|

Apêndice XI – Cartaz rede social

Apoio ao cuidador informal



Com apoio poderá cuidar melhor de si e do seu familiar

Informe-se na sua Unidade de Saúde

Apêndice XII – Informação Boletim

É CUIDADOR?

ESTA INFORMAÇÃO PODE AJUDÁ-LO.

As famílias são cada vez mais solicitadas a desempenhar um papel informal de prestador de cuidados. A vivência de cuidar de alguém dependente provoca adaptações não só na vida da pessoa cuidada como também da pessoa cuidadora. Para dar resposta a esta situação, é fundamental promover a capacitação do cuidador, garantindo que o grau de literacia em saúde (a capacidade que a pessoa tem em aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação de saúde) é adequado, mas também promover estratégias que possam contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Considera-se cuidador informal 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. O cuidador tem o direito de ser acompanhado, de receber formação e informação dos profissionais de saúde e da segurança social para o desenvolvimento das suas capacidades, tem direito de ser informado sobre a evolução da doença da pessoa cuidada. O cuidador tem ainda o direito de usufruir de apoio psicológico sempre que necessário e de beneficiar de períodos de descanso que visam proporcionar o seu bem-estar e equilíbrio emocional. É seu dever zelar pelo bem-estar da pessoa cuidada, promovendo a satisfação das suas necessidades básicas e instrumentais de vida diárias, atendendo e respeitando os interesses e direitos da pessoa cuidada. Enquanto cuidador informal deve ainda participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas e comunicar à equipa de saúde as alterações no estado de saúde da pessoa cuidada (Lei 100/2019, de 6 setembro).

A 1 de Junho de 2020 foram iniciados projetos-piloto em 30 concelhos (Lisboa não está incluída) do território nacional pelo período de 12 meses com o objetivo de aplicar de forma experimental as medidas de apoio.

As medidas de apoio poderão ser requeridas por cuidadores informais com estatuto reconhecido que residam nos concelhos abrangidos, estando previstas medidas de apoio comuns (profissionais de referência, formação e informação, apoio psicossocial, descanso do cuidador informal entre outras).

O papel de cuidador depende, nomeadamente, do estado físico e mental da pessoa cuidada, da frequência dos cuidados, da ajuda de que dispõe, entre outros. Para evitar a sua sobrecarga é importante que o cuidador tenha conhecimento de como agir e de onde e como pode pedir ajuda. Além da Unidade de Saúde onde é assistido, existem grupos de suporte, Associações de doentes, onde o cuidador pode expor as suas dificuldades, e partilhar experiências com pessoas na mesma situação.

ALGUNS LOCAIS ONDE PODE ENCONTRAR INFORMAÇÃO:

Em :

- ✓ Centro Social e Paroquial de 217112520; (Apoio Domiciliário, Fisioterapia);
- ✓ Grupo de Ação Comunitária- 217156513; (Informações a respeito da Saúde Mental);

- ✓ **Alzheimer Portugal**- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer- Contacto:213610 465; www.alzheimerportugal.org;
- ✓ **Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson**- Contacto: 939053 378; www.parkinson.pt; (Vídeos sobre: Como gerir a Medicação; Casa mais segura na doença de Parkinson).
- ✓ **APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal**- Contacto: 21 381 61 01; www.apdp.pt; (Apoia pessoas com diabetes, seus familiares e cuidadores).
- ✓ **APELA- Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica**- Contacto: 218491756; www.apela.pt; (ajudas para a comunicação).
- ✓ **Sociedade Portuguesa Esclerose Múltipla**- Contacto: 218 650 480 / 934 386 904 www.spem.pt. (Manual de Apoio à Vida com Esclerose Múltipla);
- ✓ **Portugal AVC**- União de Sobreviventes, Familiares e Amigos. Contacto: 963898059;www.portugalavc.pt; (Guia do sobrevivente e do cuidador, Grupos de Ajuda Mútua);

ALGUNS LOCAIS DIGITAIS:

- ✓ Associação Nacional de Cuidadores Informais- 937102684
www.ancuidadoresinformais.pt ;

- ✓ Biblioteca da Literacia em Saúde, biblioteca.sns.gov.pt;
- ✓ Cuidadores de Portugal

www.cuidadoresportugal.pt;

- ✓ eportugal.gov.pt- área do cuidador informal;

Referências bibliográficas:

Assembleia da Republica. (2019). Diário da Republica, 1ª Série I- Nº 171, Lei 100/2019, de 06 de Setembro;

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Guia dos Cuidadores- Cuidador Informal*;

Instituto da Segurança Social. (2020). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal.

