



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação do Cuidador Informal para os cuidados a pessoas dependentes

Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

6ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação do Cuidador Informal para os cuidados a pessoas dependentes

Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

6ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação

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

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Arguente: Professora Doutora Helena Reis do Arco

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Gato

Setúbal, 2023

*Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas, mas ao
tocar uma alma humana, seja
apenas outra alma humana.
Carl Jung*

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Professora Doutora Ana Paula Gato, que além da sua orientação, sabedoria e disponibilidade durante todo o percurso, surpreendeu e conquistou com a sua humildade, generosidade e inspiração, em momentos e situações difíceis.

À orientadora clínica O.S., pelo apoio, disponibilidade, sabedoria e oportunidade de aprendizagem e reflexão ao longo dos estágios.

À Enfermeira Coordenadora, à equipa da UCC, aos enfermeiros da ECCI, pelo acolhimento, colaboração e disponibilidade, que contribuíram para que fosse possível realizar a implementação do projeto de intervenção comunitária.

Aos Cuidadores Informais, que me receberam com carinho, que partilharam as suas experiências, esperanças, alegrias, medos e disponibilizaram-se para participar voluntariamente neste projeto. Sem eles nada seria possível. Aos idosos dependentes, pela sua ternura, ainda que envoltos em suas fragilidades.

Às colegas do mestrado, C., M. e R., pela felicidade de as ter conhecido e de, ao longo do percurso académico, terem-se partilhado momentos de alegria, dúvidas e cumplicidade, resultando em uma bela amizade.

Aos meus amigos e familiares pelo carinho, amizade, suporte constante e compreensão.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo, inspiração e orientação ao longo das etapas da minha vida.

Ao meu marido, por ser a pessoa especial e única que é, que preenche diariamente a minha vida com o seu amor, dedicação e companheirismo.

Ao meu grande amor, o meu filho, pelo qual tento mostrar-lhe, não apenas por palavras, mas também pelas ações, que se consegue alcançar os sonhos com atitude, persistência e resiliência.

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão desta etapa e, a cada um em particular, um *Bem-Haja*.

RESUMO

No século XXI, um dos desafios para as nossas sociedades é o envelhecimento da população idosa. Com a idade avançada, as doença e/ou incapacidades conduzem à perda da autonomia, a uma maior dependência e a uma crescente necessidade de cuidados, quer de profissionais especializados, quer de cuidadores informais. Os cuidadores defrontam-se com necessidades e dificuldades que comprometem o autocuidado e, conseqüentemente, o bem-estar e a sua saúde, assim como os da pessoa cuidada. Com o objetivo de contribuir para a capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Comunitária, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, tendo como referencial teórico a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, dirigido aos cuidadores informais do Concelho, com a aplicação de um questionário e da escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador na fase de diagnóstico de situação de saúde. Os resultados obtidos revelaram déficit de autocuidado em várias áreas, tendo sido realizada intervenção utilizando como principal estratégia a educação para a saúde. As intervenções implementadas contribuíram para capacitar o cuidador informal a desenvolver estratégias de autocuidado que permitem minimizar os problemas e dificuldades sentidas, enfatizando a relevância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção da saúde dos cuidadores informais.

Palavras-Chave: Idoso; Pessoa Dependente; Cuidador Informal; Autocuidado; Capacitação; Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

ABSTRACT

In the 21st century, one of the challenges for our societies is the ageing of the elderly population. With advanced age, illness and/or disability leads to loss of autonomy, increased dependence and a growing need for care, both from specialised professionals and informal carers. Caregivers face needs and difficulties that compromise self-care and, consequently, their well-being and health, as well as those of the person cared for. In order to contribute to the empowerment of the informal caregiver for the care of dependent people, a Community Intervention Project was developed, based on the Health Planning methodology, with Orem's Self-Care Deficit Theory as a theoretical reference, aimed at informal caregivers in the Municipality, with the application of a questionnaire and the Caregiver Difficulties Assessment Index scale in the health situation diagnosis phase. The results obtained revealed a deficit in self-care in several areas, and an intervention was carried out using health education as the main strategy. The interventions implemented contributed to enable the informal caregiver to develop self-care strategies that allow minimising the problems and difficulties experienced, emphasising the relevance of the role of the nurse specialising in community nursing in promoting the health of informal caregivers.

Key-words: Elderly; Dependent Person; Informal Carer; Self-Care; Capacity Building; Community and Public Health Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
AML - Área Metropolitana de Lisboa
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador
CMO - Câmara Municipal de Odivelas
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa de Coordenação Local
EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
EGA – Equipa de Gestão de Altas
ICN - International Council of Nurses
INE – Instituto Nacional de Estatísticas
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
Nº - Número
n - Número
NUT - Nomenclatura da Unidade Territorial
NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TDAE – Teoria do Défice de Autocuidados de Dorothea Orem
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção
UNECE - Nations Economic Commission for Europe
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1.1. ENVELHECIMENTO COMO FENÓMENO NATURAL.....	20
1.1.1 Envelhecimento e Dependência do Idoso.....	22
1.2. OS CUIDADORES INFORMAIS.....	23
1.3. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	27
1.4. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE OREM.....	29
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS.....	34
2.1. PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	34
2.2. ESTUDO DAS NECESSIDADES/PROBLEMAS DOS CUIDADORES INFORMAIS.....	36
2.2.1. População alvo e amostra.....	36
2.2.2. Metodologia de colheita de dados.....	37
2.2.3. Metodologia de análise dos dados.....	38
2.3. QUESTÕES ÉTICAS.....	38
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	40
3.1. CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	40
3.1.1. Recursos Humanos.....	41
3.1.2. Recursos Físicos e Financeiros.....	42
3.1.3. Dinâmica Funcional.....	42
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO.....	44
3.2.1. Caracterização Geográfica e Sociodemográfica	44
3.2.2. Caracterização Epidemiológica.....	52
3.2.3. Recursos de Saúde.....	57
3.2.4. Redes de Apoio Social.....	58
3.3. CUIDADORES INFORMAIS DO CONCELHO	58
3.4. ANÁLISE DE RESULTADOS - IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES/ PROBLEMAS.....	60
4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	71
5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS.....	75
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO.....	82
6.1. INTERVENÇÕES / ATIVIDADES.....	83
6.2. PREVISÃO DE RECURSOS.....	89
6.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	90
6.4. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO.....	91

7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	92
8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	99
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	101
9.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	102
9.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE.....	104
9.3. COMPETÊNCIAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE.....	106
CONCLUSÃO.....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
APÊNDICES.....	121
Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados: Questionário.....	122
Apêndice II – Análise de conteúdo das questões abertas.....	127
Apêndice III - Pedido de autorização para utilização da Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador.....	129
Apêndice IV - Pedido de apreciação à Comissão de Ética da ARSLVT.....	131
Apêndice V – Pedido de autorização ao Diretor Executivo ACES.....	145
Apêndice VI - Consentimento informado livre e esclarecido.....	147
Apêndice VII - Instituições e entidades da rede de apoio social à população idosa, do Concelho.....	150
Apêndice VIII - Plano das sessões de educação para a saúde.....	153
Apêndice IX - Plano da sessão de formação educativa para os enfermeiros da UCC do Concelho.....	156
Apêndice X - Guia informativo de apoio para os cuidadores informais.....	162
Apêndice XI - Apresentação e divulgação dos resultados do projeto de intervenção comunitária à equipa da UCC do Concelho.....	209
Apêndice XII – Capa do portefólio digital para profissionais da UCC do Concelho.....	222
Apêndice XIII – Cronograma de atividades.....	224
Apêndice XIV – Resumo do artigo científico.....	227
Apêndice XV - Avaliação das sessões de educação para a saúde.....	229
ANEXOS.....	232
Anexo I – Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI).....	233
Anexo II – Autorização do autor para utilizar a Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI).....	237
Anexo III – Resposta da Comissão de Ética da ARSLVT.....	239

Anexo IV – Resposta do Diretor Executivo do ACES.....	241
Anexo V - Autorizado pela enfermeira coordenadora da UCC do Concelho.....	243

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria do défice de autocuidado de Enfermagem.....	33
Figura 2 - Etapas do processo de Planeamento em Saúde.....	34
Figura 3 - Área geográfica do Concelho	45
Figura 4 - Estrutura etária da população do Concelho, por género, em 2020.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População residente, por grupo etário, no Concelho, em 2011 e em 2021.....	46
Gráfico 2 - Descrição de beneficiários do subsídio de desemprego da segurança social no total de beneficiários ativos (%), de 2011 a 2020.....	50
Gráfico 3 - Proporção dos utentes inscritos no CSP do Concelho com excesso de peso, por sexo e faixa etária, 2015-2020.....	52
Gráfico 4 - Número de internamentos hospitalares por 100.000 habitantes do Concelho, em 2018.....	55
Gráfico 5 - Número de internamentos hospitalares por 100.000 habitantes na União de Freguesias do Concelho, em 2018.....	55
Gráfico 6 - Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes (Nº), por diagnósticos de morte e localização geográfica, 2020.....	56
Gráfico 7 - Apoios disponíveis do cuidador informal para cuidar da pessoa dependente.....	61
Gráfico 8 - Cuidados prestados pelo cuidador informal à pessoa dependente.....	62
Gráfico 9 – Informação/formação solicitada pelos cuidadores informais para a prestação de cuidados ao familiar dependente.....	63
Gráfico 10 - Dificuldades de problemas relacionais do cuidador informal com a pessoa cuidada.....	65
Gráfico 11 - Dificuldades das restrições sociais do cuidador informal.....	66
Gráfico 12 - Dificuldades das exigências do cuidar do cuidador informal.....	67
Gráfico 13 - Dificuldades das reações ao cuidar do cuidador informal.....	68

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Tabela de pensões da segurança social: total, de sobrevivência, de invalidez e de velhice, na AML e no Concelho, no ano de 2011 e 2020.....	50
Quadro 2 - Aplicação da grelha de análise para priorização dos problemas.....	72
Quadro 3 – Problema prioritário e respetivos diagnósticos de enfermagem.....	73
Quadro 4 - Objetivo 1: Meta e indicadores.....	76
Quadro 5 - Objetivo 2: Meta e indicadores.....	76
Quadro 6 - Objetivo 3: Meta e indicadores.....	76
Quadro 7 - Pertinência, vantagens e inconvenientes das estratégias.....	80
Quadro 8 - Identificação dos intervenientes e respetivas funções no projeto comunitário.....	82
Quadro 9 - Intervenções/atividades planeadas e a sua execução no plano temporal.....	83
Quadro 10 - Custos das atividades enunciadas.....	89
Quadro 11 - Monitorização do projeto de intervenção comunitária: compromissos assumidos pelos intervenientes.....	93
Quadro 12 - Atividade 4, objetivos e avaliação.....	94
Quadro 13 - Atividade 2, objetivos e avaliação.....	94
Quadro 14 - Atividade 5, objetivos e avaliação.....	95
Quadro 15 - Atividade 6, objetivos e avaliação.....	96
Quadro 16 - Atividade 7, objetivos e avaliação.....	97
Quadro 17 - Atividade 1, objetivos e avaliação.....	97
Quadro 18 - Síntese da avaliação dos indicadores.....	98

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de utentes inscritos, em percentagem, nos CSP do Concelho, por diagnóstico, 2015-2020.....	54
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica do cuidador informal.....	60

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Nele são relatados os acontecimentos e atividades durante o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, o Estágio Final com o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserido num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no período de 16 de maio 2022 a 24 de junho de 2022 e no período de 16 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023.

Este trabalho académico, de natureza profissional, está inserido no plano de estudos da área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em que a sua realização, discussão pública e aprovação apontam para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, após a aprovação das unidades curriculares inseridas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado.

Este Relatório, tem como objetivo geral documentar a aquisição e evolução dos conhecimentos, aptidões e competências, enquanto mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Os objetivos específicos delineados para este Relatório foram os seguintes: demonstrar capacidade de reflexão sobre as práticas; evidenciar capacidade de fundamentar as práticas, baseadas na evidência científica; apresentar capacidade para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, salvaguardando as etapas do planeamento em saúde; aumentar uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública; e revelar capacidade de liderança.

Este Relatório de Estágio é o culminar de todo o trabalho realizado em Estágio, nomeadamente do desenvolvimento de um projeto de intervenção que contribuiu para desenvolver competências na área da investigação, baseado no Regulamento n.º 428/2018, alusivo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018), empregando a metodologia do Planeamento em Saúde, aquando a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuindo para o processo de capacitação de um

grupo, por meio da implementação de um projeto de intervenção comunitária, tendo como referência o disposto nos Programas de Saúde de âmbito comunitário e implementação dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O EEEC arroga um papel fundamental na comunidade, pois a ele lhe compete identificar os problemas de saúde da comunidade, desenvolvendo programas e projetos de intervenção comunitária, de forma a responder às suas necessidades.

Utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo os autores Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), foi realizado o diagnóstico de situação de saúde da população da área de intervenção do local de estágio, como início para o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, incidindo nos problemas e necessidades da população.

O Planeamento em Saúde define-se “(...) *como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.*” (Imperatori & Giraldes 1993, p.23).

Junto da equipa de enfermagem da UCC foi averiguado qual ou quais as necessidades de saúde da comunidade, detetando-se a necessidade de intervir no âmbito do cuidador informal de pessoas idosas dependentes utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Uma das maiores conquistas do ser humano, no século XX, relaciona-se com o envelhecimento da população, mas transformou-se num dos maiores desafios do século XXI (Veras & Oliveira, 2018). Em Portugal, a esperança de vida tem vindo a aumentar, segundo os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2021), prevendo-se que em 2070, Portugal seja o país da Europa com maior índice de dependência total (United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2022).

A nível nacional e mundial, o envelhecimento da população revela um dos principais fenómenos demográficos e sociais. O ciclo de vida humano, em menos de um século, aumentou para cerca do dobro (Carmo, 2020). A melhoria das condições socioeconómicas e o progresso tecnológico da Medicina, contribuiu para o aumento da longevidade da população, proporcionando um aumento das doenças crónicas e maiores dependências nas atividades de vida diária (Sequeira, 2020). O aumento das doenças crónicas e da esperança média de vida proporcionou uma subida na procura por cuidados de saúde e, conseqüentemente, um aumento de cuidadores informais (Aksoydan et al., 2019). O grupo primário básico de apoio, com papel significativo no cuidado a longo prazo é a família. Dentro da mesma, a escolha do cuidador é definida subtilmente, em que as experiências e características de cada membro da família e

o contexto em que se encontram é relevante para essa escolha. Cuidar de uma pessoa dependente, surge, muitas vezes de forma inesperada, sem tempo, sem preparação e sem formação prévia, pelo que o apoio e contributo dos profissionais de saúde são basilares (Sequeira 2020).

Ajudar a capacitar os cuidadores informais, fornecendo-lhe conhecimento, apoiando e facilitando em pequenas tarefas, reduz o desgaste do cuidador, assim como más práticas no cuidar (Dixe et al., 2019). Promover a literacia em saúde aos cuidadores informais, contribui para solucionar problemas de saúde, promover estilos de vida saudável, prevenir a doença e promover a saúde, tanto para si como para a pessoa cuidada (idem).

Em concordância com a Meta B do Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020: *“Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%”* (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015, p.11), valida-se a importância da promoção da qualidade de vida através da implementação de ações de promoção da saúde, junto do utente, cuidador informal e comunidade. Segundo o PNS 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, é urgente desenvolver estratégias de intervenção orientadas para o problema do envelhecimento da população, sendo imperativo manter e investir a nível da rede de cuidados continuados, tanto na integração dos cuidados como em profissionais habilitados, assim como *“inovar, com mais respostas na comunidade e criação de condições que permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, bem como capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais.”* (DGS, 2022, p.176).

A nível da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025) uma das medidas aludidas é *“Identificar as Vulnerabilidades de cada cuidador e família cuidadora e avaliação periódica do seu estado geral de saúde”* (DGS, 2017, p.24). Por outro lado, a estratégia de desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) envolve (Vetor n.º 4): *“Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes”* (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017, p.9).

Assim na fase de diagnóstico de situação de saúde foram aplicados dois instrumentos de colheita de dados, um questionário sociodemográfico e um instrumento de avaliação do cuidador, Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), aos cuidadores informais das pessoas dependentes utentes da equipa de CCI.

Desta forma, e com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, foi organizado o projeto **Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes**, com o objetivo geral de contribuir para a capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes. Com o intuito de ser alcançado o objetivo traçado, foram determinadas

estratégias, sendo a principal a educação para a saúde, com o intuito de promover a capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes.

A nível da sustentação teórica para a intervenção, a escolha recaiu na Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem (TDAE), sendo esta uma teoria com pertinência para a orientação do conhecimento e da prática clínica, concebendo conceitos com valor das ações de Enfermagem e enquadrando-a enquanto disciplina e profissão. O autocuidado assume papel relevante pelo seu poder explicativo de uma ação e pela sua capacidade em clarificar o propósito de Enfermagem, ou seja, o de promover a capacidade de autocuidado da pessoa (Naz, 2017). As atividades de autocuidado atenuam os sintomas e as complicações da doença, diminuem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e de reinternamentos (Santos et al., 2017). Outra das razões que recaiu na escolha da TDAE, relaciona-se com o facto de o autocuidado ser o conceito principal na teoria, em que uma intervenção educativa de suporte desenvolvida fundamentada na teoria de autocuidado de Orem, aumenta a capacidade de autocuidado da pessoa (Santos et.al, 2017; Queirós et al., 2014).

O Relatório de Estágio, encontra-se estruturado em nove capítulos. No primeiro, é elaborado o enquadramento teórico, em que são determinados os principais conceitos. No segundo capítulo aborda-se a metodologia utilizada no projeto de intervenção comunitária, caracterizando a população alvo e as metodologias da colheita e análise de dados, assim como a perspetiva ética, respeitando os princípios e valores dos procedimentos efetuados. No capítulo seguinte, terceiro capítulo, é organizado o Diagnóstico de Situação de Saúde, abordando-se o contexto de estágio, os recursos humanos, físicos e financeiros, assim como a dinâmica funcional. É aludido a caracterização do concelho, onde se realiza o projeto de intervenção comunitária, subdivididos na caracterização geográfica, sociodemográfica, epidemiológica, assim como os recursos de saúde e as redes de apoio existentes. Aborda-se, ainda os cuidadores informais do concelho, seguindo-se a análise de resultados da identificação das necessidades/problemas. O quarto capítulo, refere-se à Determinação de Prioridades, seguido do quinto capítulo, em que são erguidos os Objetivos e descritas as Estratégias que possibilitaram a Operacionalização e Implementação do projeto. Na Preparação Operacional, sexto capítulo, são descritas as intervenções e atividades desenvolvidas, a previsão de recursos, o cronograma de atividades e a comunicação e divulgação do projeto de intervenção comunitária. Procede-se, de seguida, à respetiva Monitorização e Avaliação do projeto, como sétimo capítulo. O oitavo capítulo, são descritas Outras Atividades Desenvolvidas, terminando com uma reflexão sobre as Competências Mobilizadas e Adquiridas, consistindo no nono capítulo. Por fim, tecemos as Conclusões, sintetizando o trabalho realizado, refletindo sobre as aprendizagens executadas, a discussão

dos objetivos propostos, nesta Introdução. São abordadas as principais dificuldades, os ganhos alcançados pela estudante com o cumprimento deste trabalho, e analisa-se sobre a continuidade do projeto de intervenção comunitária.

O trabalho encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segundo o modelo de referências bibliográficas APA, da American Psychological Association, 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Perante o autor Fortin (2009), a fase conceptual consiste, em esclarecer os elementos que constituem um problema, de forma a oferecer um objetivo e uma orientação. “*O investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema que precisa, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.*” (p.49).

O enquadramento teórico divide-se em quatro subcapítulos. O primeiro capítulo abrange a temática do envelhecimento e a dependência da pessoa idosa. O segundo subcapítulo refere-se ao cuidador informal, o terceiro subcapítulo alude à RNCCI e por último, o subcapítulo que aborda a TDAE.

1.1. ENVELHECIMENTO COMO FENÓMENO NATURAL

Conseguir alcançar a velhice, o que antigamente era um privilégio, apenas acessível a sociedades, passou a ser norma, mesmo em países mais pobres. Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS), alude que o envelhecimento da população fora uma das maiores conquistas do ser humano, mas tendo sido uma grandiosa conquista no século XX, segundo Veras e Oliveira (2018), acabou por se transformar num dos maiores desafios do século XXI.

Em Portugal, considera-se uma pessoa idosa, alguém que apresenta uma idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2017).

O processo de envelhecimento é definido como um processo dinâmico, inevitável e progressivo, que advém de modo natural, gradual, previsível e irreversível, que atinge qualquer indivíduo, podendo este processo, não decorrer, de forma homogénea, em que são instigadas transformações e mudanças, ao longo da vida, e ainda ocorre crescimento, desenvolvimento e diferenciação na pessoa. Neste processo, de envelhecimento, fatores biológicos, psicológicos e sociais irão atuar e interagir de modo constante (Galvão & Gomes, 2021).

O envelhecimento demográfico é o que resulta da mudança demográfica em que as taxas de natalidade e mortalidade evoluem de uma situação de equilíbrio para a presença de um saldo fisiológico (um saldo natural), tendencialmente nulo ou negativo. As principais causas para o envelhecimento demográfico, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU)

(2022), são: o aumento de esperança de vida, o declínio da mortalidade infantil, o declínio da fertilidade e fecundidade e, os processos migratórios, em diferentes locais, regiões, países e continentais.

Segundo a ONU (2022), a nível mundial, as sociedades encaminham-se para sociedades envelhecidas, estimando que o número de pessoas idosas, com 60 anos, ou mais, passe de 962 milhões, em 2017, para 2,1 mil milhões até ao ano 2050 e 3,1 mil milhões até 2100 e, ainda que o número de pessoas com idade de 80 anos, ou mais, do ano de 2017 até ao ano 2050, aumente de 137 milhões para 425 milhões de pessoas.

A nível nacional, segundo INE (2021), entre o período de 2018 ao ano 2080, o número de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, irá duplicar, crescendo de 159 para 300 idosos, por cada 100 jovens.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022), com o mote uma *Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*, entre o ano de 2009 a 2019, foi evidenciado um acentuado duplo envelhecimento demográfico, observando-se que o número de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, aumentou em 350.028 pessoas, o número de jovens diminuiu em 221.008 pessoas.

Se se abordar o índice de longevidade em Portugal, observa-se, segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022), uma propensão para a estabilização entre 2011-2019, em que por cada 100 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, 48,6 ostenta idade igual ou superior a 75 anos, sendo mais saliente no sexo feminino (51,5 por 100 pessoas), em comparação com o sexo masculino (44,5 por 100 pessoas).

Apesar da longevidade ter aumentado, envelhecer com saúde é um dos maiores anseios do ser humano e com potencial para melhorar (Galvão & Gomes, 2021).

Em 2004, a DGS aprovou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, direcionada para os profissionais da rede de cuidados de saúde primários, secundários e de cuidados continuados, em que as ações desenvolvidas fossem realizadas mais próximas dos idosos, tendo como visão a manutenção da independência, autonomia, qualidade de vida e reconquista geral do idoso, incidindo na promoção do envelhecimento ativo, adaptado às necessidades, de cada indivíduo, e promovendo ambientes com capacitação, que promovessem a sua autonomia e independência. (Ministério da Saúde, 2004).

Em 2015, a OMS lançou o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, aludindo não existir uma norma uniforme de idoso, em que as capacidades e necessidades de saúde, de cada pessoa, são diversificadas, dependente do percurso de vida, o que as tornam pessoas únicas e modificáveis. É demonstrando, que a longevidade não tem como fator base a genética, mas que contribuem fatores ambientais, físicos e sociais, em que a população idosa está

inserida. É defendido que o idoso continua a contribuir de diversas formas para a sociedade, particularmente como forma de suporte emocional (OMS, 2015).

Em 2017, a nível nacional, surgiu a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017), aludindo que, a melhoria de qualidade de vida, durante o processo de envelhecimento, está sujeita à responsabilidade individual e social, podendo, desta forma, garantir que as oportunidades para um envelhecimento saudável sejam atingidas, independentemente da idade do indivíduo.

A OMS, em dezembro de 2020, declarou a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, apresentando como principal estratégia atingir e ajudar ações de edificação de uma sociedade para todas as idades, através de esforços governamentais, civis, agências internacionais, profissionais e académicas, de forma a melhorar a vida do idoso, das suas famílias e comunidades. Estas estratégias estão assentes em quatro áreas de ação: mudar a forma como se pensa, sente e se age em relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam, no idoso, as suas capacidades; erguer serviços de cuidados integrados e de cuidados de saúde primários adequados e centrados ao idoso; proporcionar o acesso a cuidados de saúde, a longo prazo, a todos os idosos que o necessitem (OMS, 2022).