Elaborado por:

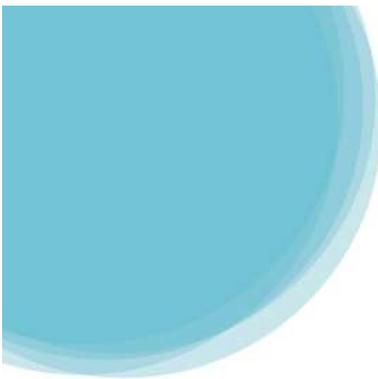


Escola Superior de Enfermagem de Lisboa- 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Fernanda Daniela Silva, Maria de Fátima Fernandes e Sónia Marisa Teixeira.

Projeto "Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa" coordenado pela Prof. Adriana Henriques e sob a orientação da Professora Andreia Costa.

Apêndice XIII – Folheto de apoio ao cuidador



Com apoio poderá
cuidar melhor de
si e do seu familiar!

Para obter mais informação:

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA

Largo Trindade Coelho 1200-470 Lisboa
Telefone: 213 235 000 | 213 235 060

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO JOÃO DE BRITO

Morada: AV. RIO DE JANEIRO N.º 42 - 2.º
DT.º 1700_Lisboa.

Telefone / Fax: 218405731 / 218404123

JUNTA DE FREGUESIA DE

**Morada: Largo Machado de Assis, 1700-116
Lisboa**

Telefone: 21 842 8370

USF

Morada: Av. do Brasil n.º 53, Pavilhão 33 -
Parque de Saúde de Lisboa

1749-080 Lisboa

Telefone: 217816440

CENTRO PAROQUIAL DO CAMPO GRANDE

Campo Grande, 24,4, 1700-094 Campo Grande
Telefone: 217812480

ASSOCIAÇÃO BENEFICÊNCIA CASAS SÃO VICENTE PAULO

Av. Mal. Craveiro Lopes 10, 1700-238 Lisboa
Telefone: 217521430

Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências da Saúde
Instituto de Saúde Pública e da Comunidade
Unidade de Cuidados Informais e Cuidado do Informal no
Município de Lisboa

Elaborado por Fernanda Daniela Moura Silva aliana de
1.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem
Comunitária
Projeto "Núcleo dos Cuidadores Informais no Município de Lisboa"
promovido pela CML, em parceria com a ESEL



Apoio ao cuidador informal



A Lei n.º 100/2019 aprova o Estatuto de Cuidador Informal estabelecendo as medidas de apoio ao cuidador. Propõe a criação de projetos-piloto em 30 concelhos do território nacional, o seu início foi a 1 de Junho de 2020 pelo período de 12 meses com o objetivo de aplicar de forma experimental as medidas de apoio.

Estes projetos refletem sobre a criação de um programa de enquadramento e acompanhamento, atribuição de um subsídio e definição de um plano de apoio ao cuidador pelos agrupamentos de centros de saúde. Numa articulação entre os serviços de solidariedade social e da saúde face às necessidades da pessoa cuidada e do cuidador informal.



Poderão requerer este apoio os cuidadores informais com estatuto reconhecido que residam nos concelhos abrangidos, considerando que o **cuidador informal** "é 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". (Lei n.º 100/2019, artigo 2.º, p.9)

É considerada **pessoa em situação de dependência** "a que por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária". (Decreto-Lei n.º 101/2006, artigo 3.º, p. 3857)

Estão previstas medidas de apoio comuns nomeadamente:

1. Profissionais de referência
2. Plano de Intervenção Específico ao cuidador (PIE)
3. Grupos de autoajuda
4. Formação e informação
5. Apoio psicossocial
6. Aconselhamento, acompanhamento e orientação
7. Descanso do cuidador informal
8. Promoção da integração no mercado de trabalho
9. Conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados.
10. Estatuto trabalhador – estudante

Assim como, medidas de apoio específicas nomeadamente:

1. Subsídio de apoio
2. Inscrição no regime de Seguro Social Voluntário
3. Promoção da integração no mercado de trabalho

Informe-se na sua Unidade de Saúde!



Apêndice XIV – Livro do cuidador

CUIDADORES INFORMAIS

Elaborado por:
Fernanda Daniela Moura da Silva
Maria de Fátima Fernandes
Sónia Marisa Silva Teixeira
Alunas do 11º Curso de Mestrado em
Enfermagem na Área de Especificação
em Enfermagem Comunitária.



APOIOS, RECURSOS, DIREITOS E DEVERES



Abstract: Este trabalho tem como objetivo principal analisar o papel do cuidador informal no contexto da saúde pública e o papel do cuidador informal no contexto da saúde pública. O trabalho foi desenvolvido através de uma revisão da literatura e da análise de dados recolhidos em estudos realizados em Portugal e no estrangeiro. O trabalho foi desenvolvido através de uma revisão da literatura e da análise de dados recolhidos em estudos realizados em Portugal e no estrangeiro.

Apoios

A 1 de Junho de 2020 foram iniciados projetos-piloto em 30 concelhos do território nacional pelo período de 12 meses com o objetivo de aplicar de forma experimental as medidas de apoio.

As medidas de apoio poderão ser requeridas por cuidadores Informais com estatuto reconhecido que residam nos concelhos abrangidos, estão previstas medidas de apoio comuns nomeadamente:

1. Profissionais de referência
2. Plano de Intervenção Específico ao cuidador (PIE)
3. Grupos de auto-ajuda
4. Formação e informação
5. Apoio psicossocial
6. Aconselhamento, acompanhamento e orientação
7. Descanso do cuidador informal
8. Promoção da integração no mercado de trabalho
9. Conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados.
10. Estatuto trabalhador – estudante

Assim como, medidas de apoio específicas nomeadamente:

1. Subsídio de apoio
2. Inscrição no regime de Seguro Social Voluntário
3. Promoção da integração no mercado de trabalho



Portaria n.º 64/2020 de 10 de março

INFORMAÇÕES ÚTEIS

LEGISLAÇÃO

Decreto Legislativo Regional n.º 22/2019/A - Regime Jurídico de Apoio ao Cuidador Informal na Região Autónoma dos Açores

- Despacho Normativo n.º 9/2020 de 12 de março de 2020 - Altera o Despacho Normativo n.º 11/2016, de 16 de fevereiro, criando o serviço de higiene pessoal três vezes por dia e o serviço de apoio ao cuidador informal

- Portaria n.º 19/2020 de 12 de fevereiro de 2020 - Regulamenta a organização e o funcionamento do Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal

- Portaria n.º 18/2020 de 12 de fevereiro de 2020 - Regulamenta a constituição, o funcionamento e a gestão da Bolsa de Cuidadores

- Portaria n.º 94/2020 de 6 de julho de 2020 - Altera a Portaria n.º 12/2016, de 19 de fevereiro. (Define a comparticipação dos utentes na prestação do serviço de apoio domiciliário, integrados em vagas contratadas entre a instituição prestadora do serviço e o Instituto da Segurança Social dos Açores, IPRA.)

- Portaria n.º 17/2020 de 12 de fevereiro de 2020 - Aprova o modelo do cartão de identificação do Cuidador Informal

- Portaria n.º 65/2020 de 28 de maio de 2020 - Altera a Portaria n.º 17/2020, de 12 de fevereiro. (Aprova o modelo do cartão de identificação do Cuidador Informal)

- Despacho Normativo n.º 5/2020 de 12 de fevereiro de 2020 - Estabelece as regras de atribuição do apoio financeiro ao Cuidador Informal

- Despacho Normativo n.º 16/2020 de 28 de maio de 2020 - Altera o Despacho Normativo n.º 5/2020, de 12 de fevereiro. (Estabelece as regras de atribuição do apoio financeiro ao Cuidador Informal)

Deveres

O cuidador informal deve:

- Zelar pelos seus interesses e direitos;
- Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação dos profissionais da área da saúde;
- Comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada;
- Garantir o acompanhamento imprescindível ao bem-estar geral da pessoa cuidada;
- Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária;
- Zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde;
- Desenvolver estratégias para promover: a autonomia; a independência; a comunicação e a socialização da pessoa cuidada;
- Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo;
- Assegurar as condições de higiene habitacional e de higiene da pessoa cuidada;
- Assegurar uma alimentação e hidratação adequada à pessoa cuidada;
- Participar nas ações de capacitação e formação;
- Informar, no prazo de 10 dias úteis a segurança social de qualquer alteração à situação que determinou o reconhecimento do Estatuto.