1.1.1. Envelhecimento e Dependência do Idoso

O aumento da população idosa, nomeadamente com idade superior a oitenta anos e o aumento da esperança média de vida, leva alguns autores a defenderem a denominada *quarta idade*, encontrando-se, neste grupo etário, um maior número de situações de dependência funcional (Sequeira, 2020).

Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, Capítulo I, Artigo 3.º, entende-se dependência como:

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (p. 3857).

A dependência da pessoa idosa, segundo o autor Sequeira (2020), está relacionada com a decadência do desempenho funcional e motor, com as alterações emocionais e cognitivas, acabando por interferir com as capacidades que a pessoa possui para realizar as suas atividades de vida diária, o que traduz na necessidade de apoio dos cuidados prestados.

As pessoas, à medida que envelhecem, apresentam necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o apoio essencial, de forma a compensar, aquando surgem mudanças

relacionadas ao envelhecimento, sendo algumas delas, sinónimo de perda de capacidades (Galvão & Gomes, 2021). Com a idade avançada, as transformações estruturais físicas são visíveis e as consequências das funções e capacidades cognitivas são observadas. O surgimento de doenças crónicas, não transmissíveis ou degenerativas, começam a imergir, aumentando a perda progressiva da autonomia e, conseqüentemente, uma maior dependência familiar, social e de cuidados de profissionais especializados.

A conceção e a manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é algo indispensável para a promoção do bem-estar para a população idosa, podendo, desta forma, continuarem a ser, durante o maior tempo possível, socialmente relevantes e autónomas (Fonseca, 2020).

O envelhecimento é um processo progressivo, que constitui uma parte natural do ciclo de vida, sendo necessário vivê-lo de forma saudável e autónoma, o maior tempo possível (Galvão & Gomes, 2021). Viver durante mais tempo, acarreta uma necessidade de mudança a nível das atitudes e comportamentos dos cidadãos, uma adaptação e ajuste do ambiente perante as fragilidades inerentes à idade avançada, assim como a formação dos profissionais de saúde e de outras áreas de intervenção social (DGS, 2006). Desta forma, são essenciais serviços de saúde e uma rede de apoio social adequados às realidades familiares e sociais, acompanhando o envelhecimento individual e demográfico da população.

1.2. OS CUIDADORES INFORMAIS

O aumento das doenças crónicas e da esperança média de vida proporcionou uma subida na procura por cuidados de saúde e, conseqüentemente, um aumento de cuidadores informais (Aksoydan et al., 2019). O cuidador é descrito, pela classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE, como a pessoa que auxilia na identificação e na prevenção de uma doença ou incapacidade, assim como, aquele que dá resposta às necessidades da pessoa dependente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a). Ele é definido como aquele que cuida de outra pessoa, em situação de doença crónica ou dependência, que manifesta necessidade de cuidados, podendo esta ser definitiva ou transitória (Sequeira, 2020).

Por norma, o cuidador informal apresenta ter uma relação significativa com a pessoa dependente, sendo maioritariamente familiar, amigo ou vizinho, e assume, grande parte da responsabilidade do cuidar, muitas vezes sem experiência, sem receber de forma atempada formação prévia e sem qualquer tipo de remuneração (Sequeira, 2020). A escolha do cuidador

é influenciada pelas experiências pessoais, pelas suas características e pelo contexto em que se depara cada membro da família (Sequeira (2020).

Num estudo realizado pelo autor Sequeira em 2007, citado pelo mesmo (2020), a aquisição do papel de cuidador informal advém de razões pessoais (iniciativa própria), por razões familiares (decisão familiar), por circunstâncias do momento (ser a única pessoa a poder cuidar; por se encontrar desempregado; por se encontrar mais próximo da pessoa dependente) ou/e pela solicitação da pessoa dependente. Outro fator que influencia a natureza do cuidar, está relacionado com o tipo de cuidados que são exigidos. Consoante o género de necessidades de cuidados e a gravidade da situação clínica da pessoa com dependência, assim será a frequência e a intensidade de cuidados, o que irá, conseqüentemente, influenciar a adoção do papel do cuidador (Sequeira, 2020).

Em Portugal, os cuidadores informais são maioritariamente mulheres, sendo o papel da mãe/pai o mais significativo (44%), seguido dos filhos (24%), do cônjuge (16,7%) e, em relação à sua idade, os cuidadores informais apresentam idade superior a 65 anos (UNECE, 2022). Segundo os autores Garbaccio e Tonaco (2019), o ato de cuidar sofre influência dos costumes culturais, em que os cuidados se encontram sob responsabilidade familiar, em que o género feminino torna-se a grande detentora da prática e do saber, por agregarem sentimentos intrínsecos acolhedores e hospitaleiros. Por norma, o cuidador, abdica da sua vida pessoal, podendo acabar por abandonar o seu trabalho profissional e por não desfrutar de períodos de lazer (Teixeira et al., 2017), já que o ato de cuidar é maioritariamente contínuo (Sun et al., 2021; Teixeira et al., 2017)

Os números de cuidadores informais encontram-se entre 10% a 25% da população total da Europa (Verbakel et al., 2017) e em Portugal, cerca de 1.4 milhões de pessoas são cuidadores informais, impulsionado pela carência de respostas sociais, em que após a situação pandémica, os cuidadores foram obrigados a substituir os seus cuidados ocasionais para desempenharem cuidados a tempo integral (Agência Lusa, 2020).

É considerado um processo complexo a transição para o desempenho do papel de cuidador, envolvendo diferentes variáveis interativas, com influência mútua e, conseqüentemente valores preditivos diferentes, em relação à pessoa com dependência, ao cuidador e ao contexto que desenvolve a relação de cuidados prestados (Sequeira, 2020). A transição surge relacionada com a capacidade de adaptação e de crise. A crise consiste no evento na qual dá origem à necessidade de transição e, a adaptação consiste na forma como cada pessoa vivencia o processo de transição. O resultado perante o processo de cuidar de uma pessoa dependente, está inter-relacionada com as capacidades de adaptação do cuidador informal (Sequeira, 2020). O nível de eficiência no papel de cuidador informal, está dependente do

apoio informal e formal que este recebe, como os recursos que se associam, assim como as habilidades pessoais de cada cuidador (Sequeira, 2020).

O cuidador informal apresenta necessidades do cuidar, o que implica, por vezes, esforço mental, psicológico, físico e económico. Cuidar de uma pessoa com dependência de forma eficaz e eficiente, obriga a uma reorganização entre cuidador, família, pessoa cuidada, de forma a alcançar alternativas, capazes de fomentar habilidades e os recursos pessoais existentes (Sequeira, 2020).

A natureza das repercussões, a que está associado o cuidar de uma pessoa dependente “*emerge essencialmente de contextos dinâmicos que interagem entre si, onde se verifica um processo de influência mútua*” (Sequeira, 2020, p. 201). Estas repercussões, podem ser associadas ao cuidar em sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva, em que a sobrecarga objetiva está relacionada com as atividades concretas e acontecimentos que podem ser quantificadas e observadas, como é exemplo a sobrecarga física, situação económica, vida social, emprego, etc. A sobrecarga subjetiva, é compreendida como as atitudes e reações emocionais, sentimentos perante o a vivência do cuidar (Sequeira, 2020).

Através dos avanços da medicina, o cuidador informal, depara-se com a necessidade de ter que desempenhar cuidados, cada vez mais complexos, sem que tenha apoios adequados e informação suficiente (Akgun-Citak et al., 2020; Teixeira et al., 2017).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2019), através do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, em Portugal, cinco em cada dez pessoas exibe níveis reduzidos de Literacia em Saúde, sendo o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde, com 8,6%, em comparação com a média europeia de 16,5%.

Desta forma, a Literacia em Saúde avoca um importante papel na comunicação sobre saúde, em que o aspeto do simples saber divergiu para uma compreensão mais exequível da ativação das pessoas para melhores comportamentos, ativando-os e não somente como forma de ensinar (Arriaga, 2019). Segundo o autor Sørensen (2019, cit. por Lopes, C & Vaz de Almeida, 2022) a literacia “*é um determinante relevante para a saúde, capacitando os indivíduos a participar e a agir nos seus próprios cuidados de saúde com um impacto nos resultados em termos de saúde.*” (p. 16). A baixa literacia, além de estar associada, maioritariamente, a pessoas com baixo poder económico, ela pode, também, estar presente, mesmo para pessoas que tenham uma boa educação e bons rendimentos, aquando vivenciam uma situação pela primeira vez (Antunes & Lopes, 2018).

O papel do cuidador informal está a tornar-se um problema relevante ao nível sociológico, económico e político (Akgun-Citak et al., 2020). Os resultados da 8.^a Edição do *Saúde que*

Conta, um projeto criado em 2011, com iniciativa de investigação nacional da responsabilidade científica da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade NOVA de Lisboa, tem como objetivo identificar qual o nível de *Literacia em Saúde e Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais*, a nível nacional. Esta investigação permitiu concluir que a literacia em saúde, está diretamente relacionada com a qualidade de vida da população. Os cuidadores que apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde, são os que manifestam melhor estado de saúde, incluindo a saúde mental. Paralelamente, e tendo em atenção o grau de apoio que recebem para o desempenho das suas funções, os cuidadores informais com menor apoio, são os que manifestam menor nível de literacia em saúde. Quanto mais elevado o nível de literacia em saúde, melhor é a qualidade de vida, assim como a literacia em saúde está inversamente relacionada com a sobrecarga do cuidador informal, em que quanto maior o nível de literacia em saúde, menor a sobrecarga no mesmo. (Escola Nacional de Saúde Pública, 2023).

A Literacia em Saúde é uma prioridade da Direção-Geral da Saúde, apostando na sua modernização, com foco no aperfeiçoamento dos níveis de Literacia em Saúde da população Portuguesa. Tem vindo a implementar diversas iniciativas e medidas, como a criação da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, em que apresenta como evidência estratégica a Literacia e o Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados, tendo ambos como finalidade, a capacitação dos indivíduos, de forma a melhorar o espírito crítico e a sua autonomia, possibilitando, desta forma, as escolhas com a sua saúde. Foi também elaborado e implementado o SNS + Proximidade, em que o cidadão se encontra no centro do sistema de saúde. Uma extensão do projeto, referido anteriormente, foi a criação da Biblioteca de Literacia em Saúde, uma ferramenta on-line de forma a fornecer e simplificar as informações de saúde (DGS, 2019b).

O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-30, da DGS, tem como objetivo melhorar os níveis de Literacia em saúde e que, até 2030, 75% da população atinja níveis suficientes (DGS, 2023).

A atual Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, regula o funcionamento e a organização do SNS e a natureza jurídica de vários estabelecimentos e serviços prestadores que o integram, reconhecendo o Estado de asseverar os recursos necessários para que o direito à proteção da saúde seja efetivo. Dedicar a sua Base 3 aos cuidadores informais, em que:

1 - A lei deve promover o reconhecimento do importante papel do cuidador informal, a sua responsabilização e capacitação para a prestação, com qualidade e segurança, dos cuidados básicos regulares e não especializados que realizam.

2 - A lei estabelece o estatuto dos cuidadores informais de pessoas em situação de doença crónica, deficiência, dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra

condição de fragilidade e necessidade de cuidados, os seus direitos e deveres e medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas.

3 - O Estado, através do ministério responsável pela área da saúde, deve ainda assegurar a articulação entre a pessoa cuidada, o cuidador informal e os serviços de saúde e a implementação do plano integrado de prestação de cuidados de saúde de que a pessoa carece (Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, p.57).

O Estatuto do Cuidador Informal foi aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro e tem como intuito regular os deveres e direitos dos cuidadores, que prestam cuidados a pessoas dependentes, de forma regular ou permanente. Ao nível dos deveres do cuidador informal, sobressai na Lei a relevância em respeitar os interesses, prestar os cuidados necessários e o apoio à pessoa cuidada, com orientação e articulação com os profissionais de saúde; assegurar o necessário acompanhamento para o bem-estar da pessoa cuidada, de forma a promover a sua capacidade funcional e autonomia e, ainda, colaborar para uma melhoria da sua qualidade de vida, não esquecendo de proporcionar, ao mesmo, um ambiente confortável, seguro e tranquilo. Em relação aos direitos, do cuidador informal, a este deve ser reconhecido o seu papel desempenhado, o direito a ser acompanhado e ter formação, para o desenvolvimento das suas capacidades, de forma a adquirir competências para os cuidados prestados de saúde de forma adequada; beneficiar de períodos de descanso, promovendo, desta forma, o equilíbrio emocional e o seu bem-estar; e possuir, sempre que necessário, apoio psicológico, mesmo após a morte da pessoa cuidada (Santos & Vilhena, 2021).