Para mais informação consulte:
Legislação: Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro

RECURSOS

As famílias são cada vez mais solicitadas a desempenhar um papel informal de prestador de cuidados. A vivência de cuidar de alguém dependente provoca adaptações não só na vida da pessoa cuidada como também da pessoa cuidadora. Para dar resposta a esta situação, é fundamental promover a capacitação do cuidador, garantindo que o grau de literacia em saúde (a capacidade que a pessoa tem em aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação de saúde) é adequado, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Existem Guias, Manuais e vídeos dirigidos ao cuidador e pessoa cuidada, existem ainda grupos de suporte, associações de doentes, onde se encontram pessoas na mesma situação, e onde o cuidador pode expor as suas dificuldades. Martins, Araújo, Peixoto & Machado (2016), referem que os cuidadores que frequentam estes programas aceitam melhor o papel de cuidador, não sentindo tanta pressão.



ALGUNS LOCAIS ONDE PODE ENCONTRAR INFORMAÇÃO:

- **Alzheimer Portugal**- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer- Contacto: 213610 465; www.alzheimerportugal.org;
- **Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson**- Contacto: 939053 378; www.parkinson.pt;
- **APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal**- Contacto: 21 381 61 01; www.apdp.pt;
- **APELA- Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica**- Contacto: 218491756; www.apela.pt;
- **Sociedade Portuguesa Esclerose Múltipla**- Contacto: 218 650 480 / 934 386 904 www.spem.pt;
- **Portugal AVC**- União de Sobreviventes, Familiares e Amigos. Contacto: 963898059; www.portugalavc.pt;

ALGUNS LOCAIS DIGITAIS:

- **Associação Nacional de Cuidadores Informais**- 937102684 www.ancuidadoresinformais.pt ;
- **Biblioteca da Literacia em Saúde** biblioteca.sns.gov.pt;
- **Cuidadores de Portugal** www.cuidadoresportugal.pt;
- eportugal.gov.pt- área do cuidador informal;

Em Benfica:

- **Associação Rute**- 217145511 (Apoio domiciliário e ajudas técnicas);
- **Centro Paroquial Nossa Senhora do Amparo**- 217600362 (Apoio domiciliário e banco de ajudas técnicas);
- Em :
- **Centro Social e Paroquial de** - 217112520; (Apoio Domiciliário, Fisioterapia);
- **Grupo de Ação Comunitária**- 217156513; (Informações a respeito de Saúde Mental);

DIREITOS E DEVERES

A Lei n.º 100/2019, publicada no dia 6 de setembro de 2019, em Diário da República, aprovou o Estatuto do Cuidador Informal, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada.

Direitos

O cuidador informal tem Direito a:

- Ver reconhecido o seu papel enquanto Cuidador Informal;
- Informação e formação específica adequadas às necessidades da pessoa cuidada;
- Apoio psicológico sempre que necessário;
- Aconselhamento, acompanhamento e orientação;
- Descanso do cuidador para diminuir a sobrecarga física e emocional; Promoção da integração no mercado de trabalho;
- Ser ouvido na definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais;
- Subsídio de apoio atribuído ao cuidador informal principal, nos termos previstos no Estatuto. (Lein.º 100/2019, artigo 5º, p.10)



Apêndice XV – Questionário de satisfação

Questionário de satisfação do cuidador informal

Relativamente ao folheto que lhe foi fornecido no âmbito da lei de apoio ao cuidador informal, gostaria de pedir a sua colaboração para responder às 4 questões que se seguem. Desde já um Muito Obrigada pela sua participação!