1.3. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A evolução demográfica é caracterizada por um aumento da população idosa, na qual está associado a um maior predomínio de condições crônicas e de dependência, proporcionando uma subida na procura de cuidados de longo prazo. Esta situação, tem originado um crescimento nos custos em saúde (European Commission, 2018).

A RNCCI consiste num modelo organizacional, criada em 2006, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, resultante de uma parceria entre a Solidariedade e Segurança Social, o Ministério do Trabalho, e Ministério da Saúde (UNECE, 2022) e é composta por um conjunto de instituições públicas e privadas, que visam prestar cuidados continuados de saúde e apoio social (SNS, 2021).

Para cumprimento de tais aspirações, foi estabelecida uma rede que articula unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde e/ou apoio social, com início nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços

distritais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais, numa organização conjunta entre os Ministérios referidos anteriormente.

Foram fundadas as unidades de internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção [ULDM] e de cuidados paliativos), as unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia), as equipas hospitalares (equipas de gestão de altas [EGA] e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos) e as equipas domiciliárias (ECCI e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

A Rede tem como objetivos prestar cuidados de saúde e apoio social, de forma contínua e integrada a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, e recuperar a pessoa na sua globalidade, promovendo a autonomia e melhorando a sua funcionalidade (SNS, 2021).

A coordenação nacional da RNCCI, está sob alçada da Administração Central do Sistema de Saúde, com dois níveis territoriais de operacionalização (regional e local), garantidos pelas Equipas Coordenadoras Regionais (sediadas nas Administrações Regionais de Saúde) e pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) (sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde e em Unidades Locais de Saúde, que não tenham ACES constituído) (Portaria n.º 174/2014).

Para ingressar na RNCCI, a pessoa terá que passar por um processo de referenciação, podendo esta ser realizada de duas formas: se estiver internado em hospital, no SNS, o pedido é realizado pelo serviço onde se encontra internado. A proposta é enviada à EGA do hospital, em que esta equipa avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta. Após validação da informação, a EGA envia a proposta à ECL. Se a pessoa se encontrar na comunidade, seja em domicílio, hospital privado ou em instituições e/ou estabelecimentos, a referência para a RNCCI é realizada pelos profissionais das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e das Unidades de Saúde Familiar (USF). A proposta de referenciação é enviada à ECL, seguido do contacto com qualquer profissional das UCC, para que desta forma seja efetuado a sinalização às USF e UCSP dos potenciais utentes de referência para a RNCCI (SNS, 2021; Portaria n.º 50/2017; Decreto-Lei n.º 101/2006).

A RNCCI, no âmbito da saúde mental, acede receber e cuidar a pessoas com problemas de saúde mental, atuando em situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência, conseqüente de doença mental grave (SNS, 2021).

Dentro da RNCCI, as ULDM e as ECCI são as tipologias que mais resposta apresentam para as dificuldades/necessidades da família/cuidador informal.

Os cuidados de longa duração integrados, centralizam-se na recuperação global da pessoa, em que promovem a sua autossuficiência, de acordo com o grau de dependência da mesma (UNECE, 2022), de forma a proporcionar uma integração familiar e social.

Os autores Fonseca-Teixeira et al. (2020), referem que o processo de referenciação é muito demorado e burocrático, o que condiciona e atrasa a acessibilidade dos utentes à RNCCI, impossibilitando que os mesmos tenham acesso aos cuidados em tempo útil. Esta dificuldade, para além de poder condicionar a admissão da pessoa dependente, agrava também o seu estado clínico de saúde.

Quanto à RNCCI, os enfermeiros assumem um papel relevante, através do seu perfil de competências, permitindo-lhes intervir em focos de atenção como o autocuidado, o cuidador, a dor, a gestão do regime terapêutico, a adesão, o coping, a dignificação da morte e, em outras áreas em contexto dos cuidados continuados integrados (OE, 2019b).

1.4. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE OREM

Uma teoria, para ser útil, deve ser pertinente e significativa, mas acima de tudo compreensível (Queirós et al., 2014).

Os modelos teóricos e conceptuais concebem mecanismos, pelos quais os enfermeiros podem transmitir as suas certezas profissionais, proporcionando estruturas ética-moral, de forma a nortear as suas ações, o que contribuem para um modo de pensar metódico em torno da enfermagem e da sua prática (Chinn & Kramer, 2004).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), foi desenvolvida entre 1959 e 1985, agregando o modelo de enfermagem proposto por Dorothea de Orem (Naz, 2017), em que o autocuidado é o conceito principal na TDAE (Queirós et al, 2014). Para Orem (2001), esta teoria é definida como a práxis de atividades que favorecem o amadurecimento e aprimoram as pessoas que a principiam e a desenvolvem, dentro de um determinado tempo específico, tendo como objetivos a preservação da vida e o bem-estar da pessoa.

Orem considera a TDAE uma teoria geral, compondo-a por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, em que aborda o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, em que refere e esclarece a razão das pessoas serem ajudadas pela enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em que descreve e elucida as relações que são estabelecidas e conservadas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria de Autocuidado é constituída pelo autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

O autocuidado é *“uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.”* (Santos et al., 2017, p.52). Existem fatores que influenciam o comportamento de autocuidado, nomeadamente antecedentes sociais e culturais, crenças e a relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e as pessoas/utentes (Santos et al, 2017).

A atividade de autocuidado é entendida, quando a pessoa atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, alcançando a autonomia (Tomey & Alligood, 2004). Segundo os autores Hartweg e Pickens (2016, cit. por Santos et al., 2017), as atividades de autocuidado atenuam os sintomas e reduzem as complicações das doenças, levando à redução das taxas de hospitalização e de reinternamentos.

A teoria do autocuidado é considerada como a base de compreensão das condições e das limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a enfermagem (Tomey & Alligood, 2004), embora seja relevante que haja um equilíbrio entre o excesso e a falta de cuidado, para que a pessoa seja capaz de se autocuidar (Queirós et al., 2014).

A teoria do autocuidado é relevante para os enfermeiros, para orientar a educação, a prática e gestão de Enfermagem, já que o autocuidado é um resultado aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção do bem-estar e na saúde, através do aumento de informação e conhecimentos da pessoa e habilidades, áreas onde o enfermeiro tem uma intervenção decisiva (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria de Déficit de Autocuidado consiste na essência da teoria de Orem, quando os cuidados de enfermagem passam a ser uma exigência relacionada às necessidades da pessoa, e quando estas se consideram incapazes ou limitadas de fornecer o autocuidado a si próprio e/ou dos seus dependentes, de forma eficaz e contínua (Queirós et al., 2014). Identificando as necessidades em autocuidado da pessoa, a ajuda do enfermeiro, poderá assumir-se como: ensinar, orientar, fazer por; oferecer apoio físico e psicológico e prover recursos de forma a preservar um meio propício ao desenvolvimento pessoal (Orem, 2001).

O autor Queirós (2010), assevera que a pessoa se pode mover nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio, quando confrontada com situações de transição, em que a mesma não se consegue adaptar, de forma favorável.

Ocorre em três fases dependentes, a capacidade de obter ou de readquirir o autocuidado, através de ação própria ou de terceiros. Na primeira fase, indicada por autocuidado estimativo,

em que é determinado o que fazer para recuperar o autocuidado; na segunda fase, intitulada por autocuidado transitivo, em que são identificadas as opções para recuperar o autocuidado e selecionar a mais benéfica; na última e terceira fase, denominada por autocuidado produtivo, em que se verifica a real capacidade para o autocuidado, validando se a pessoa demonstra capacidade para cuidar de si própria (Söderhamn, 2009).

A capacidade de autocuidado, segundo Queirós (2010), é apenas alcançada quando a pessoa é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado, de forma a preservar, restabelecer ou melhorar o seu bem-estar e a sua saúde.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, inspira a enfermagem como uma ação humana, em que os sistemas de ação são gerados e produzidos pelos enfermeiros, através do exercício da sua prática, direcionadas para pessoas que manifestam limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

Na TDAE de Orem, foram identificados três tipos de requisitos de autocuidado, definidos como objetivos a serem alcançados por meio de ações de autocuidado, efetuadas pela pessoa ou por terceiros (Tomey & Alligood, 2004). Os três requisitos são: os requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio de saúde.

Os requisitos universais são considerados comuns a todas as pessoas, estando relacionados com os processos de manutenção da vida. Os requisitos de desenvolvimento advêm dos requisitos universais particularizados, através de processos de desenvolvimento e relacionados com a necessidade de ajustar e adaptar a determinadas situações ou com a mudança. Estes requisitos de desenvolvimento promovem os processos para a vida, assim como para o desenvolvimento, em todas as etapas, prevenindo as condições desfavoráveis para o desenvolvimento ou, superam ou minimizam os resultados negativos de determinadas condições. Os requisitos de desvio da saúde são os que são impostos, aquando situações de lesões ou doença, assim como, as deformidades ou incapacidades, estando sujeitos a diagnóstico e tratamento médico (Naz, 2017).

As necessidades de cuidado que a pessoa sente, quando vive o processo de doença, é determinada pelas características dos desvios de saúde (Tomey & Alligood, 2004). Os cuidados que são necessários para satisfazer as exigências do desvio de autocuidado, têm de ser alterados em componentes de ação dos sistemas de autocuidado. A complexidade destes sistemas é ampliada em consonância com o número de exigências do desvio de saúde, ao qual devem ser satisfeitos em tempos específicos (Taylor & Alligood, 2004), com apoio de agentes de autocuidado terapêutico (Queirós et al., 2014). Para Orem (2001), um agente de autocuidado terapêutico é um adulto em que concorda em cumprir a responsabilidade de saber e eliminar a necessidade terapêutica de autocuidado de outra pessoa dependente ou

de aceitar, de forma regular, a prática de atuação de autocuidado dessa pessoa. Estes agentes podem ser associados aos profissionais ou ao cuidador informal (Queirós, 2010).

Segundo Tomey e Alligood (2004), Orem reconhece três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório (o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado), sistema parcialmente compensatório (a pessoa apenas precisa da ajuda do enfermeiro perante o que ele não é capaz de executar sozinho) e apoio-educativo (a pessoa é capaz de executar o autocuidado, mas necessita do enfermeiro para o supervisionar e ensinar no ato dos cuidados).

Desta forma, um método de ajuda, pode ser considerado como, uma sucessão sequencial de ações, que tem como finalidade superar ou compensar as limitações que estão associadas à saúde da pessoa, de forma a empreender ações reguladoras do funcionamento e desenvolvimento a nível pessoal, como da pessoa dependente (Tomey & Alligood, 2004).

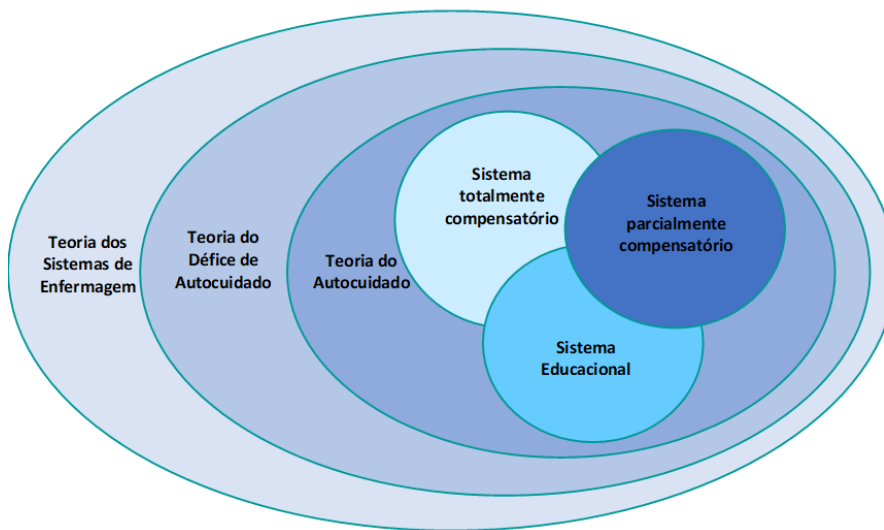
O processo de enfermagem, para Orem, é um sistema que possibilita diagnosticar necessidades de cuidados, delinear um planeamento e intervir. O modo para guiar este processo, há que cumprir os seguintes critérios: especificação dos requisitos de autocuidado; especificação da competência para o autocuidado; especificação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da colaboração prestada nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria de Dorothea Orem compreende vastos conhecimentos que permitem consolidar e valorizar o processo de enfermagem. O conhecimento desta teoria possibilita reconhecer as necessidades de autocuidado, criar soluções para a saúde, doença e bem-estar da pessoa, para além de capacitá-la para que possa desenvolver o seu próprio cuidado (Silva et.al, 2021).