1. Como considera a informação que consta do folheto que lhe foi fornecido?



| | | | | |
|------------|------|----------|------------|-----------|
| Muito útil | Útil | Razoável | Pouco útil | Nada útil |
|------------|------|----------|------------|-----------|

2. Considera que esta informação vai de encontro às suas necessidades?



| | | | | |
|------------|------|----------|------------|-----------|
| Muito útil | Útil | Razoável | Pouco útil | Nada útil |
|------------|------|----------|------------|-----------|

3. Considera que o folheto que lhe foi fornecido vai melhorar a sua capacidade de aceder a informação relativa a apoios ao cuidador informal?



| | | | | |
|------------|------|----------|------------|-----------|
| Muito útil | Útil | Razoável | Pouco útil | Nada útil |
|------------|------|----------|------------|-----------|

4. Esta informação permitiu aumentar o seu conhecimento relativo à lei e aos apoios ao cuidador informal?



| | | | | |
|------------|------|----------|------------|-----------|
| Muito útil | Útil | Razoável | Pouco útil | Nada útil |
|------------|------|----------|------------|-----------|

Apêndice XVI – Poster Apoio ao cuidador

Apoio ao Cuidador Informal



Com apoio
poderá cuidar
melhor de si e do
seu familiar

A Lei n.º 100/2019 aprova o Estatuto de Cuidador Informal estabelecendo as medidas de apoio ao cuidador. Propõe a criação de projetos-piloto em 30 concelhos do território nacional, o seu início foi a 1 de Junho de 2020 pelo período de 12 meses com o objetivo de aplicar de forma experimental as medidas de apoio.

Estes projetos refletem sobre a criação de um programa de enquadramento e acompanhamento, atribuição de um subsídio e definição de um plano de apoio ao cuidador pelos agrupamentos de centros de saúde. Numa articulação entre os serviços de solidariedade social e da saúde face às necessidades da pessoa cuidada e do cuidador informal.

Poderão requerer este apoio os cuidadores informais com estatuto reconhecido que residam nos concelhos abrangidos, considerando que o cuidador informal "é 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 sofre qualquer remuneração da atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada". [Lei n.º 100/2019, artigo 2.º, p.9]

É considerada **pessoa em situação de dependência** "a que por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária". (Decreto-Lei n.º 101/2006, artigo 3.º, p. 3857)

Estão previstas medidas de apoio comuns nomeadamente:

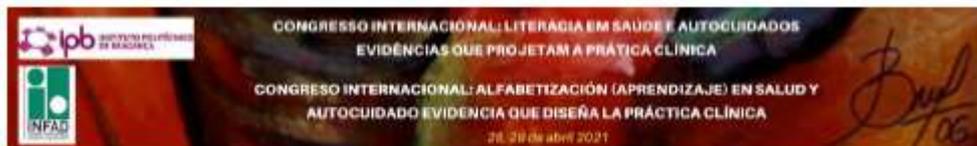
1. Profissionais de referência
2. Plano de Intervenção Específico ao cuidador (PIE)
3. Grupos de autoajuda
4. Formação e informação
5. Apoio psicossocial
6. Aconselhamento, acompanhamento e orientação
7. Descanso do cuidador informal
8. Promoção da integração no mercado de trabalho
9. Conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados.
10. Estatuto-trabalhador – estudante

Assim como, medidas de apoio específicas nomeadamente:

1. Subsídio de apoio
2. Inscrição no regime de Seguro Social Voluntário
3. Promoção da integração no mercado de trabalho

Informe-se com um profissional de saúde.

Anexo XVII – Aceitação, poster desenvolvido e certificado
Congresso “Literacia e autocuidado: evidências que projetam a
prática clínica”



Caro(a) Congressista

Caro(a) Autor

Cumpro, em nome dos Srs. Exmos. Presidentes do Congresso Internacional: Literacia em Saúde e Autocuidados: Evidências que Projetam a Prática Clínica, agradecer o interesse e a participação nesta iniciativa de partilha científica.

Informa-se que a Comissão Científica, após a apreciação do resumo que submeteu, sob o tema: “Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais”, deliberou a **ACEITAÇÃO** do mesmo para efeitos de póster, que irá ser projetado várias vezes durante o congresso.

Para o efeito, deverá remeter o poster em formato PDF, utilizando o [template-poster-final](#), até às **23h59 do dia 26 de abril** para o email congreso@infad.eu.

A atribuição dos prémios de melhores pósteres, está dependente da presença de pelo menos um dos autores na sessão de entrega de prémios, se não se encontrar nenhum autor presente o prémio será atribuído a outro póster conforme lista de classificação.

Qualquer dúvida ou questão adicional, por favor, contacte através do email: congreso@infad.eu.

Com os melhores cumprimentos,

Fernanda Daniela Silva | Mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. | fernanda@esf.ulisboa.pt

Andreia Costa | Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIEDEL), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal | andreia.costa@esf.ulisboa.pt

Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais

Introdução

Os países desenvolvidos, incluindo Portugal, apresentam um envelhecimento da população. Com o envelhecimento existem alterações das capacidades individuais levando por vezes a situações de dependência e necessidade de um cuidador.

O cuidador informal tem um papel fundamental pois os serviços de cuidados de longa duração disponíveis são limitados. É portanto essencial proporcionar-lhe medidas de apoio.

O Enfermeiro tem conhecimento para no exercício das suas funções, identificar as necessidades individuais e da comunidade, planear e desenvolver intervenções. OE (2012)

Objetivos

- Caracterizar os cuidadores informais relativamente às suas condições sociodemográficas, nível de literacia, do seu bem-estar e da sobrecarga sentida enquanto cuidador;
- Caracterizar a dependência da pessoa cuidada relativamente à sua capacidade funcional para realizar as atividades de vida diária e atividades instrumentais;
- Identificar as necessidades dos cuidadores informais relativamente a apoios e tipos de apoio disponíveis na comunidade;
- Desenvolver intervenções de enfermagem que contribuam para a capacitação dos cuidadores informais.



Resultados

Os cuidadores da amostra apresentam características sociodemográficas e de índice de literacia em saúde que vão de encontro aos dados apresentados noutros estudos, nomeadamente, no Inquérito sobre literacia em saúde em Portugal. Espanha, Ávila, & Mendes (2016)

| Caracterização do cuidador | Caracterização da pessoa cuidada |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➢ 50% na faixa etária dos 80 aos 90 anos; ➢ 70% do sexo feminino; ➢ 80% apresenta sobrecarga severa; ➢ 40% apresenta um fraco bem-estar; ➢ 30% consideram a sua saúde má; ➢ 50% dos cuidadores tem o ensino básico; ➢ 70% tem um rendimento mensal de 501 a 1000 euros; ➢ 80% apresentam um índice Geral de literacia para a saúde problemático; ➢ 80% não conhecem a lei de apoios; ➢ 70% não conhece os apoios ao cuidador. | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 60% tem entre 80 e 90 anos; ➢ 90% apresenta dependência total na realização das atividades instrumentais; ➢ 60% apresenta total dependência nas atividades de vida diária. |

Conclusão

Os cuidadores informais apresentam:

- baixo nível de literacia;
- e falta de conhecimento no âmbito da lei e dos apoios ao cuidador informal.

É essencial adotar Estratégias de Promoção da saúde, mais especificamente a Educação para a saúde promovendo o aumento de conhecimento e a literacia em saúde. O Enfermeiro desempenha um papel primordial contribuindo ativamente para o aumento da literacia em saúde.

Neste sentido a produção de conteúdos informativos adequados às necessidades da comunidade utilizando diferentes canais e abordagens, permite manter o distanciamento social imprescindível no contexto atual e pôr em prática intervenções de educação para a saúde.

Referências

Espanha, R. Ávila, R. & Mendes, S. (2016). Literacia em saúde em Portugal: resultados do estudo INQUÉRITO SOBRE LITERACIA EM SAÚDE EM PORTUGAL. Espanha, Ávila, & Mendes (2016)

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Recuperado de <https://www.ordef.pt/pt/legislacao/legislacao-regulamento-do-perfil-de-c>

**CONGRESSO INTERNACIONAL
LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADOS
EVIDÊNCIAS QUE PROJETAM A PRÁTICA CLÍNICA**

**CONGRESSO INTERNACIONAL
ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y AUTOCUIDADO
EVIDENCIAS QUE DISEÑAN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

28, 29 de abril 2021
Online

Organização:
INFAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

D. Florencio Vicente Castro y Dña. Ana Maria Nunes
Portugués Galvão, presidentes del Comité
Organizador del "Congreso Internacional
Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que
diseñan la práctica clínica" celebrado en el Instituto
Politécnico de Bragança de forma online los días 28 y
29 de abril de 2021

Certifican que:

Fernanda Daniela Moura Silva, **Andreia**
Costa

Participó en el mencionado congreso con el siguiente
trabajo científico

Poster

*Intervenção da enfermagem comunitária na
promoção da saúde: apoios comunitários aos
cuidadores informais*

Fdo: Florencio Vicente Castro
Presidente Asociación INFAD



Instituto Politécnico de Bragança