Este projeto pretende ajudar os cuidadores informais a nível da capacitação para o autocuidado, de forma a diminuir as dificuldades sentidas, através do sistema apoio-educação. Os métodos de ajuda têm como foco central o apoio e o ensino ao cuidador, através de um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento pessoal e promover o autocuidado, tendo em consideração as dificuldades e necessidades específicas. Estas dificuldades e necessidades, do cuidador, são relevantes pois através delas é possível a criação de um sistema de ajuda apropriado, através de intervenções de enfermagem que proporcionem respostas às dificuldades sentidas. Desta forma, toma-se como referência a TDAE (Figura 1).

Figura 1

Teoria do défice de autocuidado de enfermagem.



Fonte. Elaboração própria, baseado em Orem, D. (2001).

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

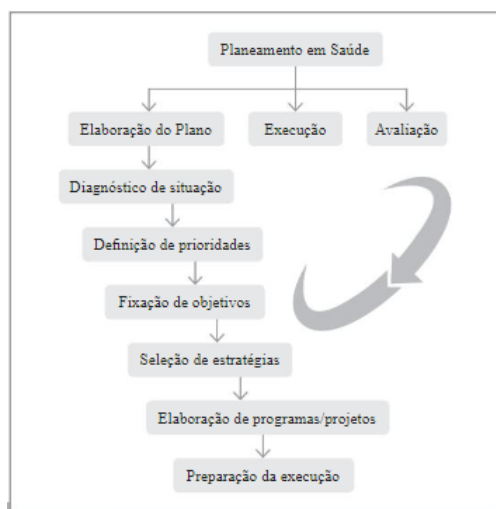
O presente capítulo descreve a Metodologia de Planeamento em Saúde, que fundamenta as etapas do projeto de intervenção comunitária. São também descritas a metodologia utilizada para o Diagnóstico de Situação de Saúde, com a identificação da população alvo e amostra, a metodologia da colheita e da análise dos dados. Por último, é abordado a perspectiva ética, pois toda a intervenção efetuada respeitou os princípios e valores éticos.

2.1. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde apresenta três grandes etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação e consiste em racionalizar os recursos humanos e materiais disponíveis, de forma a conseguir alcançar as metas previamente traçadas, conduzindo, deste modo, à resolução de problemas de saúde diagnosticados e priorizados. Esta Metodologia pressupõe o envolvimento e coordenação de todos os intervenientes (Imperatori & Giraldes, 1993), conforme observado na Figura 2.

Figura 2

Etapas do processo de Planeamento em Saúde



Fonte. Melo, 2020, p.3 (adaptado de Imperatori & Giraldes, 1993).

O Planeamento em Saúde não é algo estanque, mas observado como um processo dinâmico e flexível, que se vai moldando à realidade e às necessidades encontradas, de forma a alcançar “(...) *um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (...)*” (Tavares, 1990,p.37).

Imperatori e Giraldes (1993), referem que o Planeamento em Saúde é direcionado para o futuro, sendo este um processo permanentemente contínuo e dinâmico. É também considerado como racional, no que se refere à tomada de decisões, tendo como desígnio, o de eleger um percurso de ação, comprometendo uma ação e uma relação de causalidade, nomeadamente entre a ação proposta e os resultados que se pretendem alcançar. Para além disso, o Planeamento em Saúde é um processo interativo, cíclico e em espiral, segundo Tavares (1990), uma vez que possibilita atualizações constantes e alterações que modificam o ponto de partida.

O planeamento em saúde para além de ser considerado como um instrumento tradutor de políticas de saúde e de desenvolvimento da área da saúde, possibilita alocar e otimizar de forma equitativa os escassos recursos aos serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990), conduzindo, desta forma, para uma maior eficiência, em que cada comunidade exhibe particularidades únicas e específicas, de acordo com os seus determinantes de saúde.

Em 1978, a OMS adotou um papel crucial enquanto impulsionadora do desenvolvimento do planeamento em saúde, aconselhando, na conferência de Alma-Ata, a elaboração de políticas, estratégias e planos nacionais, com o intuito de planear e implementar os Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo estes considerados como a pedra basilar para se alcançar essa meta, pois encontram-se acessíveis às pessoas, famílias e respetivas comunidades.

A metodologia de planeamento em saúde possibilita a tomada de decisão clínica em enfermagem (Melo, 2020), tendo como base o planeamento. O EEEEC, a partir da metodologia de planeamento em saúde, apresenta competências específicas para avaliar e intervir na comunidade (Regulamento n.º 428/2018), melhorando o seu nível de saúde, através de mudanças comportamentais, nomeadamente atitudes, estilos de vida saudáveis e utilização de recursos, assim como reconhecer a importância que a própria comunidade apresenta para o planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.2. ESTUDO DAS NECESSIDADES/PROBLEMAS DOS CUIDADORES INFORMAIS

O tipo de método de colheita de dados, aplicado num estudo científico, é determinado pela natureza do problema de investigação (Fortin, 1999).

Segundo Sequeira (2020), o emprego de instrumentos de medida é elementar para um diagnóstico minucioso.

2.2.1. População alvo e amostra

A população alvo, de acordo com os autores Fortin et al. (2009), constitui “*um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns*” (p. 69). Perante uma entrevista exploratória, com os enfermeiros da UCC, foi identificado como problema e necessidade em saúde de trabalhar com o cuidador informal, iniciando-se, depois a respetiva operacionalização com o aprofundamento do diagnóstico de situação de saúde.

A totalidade da população alvo é, maioritariamente, inacessível, o que leva aos investigadores a recorrer a uma amostra da população acessível e alcançável, encontrando-se esta, limitada a uma cidade, região ou a um lugar (Fortin et al., 2009). No nosso projeto de intervenção comunitária, a população alvo corresponde aos cuidadores informais de utentes dependentes da ECCI, inserida na UCC, grupo considerado como prioritário para a intervenção pela equipa da UCC e ECCI. Assim optou-se por uma amostra não probabilística intencional.

A amostra incluiu critérios de inclusão e exclusão, tendo sido definidos como critérios de inclusão: ser cuidador informal de utente dependente da ECCI, saber ler e escrever (devido a limitações de tempo e à necessidade de autopreenchimento do questionário), estar disponível, desejar participar nas sessões educativas, e como critérios de exclusão: não saber ler e escrever, ser cuidador informal de pessoa dependente não utente da ECCI não desejar participar, não se encontrar disponível para participar nas sessões educativas e ter comprometimento cognitivo.

Dos 28 cuidadores informais, prestadores de cuidados a pessoas dependentes utentes da equipa de ECCI, seis não cumpriam critérios para participarem no estudo e, dois cuidadores informais recusaram participar, ficando um total de uma amostragem de 20 cuidadores informais.

2.2.2. Metodologia de colheita de dados

Para se iniciar o processo de colheita de dados, é fundamental que o método de colheita de dados tenha sido selecionado, elaborado e adaptado, assim como a amostra de sujeitos tenha sido apurada (Fortin et al., 2009).

Os dados foram recolhidos por meio da aplicação de um instrumento de colheita de dados, um questionário auto-preenchido, com duração média de resposta a rondar os 10 minutos, no domicílio, pelos cuidadores informais (Apêndice I), e entregue, em envelope fechado, na visita domiciliária. O questionário encontrava-se estruturado em três partes. A primeira parte, referia-se às variáveis sociodemográficas do cuidador informal (idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional); a segunda parte consistia nas variáveis de caracterização em contexto da prestação de cuidados (parentesco, ajuda no cuidar, tempo de prestação de cuidados, tipo de cuidados prestados e necessidade de informação/formação). Foram colocadas cinco perguntas abertas: que outro recurso dispõe para cuidar; que ajuda considera necessário para a prestação de cuidados; que outro tipo de cuidados presta; que informação/formação o cuidador informal recebeu para cuidar do seu familiar; e que temáticas gostaria de receber. Na terceira parte, incluiu-se o instrumento de avaliação do cuidador, a Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Anexo I), traduzida e aplicada na população portuguesa pelo Professor Carlos Sequeira. Este instrumento de avaliação possibilita “*de forma qualitativa e quantitativa, mensurar e descrever as principais dificuldades do cuidador.*” (Sequeira, 2020, p.210).

O CADI agrega 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar de uma pessoa idosa e as suas implicações. Permite identificar que género de dificuldades nos cuidados prestados, a pessoas idosas, bem como a forma como, cada cuidador informal interpreta e vivencia as dificuldades. O CADI é composto por seis dimensões ou categorias: problemas relacionais; restrições sociais; exigências do cuidar; reações ao cuidar; apoio familiar; e apoio profissional. A cada potencial dificuldade questionada, existe quatro possibilidades de resposta, para o cuidador: (a) Não acontece no meu caso; (b) Acontece, mas não me perturba; (c) Acontece e causa-me alguma perturbação; e (d) Acontece e perturba-me muito.

As respostas que se obtêm das questões enunciadas no questionário sobre a caracterização sociodemográfica e a caracterização do contexto da prestação de cuidados, possibilita o conhecimento da natureza do cuidador informal e, segundo Sequeira (2020), ao correlacionar-se a história de vida, autoconceito e competências do cuidador com instrumentos de avaliação do cuidador, como por exemplo a Escala de CADI, permite promover uma melhor compreensão da relação dos cuidados prestados (Sequeira, 2020).

2.2.3. Metodologia de análise dos dados

Após o preenchimento do instrumento de colheita de dados, pelo cuidador informal, procedeu-se à análise dos mesmos.

Os dados foram analisados de forma descritiva e estatística pelo programa IBM® SPSS® Statistics software para o Windows 10 Enterprise e análise de conteúdo para as cinco questões de resposta aberta.

A análise de conteúdo é definida, segundo Bardin (2016) como um conjunto de técnicas que permite analisar temáticas e averiguar hipóteses pré-definidas, procurando compreender o que se encontra por trás da produção e receção da mensagem. O seu objetivo, consiste no manuseamento de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), de forma a destacar os indicadores que inferem sobre a realidade por detrás da mensagem. Foi realizada análise temática, tendo sido estabelecidas categorias e subcategorias (Apêndice II).

2.3. QUESTÕES ÉTICAS

A perspetiva da ética, na investigação, compreende todas as etapas do processo, manifestando preocupação com o respeito pelos princípios e valores e com a qualidade ética dos procedimentos (Nunes, 2020).

A Enfermagem tem definidos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e no Código Deontológico do Enfermeiro, os princípios éticos e deontológicos a considerar no exercício da profissão, relativamente a nível da investigação.

A International Council of Nurses (ICN) (2003, cit. por Nunes, L., 2020), emanou orientações sobre aspetos éticos que os enfermeiros devem ter em consideração, aquando o exercício das suas funções. Assevera, que estes devem proteger os direitos humanos, em todas as situações, incluindo que sejam assegurados o fornecimento adequado de informações, aos utentes, podendo desta forma, os mesmos, permitirem o levantamento e tratamento de informações no âmbito de trabalhos académicos de investigação.

O projeto de intervenção comunitária assentou, nos seis princípios éticos, que devem orientar a investigação: fidelidade, pela confiança estabelecida com os participantes no estudo; veracidade da informação transmitida; confidencialidade da informação; beneficência, tendo em atenção o bem para o participante e para a comunidade; avaliação da maleficência, respeitando o princípio de não causar dano; justiça, cuidar e proceder de forma equitativa.

De forma a serem assegurados os princípios éticos, foram realizadas as seguintes diligências:

- Pedido de autorização para utilização da Escala de CADI ao seu autor (Apêndice III), com parecer positivo (Anexo II);

- Pedido de apreciação à Comissão de Ética da ARSLVT (Apêndice IV), sobre o projeto de intervenção em questão, aprovado na reunião da secção de investigação, no dia 4 de novembro de 2022 (Anexo III), salvaguardando as recomendações efetuadas pela Comissão, reajustando as questões de caracterização, de forma a salvaguardar a identificação dos participantes, assim como o cuidado na apresentação dos resultados e, ainda, a realização dos cálculos dos custos, possibilitando a visibilidade do investimento para a realização do projeto.

- Pedido de autorização para implementação do projeto de intervenção comunitária ao Diretor Executivo ACES (Apêndice V), com parecer positivo a 11 de julho de 2022 (Anexo IV).

- Autorizado pela Coordenadora da UCC a permissão para a implementação do projeto de intervenção comunitária, a 7 de outubro de 2022 (Anexo V).

Para o preenchimento do instrumento de recolha de dados, cada participante assinou, previamente, o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice VI).

Salvaguardou-se, ao cuidador informal, que se encontrava livre de desistir a qualquer momento, sem necessidade de fornecer o motivo do abandono. Foi clarificado, de que toda a informação relacionada com o mesmo seria anónima. Os dados, apenas, estarão acessíveis à investigadora, protegidos de acesso de terceiros, através de password. Explicado, que o projeto não acarreta qualquer risco e/ou dano, encontrando-se, o mesmo, isento de compensação monetária e custos para o cuidador informal. Referido, também, não existir qualquer conflito de interesse, por parte da estudante de mestrado, que pudesse influenciar ou comprometer os resultados da pesquisa. As diligências, vão ao encontro com o Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 84º, alínea b, que alude que o enfermeiro deve “*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*”(OE, 2015, p.73) e, ainda com os deveres de sigilo, Artigo 85º, alínea d, que deve “*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*” (OE, 2015, p.78).

Foram consideradas todas as questões ético-legais, assim como os princípios defendidos pela Declaração de Helsínquia. De forma a respeitar o trabalho realizado pelos autores, todos os documentos utilizados foram corretamente referenciados e citados, assegurando assim a integridade académica exigida.

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O diagnóstico de situação de saúde é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, sendo nesta fase que se identificam os problemas e se determinam as necessidades de uma população. A concordância entre o diagnóstico e as necessidades da população permitem determinar a pertinência do projeto. Desta forma, o diagnóstico de saúde deverá ser realizado o mais breve possível, permitindo uma atuação em tempo útil, suficientemente alargado, possibilitando a identificação dos problemas, o mais aprofundado possível, para que as soluções, para os problemas encontrados, sejam pertinentes, claro e sucinto, podendo ser lido e entendido por todos. A qualidade do diagnóstico irá influenciar as etapas seguintes, as escolhas das prioridades e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Esta etapa possibilitou identificar e conhecer a área geográfica de intervenção, a população geral, a população alvo e os recursos existentes, de forma a potenciar a intervenção comunitária. A realização do diagnóstico da situação de saúde vai ao encontro da aquisição da unidade de competência “1.1- *Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.*” (Regulamento n.º 428/2018, p.19355).

3.1. CONTEXTO DE ESTÁGIO

A ARSLVT é constituída por áreas funcionais, designados por serviços centrais, que suportam toda a atividade global, sendo constituída por 15 ACES, nomeadamente o ACES onde realizei os estágios.

O ACES tem como missão servir e prestar CSP, de excelência, à população residente dos Concelhos que abrange, tendo como visão restituir e melhorar a acessibilidade dos habitantes aos CSP, sendo constituído por 369.574 utentes inscritos (Ministério da Saúde, 2022).

O ACES agrega quatro UCC, seis UCSP, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), dezanove USF e uma Unidade de Saúde Pública (USP) (Ministério da Saúde, 2022).

O Concelho, a nível dos CSP, é servido por um conjunto de Unidades Funcionais distribuídas pelas diversas freguesias que constituem o Município, sendo constituído por três

UCSP, sete USF, seis de modelo A e uma de modelo B, e duas UCC. Acrescem-se, às unidades funcionais, referidas anteriormente, uma USP e uma URAP, que tanto assistem o Concelho como o Concelho vizinho (Fernandes & Sousa, 2022).

A UCC constitui uma das UCC do ACES, teve início de atividade em dezembro de 2010, tendo como missão colaborar para a melhoria do estado de saúde dos utentes, abrangidos na área geográfica por um Centro de Saúde, nomeadamente pela prestação de cuidados de saúde, apoio social de âmbito domiciliário e comunitário, apoio psicológico, fundamentalmente a pessoas, famílias e a grupos em situações de vulnerabilidade ou dependência funcional e física, para além de atuar na educação para a saúde, na inclusão em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, no artigo 11º) (Ministério da Saúde, 2022).

A UCC apresenta como princípios orientadores a cooperação, a solidariedade e o trabalho em equipa, a autonomia, a articulação com outras Unidades Funcionais do ACES, as parcerias com estruturas da comunidade e a gestão participativa (Ministério da Saúde, 2022).

Dentro da UCC, encontra-se a ECCI (como é conhecida atualmente), tendo emergido em outubro de 1997, perante as necessidades em prestar cuidados de saúde no domicílio às pessoas residentes em situação de dependência temporária ou definitiva, com uma designação que não corresponde à atual. Em 2000, o projeto passou a incluir todo o território de ação do Centro de Saúde do Concelho, da União de várias freguesias, tendo, posteriormente, sido designada por ECCI, mantendo-se até à data atual. Em 2006, a ECCI passa a integrar a RNCCI e, em novembro de 2010, integra a UCC.

3.1.1. Recursos Humanos

A UCC é formada por uma equipa multidisciplinar, que integra catorze Enfermeiros, um Secretário Clínico, dois Assistentes Operacionais, dois Técnicos Superiores de Saúde de Psicologia Clínica e da Saúde, três Técnicos Superiores de Serviço Social e um Técnico Superior (sem especialidade pelo processo de Especialidades Profissionais) e por um Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica de Fisioterapia (Ministério da Saúde, 2022).

Dentro de cada especificidade de área de intervenção e das competências pessoais, científicas e técnicas dos elementos que constituem a UCC, a equipa procura dar resposta às necessidades, em cuidados de saúde e sociais, da população em que está inserida.

A UCC está distribuída por duas principais equipas de trabalho, a ECCI e a Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária.

3.1.2. Recursos Físicos e Financeiros

A UCC encontra-se sediada na Unidade Funcional de Saúde de uma freguesia do Concelho, no piso zero, sendo constituída por: um gabinete para a coordenação, dois gabinetes para a Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária, um gabinete para a ECCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, um gabinete para a técnica administrativa e um gabinete para a arrecadação/farmácia. As restantes divisões, nomeadamente a copa e as casas de banho, são partilhadas com a URAP e com a UCSP de uma Freguesia, partilhando ainda com a UCSP a área de armazenamento dos resíduos sólidos e uma sala de arrumos.

Sendo a área de ação maioritariamente de intervenção comunitária, a UCC contém sete viaturas, duas delas fornecidas pela ARSLVT, uma viatura cedida pelo ACES, uma pela CMO e três viaturas cedidas pela Juntas de Freguesia.

Em relação aos recursos informáticos, a UCC dispõe de 13 computadores.

A nível dos recursos financeiros foi atribuído à UCC um fundo de maneo de 100 Euros, sendo o mesmo, aplicado e gerido, de acordo com as orientações emanadas.

3.1.3. Dinâmica Funcional

Na UCC, o horário de funcionamento consiste:

- Programa ECCI: - 2ª Feira a 6ª Feira: 8h às 17h;
 - Sábados e Feriados: 8h às 15h;
 - Domingos: dependente do número de visitas programadas.
- Restantes Programas e Projetos: - 2ª Feira a 6ª Feira: 8h às 17h;

Nota: O horário pode ser alargado até às 20h,
conforme a necessidade da população.
- Projeto “Nascer em Odivelas”: - 2ª Feira a 6ª Feira: 8h às 20h.

A intervenção da UCC tem como alicerces os Programas de Saúde da DGS, o PNS e o Plano Local de Saúde do ACES.

A UCC, perante a identificação dos problemas de saúde e o conhecimento da população, que reside na área da sua atuação, definiu as seguintes prioridades:

- Intervenção com pessoas dependentes e famílias cuidadoras;
- Proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade;

- Intervenção com pessoas, famílias e grupos que manifestam maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências e ainda de risco a situações de violência ou negligência;
- Promoção e proteção da saúde, ao longo do ciclo da vida, em diferentes contextos, através de intervenções a nível de programas de saúde existentes, reforçando a colaboração intersectorial
- Promoção da literacia e da capacitação dos habitantes nos diferentes *settings*, na comunidade.

A UCC agrega diversos programas e respetivos projetos e parcerias, incluídos na carteira de serviços da UCC, nomeadamente:

✚ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, incluindo em parceria o Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Pedopsiquiatria do Hospital Beatriz Ângelo;

✚ Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, integrando o projeto “*Nascer em Odivelas*”;

✚ Programa Nacional de Saúde Escolar, com o projeto “*Vamos à Escola*”, estando incluídas as linhas de atuação procedidas pela DGS, nos programas de saúde prioritários e em áreas específicas, como a Promoção da Alimentação Saudável e Prática de Exercício Físico, a Saúde Mental, a Vacinação, a Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar e Prevenção e Controlo do Tabagismo. Ainda dentro do respetivo programa, encontra-se inserido o Projeto de Formação de Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida, para o Jardim de Infância e a Escola Básica do 1º ciclo e do 9º ano;

✚ Programa Nacional para a Diabetes, com o Projeto ***Prevenir e agir no combate à diabetes***;

✚ Programa Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável, com o Projeto ***Envelhecer com mais saber***, na área do envelhecimento ativo e saudável, com enfoque nos programas prioritários como as Doenças Cardiovasculares e a Saúde Mental;

✚ Programa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com o projeto ***Cuidar no domicílio: uma necessidade real***;

✚ Programa Nacional de Saúde Oral, com o Projeto ***Entre Escovas e Bochechos***;

✚ Projeto ***Luto em Rede***, dirigido aos enlutados acompanhados no âmbito da ECCI;

- ✚ Projeto **Espaço do Cuidar**, em que estão incluídos os projetos *Formar para Cuidar* e o Projeto *Capacitar para Cuidar*;

- ✚ Projeto **Sexualidade**;

- ✚ Projeto **Diga não às Úlceras de Pressão**;

- ✚ Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua, que se encontram interligados, para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a motivação dos profissionais de saúde, sendo este um programa essencial e de constante investimento na UCC;

- ✚ Intervenção no âmbito da Prevenção da Violência no Adulto, integrando a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e a Rede de Intervenção na Violência Doméstica e em Pessoas Vulneráveis, no Concelho. Este constitui um dos focos primordiais da UCC, cruzando com os diversos programas nacionais (descritos anteriormente) e operacionalizando através da rede Social, do Rendimento Social de Inserção e o Plano Estratégico Concelhio de Prevenção das Toxicodependências.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO

O Concelho é um dos concelhos mais recentes de Portugal, inserido na Área Metropolitana de Lisboa (AML).

3.2.1. Caracterização Geográfica e Sociodemográfica

O Concelho agrega a Nomenclatura da Unidade Territorial (NUT) II E NUT III, correspondentes à AML.

O Concelho é limitado a norte pelo Concelho de Loures, a sudoeste pelo Concelho de Lisboa, a sudeste pelo Concelho da Amadora e a Oeste pelo Concelho de Sintra.

Um dos municípios do Concelho, integra uma área de 26,4 km², em que conta com uma população de 148.058 habitantes, segundo o INE (2021), e é composto por quatro freguesias, conforme representado na Figura 3.

Figura 3

Área geográfica do Concelho.



Fonte. Câmara do Concelho (CMO), 2022.

Como principal atividade económica, encontra-se o setor terciário, em que estão incluídos o comércio, a restauração e a hotelaria. A indústria transformadora, nomeadamente a agricultura e a construção civil, têm um papel relevante, principalmente no cultivo de flores e plantas ornamentais, presentes em estufas e viveiros.

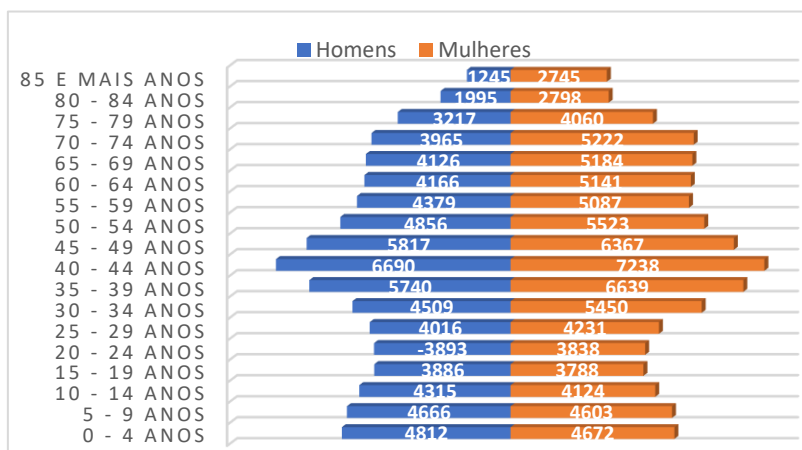
Em relação à caracterização sociodemográfica, entre 2011 a 2021, a população residente do Concelho aumentou discretamente de 145.142 pessoas para 148.058 pessoas, apresentando uma variação positiva de 2,0%.

A densidade populacional do Concelho aumentou ligeiramente, passando de 5.484,3 habitantes por km² para 5.578,7 habitantes por km² (PORDATA, 2021).

No ano de 2020, a pirâmide etária da população residente no Concelho, exibe o formato do símbolo do naipe de espadas, característica de uma população envelhecida, mas em vias de rejuvenescimento, conforme observado na Figura 4.

Figura 4

Estrutura etária da população do Concelho, por género, em 2020.

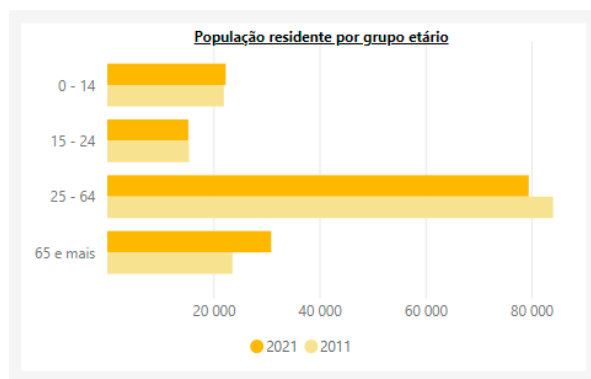


Fonte. Elaboração própria, com base nos dados do INE, 2021.

Segundo o INE (2021), a população residente no Concelho, por grupo etário, é mais significativa no grupo etário entre os 25 e os 64 anos, residindo cerca de 79.510 habitantes, em 2021, verificando-se uma ligeira descida, em comparação com os 84.106 habitantes residentes em 2011, conforme observado na. Em relação ao grupo etário dos 65 e mais, averigua-se que residem cerca de 30.918 habitantes, no Município em 2021 e no ano de 2011 habitavam cerca de 23.617 pessoas, validando-se um aumento da população envelhecida no respetivo Concelho, conforme observado no Gráfico 1.

Gráfico 1

População residente, por grupo etário, no Concelho, em 2011 e em 2021.



Fonte. Elaboração própria, com base nos dados do INE, 2021.

Segundo PORDATA (2021), a percentagem de pessoas idosas, com idade de 65 e mais anos, em 2011, no Concelho, era de 16,3% e em 2021 de 20,9%, resultando num crescimento percentual da população idosa.

Em relação ao Índice de Envelhecimento, no ano de 2011, existiam 107,3 idosos por 100 jovens, sendo em 2020 de 138,4 idosos por 100 jovens (PORDATA, 2021).

O Índice de Longevidade, em 2011 era de 38,9 pessoas com 75 e mais anos por 100 idosos, apresentando-se em 2020 cerca de 45,9 pessoas com 75 e mais anos por 100 idosos (PORDATA, 2021).

O Índice de Dependência Total, no ano de 2011 era de 47,1 jovens e idoso em cada 100 pessoas em idade ativa, sendo em 2020 de 60,6 jovens e idosos em cada 100 pessoas em idade ativa (PORDATA, 2021), e em maio de 2022, o Índice de Dependência apresenta um valor de 57,45 jovens e idosos em cada 100 pessoas em idade ativa (Ministério da Saúde, 2022).

Em relação ao Índice de Dependência de Idosos, no Concelho, em 2011 era de 24,8 idosos por 100 pessoas em idade ativa e em 2020 encontrava-se em 33,9 idosos em cada 100 pessoas em idade ativa (PORDATA, 2021) e em maio de 2022, o Índice de Dependência de Idosos é de 33,29 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. (Ministério da Saúde, 2022).

Relativamente à população estrangeira com estatuto legal de residente, observa-se uma evolução positiva, entre 2011 e 2020, passando de 14.675 para 19.946 pessoas com estatuto legal de residência, sendo esta subida percentual de 10,4% em 2011 e de 12,3% em 2020 (PORDATA, 2021).

A nível de nacionalidades de cidadãos estrangeiros a residir no Concelho, em 2020, valida-se que as nacionalidades em destaque são: guineenses com 1.776 pessoas; angolanos, com 2.000 habitantes; indianos com 2.832 residentes e brasileiros com 5.176 indivíduos (PORDATA, 2021).

A esperança de vida à nascença da população portuguesa, no período de 2009-2011, era de 82,43 anos para as mulheres, tendo aumentado para 83,37 anos, no período de 2019-2021 e para os homens, referente ao intervalo 2009-2011, a esperança de vida era de 76,47 anos, tendo esta subido para 77,67 anos, no período de 2019-2021 (INE, 2022). A nível da AML, na qual está inserido o Concelho, a esperança de vida à nascença, para as mulheres, no ano de 2011, era de 82,5 anos, subindo para 83,7 anos no ano de 2019. Em relação aos homens, a esperança de vida à nascença, no ano de 2011 encontrava-se em 76,5 anos, aumentando para 78,3 anos no ano de 2019 (PORDATA, 2021).

A esperança de vida aos 65 anos a nível nacional entre 2009-2011 era de 20,20 anos para as mulheres, ascendendo para 20,80 anos entre o período 2019-2021 e para os homens, no intervalo de 2009-2011 era de 16,92 anos, tendo elevado para 17,38 anos, entre 2019-2021 (INE, 2022). Em relação aos residentes na região da AML, a esperança de vida aos 65 anos, no ano de 2011 era de 20,3 anos para as mulheres e no ano de 2019 era de 21,5 anos; para os homens, no ano de 2011 era de 17,0 anos, tendo também aumentado para 18,1 anos, no ano de 2019 (PORDATA, 2021).

A natalidade é o fator de maior influência no aumento de uma determinada população, para além de ser um importante determinante de saúde e social.

A taxa bruta de natalidade no Concelho, no ano 2020, era de 10,8%, ligeiramente inferior aos 12,3% no ano 2011. A mesma tendência é verificada na AML (9,9% em 2020 versus 11,0% em 2011) e em Portugal Continental (8,2% em 2020 versus 9,2% em 2011). Ainda assim, Concelho apresenta uma taxa bruta de natalidade superior aos territórios comparados (PORDATA, 2022).

No que concerne à maternidade, a idade da mulher é de extrema importância, representando desafios adicionais, durante a gestação e o parto, quer de um ponto de vista clínico quer dos determinantes socioeconómicos, podendo originar repercussões na saúde da mulher grávida.

No Concelho, o número total de nados-vivos de mães residentes, em 2021, era de 1.648, ligeiramente inferior ao número total de 1.785 nados-vivos em 2011. Observa-se a mesma tendência decrescente na AML (26.725 nados-vivos em 2021 versus 31.127 nados-vivos em 2011). Em relação aos nados-vivos segundo o grupo etário por mãe, observa-se que num Municípios do Concelho, assim como na AML e em Portugal, uma diminuição de nados-vivos, de 2011 a 2021, exceto do grupo etário de 40-44 anos (aumentando de 67 nados-vivos, em 2011, para 143 nados-vivos, em 2021, no Concelho) e do grupo etário de 45-49 anos (aumentando de 1 nado-vivo, em 2011, para 11 nados-vivos, em 2021, no Município), validando-se um aumento da idade média da mãe aquando do nascimento de filhos (PORDATA, 2022).

Em relação à taxa de mortalidade infantil, enquadrada no objetivo 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em 2021, era de 4,2%, diminuindo a percentagem em relação ao ano 2011 que se encontrava em 7,3%. Se, se comparar as taxas de mortalidade infantil do Concelho com a AML, observa-se que esta é superior, já que, na AML, em 2021 era de 2,9% e em 2011 de 3,6% (PORDATA, 2022).

A educação e a literacia são relevantes determinantes da saúde, apresentando-se no Concelho, em relação ao ensino pré-escolar, uma discreta descida do número de crianças inscritas, passando de uma taxa bruta de pré-escolarização de 64,0% no ano letivo de 2012-2013 para os 62,8% no ano letivo de 2019-2020. Em relação ao ensino pré-escolar, na AML, validou-se que a taxa bruta de pré-escolarização no ano letivo de 2012-2013 era de 81,4%, subindo ligeiramente para 87,9% no ano letivo de 2019-2020 (INE, 2021).

Em relação ao ensino básico, a taxa bruta de escolarização no ano letivo 2012-2013, era de 113,9%, observando-se uma descida percentual para 94,7% no ano letivo de 2019-2020. Na AML, a taxa bruta de escolarização no ensino básico no ano letivo de 2012-2013 era de 116,7%, denotando-se, também, uma diminuição percentual, relativamente ao período letivo 2019-2020, para 105,7% (INE, 2021).

No ensino secundário considera-se relevante destacar uma diminuição de 17,3% no número de alunos inscritos no período entre 2012-2020 no Concelho e em relação à AML, no mesmo intervalo 2012-2020, apresentou uma discreta diminuição de 5% de alunos matriculados (INE, 2021).

É no ensino superior, relativamente à taxa de escolarização, que se validam consideráveis diferenças entre o Concelho e a AML, verificando-se que no ano letivo de 2012-2013, a

taxa de escolarização no ensino superior era de 1,8%, sendo no mesmo ano letivo na AML uma taxa de 43,9% de alunos matriculados. No ano letivo de 2019-2020, no Concelho, a taxa de escolarização no ensino superior era de 2,0% e na AML era de 48,4% de alunos inscritos. Importante referir que na AML existe um número considerável de instituições públicas (51 instituições de ensino superior, em 2020) e privadas (35 instituições de ensino superior em 2020), encontrando-se, no Concelho, apenas um estabelecimento de ensino superior de natureza privada (INE, 2021).

Segundo a DGS (2019a), através do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, em Portugal, cinco em cada dez pessoas exibe níveis reduzidos de Literacia em Saúde, sendo o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde, com 8,6%, em comparação com a média europeia de 16,5%. Em relação à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta valores elevados, em comparação com a média europeia, sendo a nível nacional a percentagem de 38,1%, em comparação com os 35,2% a nível europeu. Ainda, relativo à Literacia em Saúde, os grupos muito vulneráveis, na população portuguesa, são indivíduos com idades de 65 anos ou mais e com baixos níveis de escolaridade.

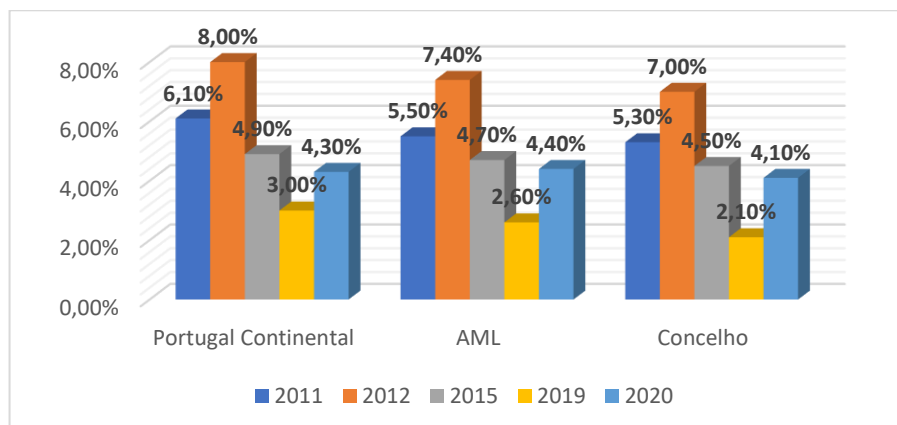
A condição laboral, o rendimento a nível individual e a economia são fatores importantes que influenciam a saúde a nível individual e populacional. Segundo os dados de acordo com a versão 2013 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), no Município, acompanhando a tendência da AML, mais de metade da população encontra-se empregada no setor terciário de atividade económica com 84,1% em comparação com os 82,7% na AML. O setor secundário de atividade económica apresenta 15,7%, no Concelho, em comparação com os 16,5% da AML, e no setor primário, de atividade económica, com 0,1%, no Município, em comparação com 0,3% da AML (PORDATA, 2015).

Os níveis de desemprego da população podem influenciar a saúde de diversas formas. A afetação do rendimento aferido pelos agregados familiares pode dificultar o acesso a bens e serviços que impactam a saúde, nomeadamente a nível das condições habitacionais, a nível alimentar, acesso à educação e à medicação e ainda à utilização dos cuidados de saúde.

No Concelho, a percentagem da população beneficiária do subsídio de desemprego da Segurança Social durante o intervalo de 2011 a 2020, validou-se que no ano de 2012 apresentou um máximo de 7,0%, ligeiramente inferior ao número percentual da AML (7,4%) e de Portugal Continental (8,0%). No ano de 2019, verificou-se uma diminuição da população beneficiária de subsídio de desemprego da Segurança Social, sendo no Concelho uma percentagem de 2,1%, da AML 2,6% e de Portugal Continental 3,0%, conforme observado no Gráfico 2.

Gráfico 2

Descrição de beneficiários do subsídio de desemprego da segurança social no total de beneficiários ativos (%), de 2011 a 2020.



Fonte. Elaboração própria, com base na II/MTSSS, PORDATA 2021.

Em relação ao rendimento médio mensal, por localização geográfica, segundo os NUTS 2013, no Concelho o ganho médio rondava os 987,15 euros, da AML a remuneração era de 1.477,39 euros e de Portugal Continental cerca de 1.209,94 euros (INE, 2021).

Os beneficiários do rendimento mínimo garantido e rendimento social de inserção da segurança social no total da população residente com 15 e mais anos por 100 residentes, em 2019, no Concelho era de 2,2% e na AML de 2,9% (PORDATA, 2021).

Em relação às pensões totais de velhice, invalidez e de sobrevivência remuneradas pela Segurança Social, do ano 2011, 23.795 foram as pensões atribuídas e em 2020 cerca de 33.945 pensões, valores estes inferiores pagos pela Segurança Social à AML. No Quadro 1, poder-se-á observar os diferentes tipos de pensões, pagos pela Segurança Social, no Concelho e na AML, nos anos de 2011 e 2020.

Quadro 1

Tabela de pensões da segurança social: total, de sobrevivência, de invalidez e de velhice, na AML e no Concelho, no ano de 2011 e 2020.

	Pensões							
	Total		Velhice		Invalidez		So-brevivência	
Anos	2011	2020	2011	2020	2011	2020	2011	2020
AML	716.098	718.409	491.613	518.439	58.634	30.281	165.851	169.689
Concelho	23.795	33.945	16.728	25.002	2.154	1.481	4.913	7.462

Fonte. Elaboração própria, com base nos dados do ISS/MTSSS, PORDATA, 2021.

Em relação à população reformada/aposentada e pensionistas remunerada pela Caixa Geral de Aposentações, referentes ao ano de 2011, no Concelho era de 10.340 pessoas, sendo na AML cerca de 246.817 pessoas. Em comparação ao ano de 2020, em ambos os territórios, ocorreu um aumento mais significativo na AML, passando para 261.501 pessoas com remuneração, pela Caixa geral de Aposentações, sendo no Concelho um número de reformados/aposentados e pensionistas de 10.910 (PORDATA, 2022).

No Concelho, o poder de compra *per capita*, segundo a localização geográfica (NUTS – 2013) e bienal, no ano de 2011, apresentava 91,94 poder de compra, sendo de 88,78 o poder de comprar *per capita*, em 2019. Na AML ocorre também uma diminuição de poder de compra *per capita*, passando de 130,97 em 2011, para 121,77, em 2019 (INE, 2021).

Segundo as estatísticas da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2021), no Concelho, ocorreram 422 crimes de violência e maus tratos, sendo 80% vítimas do sexo feminino. As faixas etárias com maior incidência de episódios de maus tratos encontram-se entre os 25-34 anos (com 15,1%), entre os 35-44 anos (com 16,7%) e os 45-54 anos (com 13,9%). De salientar, que 50 pessoas foram as vítimas de violência e maus tratos, com idades compreendidas iguais ou superiores a 65 anos a 85 ou mais anos. A nacionalidade com maior incidência de situações de violência é de origem portuguesa com 74%, sendo a brasileira, a segunda nacionalidade com mais casos, cifrando-se em 7,8%. A relação do autor dos crimes com a vítima maioritariamente são os (ex) cônjuges, (ex) companheiros, encontrando-se uma percentagem significativa em relação ao autor ser filho/filha da vítima (3,6%), assim como o autor ser pai/mãe da vítima (7,4%).

A habitação tem impacto na saúde, proporcionando proteção a fenómenos meteorológicos, nomeadamente ao calor, frio ou chuva, podendo ser também uma área de acidentes e exposição prejudicial para a saúde, como o aparecimento de alergias resultante de locais húmidos, o que pode levar ao aparecimento e agravamento de doenças do foro respiratório. Para além da importância, já referida anteriormente, a habitação pode ainda impactar a saúde mental, através das relações estabelecidas entre dos elementos que a coabitam.

No Concelho, em 2021, existiam 16.918 edifícios, tendo aumentado em 3,3% desde 2011 até ao ano de 2021.

3.2.2. Caracterização Epidemiológica

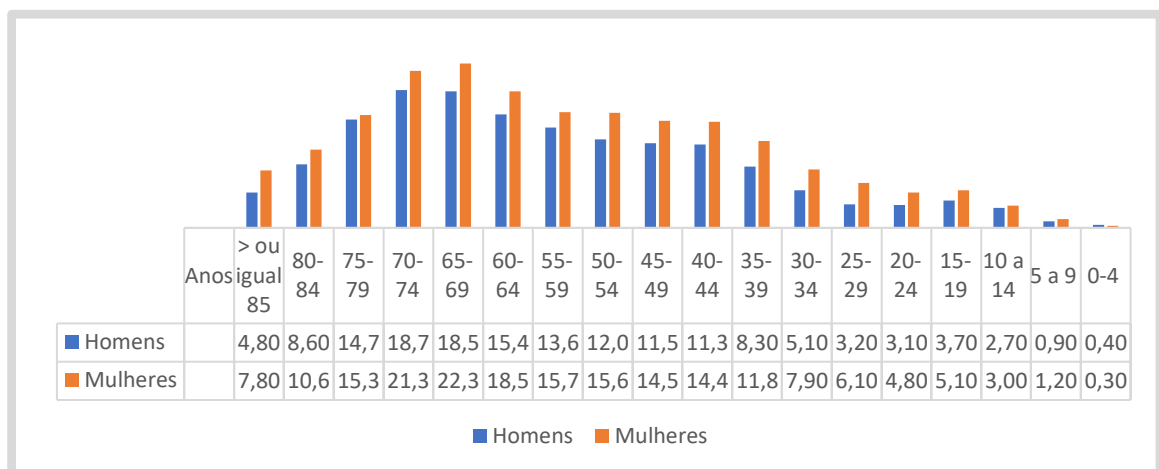
Os determinantes relacionados ao estilo de vida das populações estão inerentemente interligados a comportamentos individuais e são influenciados por fatores relacionados com o ambiente social e físico em que cada indivíduo se insere. Os determinantes associados ao estilo de vida estão intrinsecamente ligados à evolução e desenvolvimento de doenças crónicas, como é o caso de doenças cardiovasculares, diferentes tipos de neoplasia, diabetes e obesidade.

São também relevantes, para o bem-estar e saúde da pessoa, os determinantes de consumo de álcool, que pode aumentar o risco de doença coronária, doenças cerebrovasculares e desenvolvimento de patologias neurológicas e psiquiátricas; o abuso de tabaco, que está associado ao aumento da mortalidade, podendo desenvolver doenças neoplásicas, cérebro-cardiovasculares, assim como infeções respiratórias; o consumo de drogas, que pode conduzir à dependência e desencadear alterações cognitivo-comportamentais e mudanças de prioridades de valores da pessoa; o excesso de peso e as consequências que daqui podem resultar, nomeadamente o desenvolvimento de doenças cardíacas.

Dos utentes inscritos nos CSP do Concelho, entre 2015 e 2020, 20,4% dos utentes manifestam excesso de peso, sendo o grupo etário dos 65 anos aos 69 anos com maior percentagem de excesso de peso, sendo no sexo feminino de 22,3% e no sexo masculino de 18,5%, conforme pode ser observado no Gráfico 3.

Gráfico 3

Proporção dos utentes inscritos no CSP do Concelho com excesso de peso por sexo e faixa etária, 2015-2020.



Fonte. Elaboração própria, com base nos autores Fernandes & Sousa (2022).

Em relação aos utentes inscritos na União de Freguesias dos CSP do Concelho, entre 2015-2020, era de 10,1% de utentes fumadores, sendo mais frequente, o consumo no sexo masculino e com maior incidência nos grupos etários mais velhos, entre os 50 e os 54 anos (28,1% versus 27,3% do sexo feminino) até à idade igual ou superior aos 85 anos, encontrando-se este último grupo etário com 1,1% versus 0,3% do sexo feminino. No sexo feminino, observa-se um maior consumo nos grupos etários mais jovens, desde o grupo etário dos 15 aos 19 anos (3,1% versus 2,1% do sexo masculino) até à faixa etária dos 45 aos 49 anos (31,3% versus 30,6% do sexo masculino) (Fernandes & Sousa, 2022).

A nível do consumo agudo e crónico do álcool, observa-se que entre o ano 2015 e 2020, a percentagem dos utentes inscritos nas unidades de saúde dos CSP é de 0,8%. Em relação ao sexo, que apresenta maior incidência de consumo de álcool, destaca-se o sexo masculino, em todos os grupos etários, com maior relevância na faixa etária dos 55 aos 59 anos (7%), seguido do grupo etário dos 50 aos 54 anos (6,6%) e dos 60 aos 64 anos (6,6%) (Fernandes & Sousa, 2022).

O consumo de drogas ilícitas é de 0,4% dos utentes inscritos nos CSP do Concelho, entre 2015-2020. O sexo com maior consumo é o sexo masculino e na faixa etária dos 40 aos 44 anos (2,3% versus 1,1% do sexo feminino), seguido do grupo etário dos 25 aos 29 anos (1,8% versus 1,3% do sexo feminino). De entre as drogas ilícitas destacam-se a cocaína, o LSD, a ecstasy, os opiáceos e os canabinoides (Fernandes & Sousa, 2022).

A morbilidade revela um preditor da qualidade de vida, estando associada com a perda de anos de vida saudável e a condições de incapacidade total ou parcial, permanente ou temporária.

No Concelho, os principais problemas ou diagnósticos dos utentes inscritos nas unidades dos CSP, em 2020, são: Hipertensão Arterial sem complicações com 19,4%; Alterações dos Metabolismo dos Lípidos com 16,3%; Obesidade com 14,8%; Perturbações Depressivas com 11,7% e Síndrome Vertebral com irradiação de dores com 10,0%. Entre o intervalo de 2015 e 2020 verifica-se uma maior variação dos diagnósticos, nas Unidades Funcionais dos CSP de Odivelas, da Obesidade, com um aumento de 10,6%, e da hipertensão Arterial sem complicações, com um aumento de 5,4%. O diagnóstico de Infecção aguda do aparelho respiratório superior diminuiu de forma acentuada entre 2019 a 2020, passando de 9,6% para 3,6%, respetivamente, podendo esta alteração estar associada às restrições sociais impostas pela Saúde Pública, resultante da pandemia COVID-19. Na Tabela 1, são expostas as percentagens dos utentes inscritos nos CSP do Município, segundo os principais problemas detetados.

Tabela 1

Proporção de utentes inscritos, em percentagem, nos CSP do Concelho, por diagnóstico, 2015-2020.

Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hipertensão sem Complicações	14,20%	16,30%	17,00%	16,30%	16,80%	19,40%
Alterações do metabolismo dos lípidos	14,00%	15,10%	17,00%	16,10%	16,70%	16,30%
Perturbações depressivas	7,20%	8,10%	9,30%	8,30%	11,10%	14,80%
Infeção aguda do aparelho respiratório superior	6,60%	6,70%	8,20%	8,10%	9,80%	11,70%
Síndrome vertebral com irradiação de dores	5,50%	6,70%	7,50%	8,00%	9,60%	10,00%
diabetes não insulino-dependentes	5,10%	5,60%	6,10%	6,60%	9,20%	6,10%
Distúrbio ansioso/ Estado de ansiedade	4,80%	5,40%	5,80%	6,20%	6,70%	4,90%
Obesidade	4,20%	5,00%	5,20%	5,80%	6,60%	4,70%
Bursite/ Tendinite / Sinovite, NE	3,20%	4,50%	4,40%	4,80%	6,30%	4,70%
Rinite Alérgica	3,00%	3,90%	4,40%	4,40%	5,20%	3,60%

Fonte. Elaboração própria, com base nos autores Fernandes & Sousa (2022).

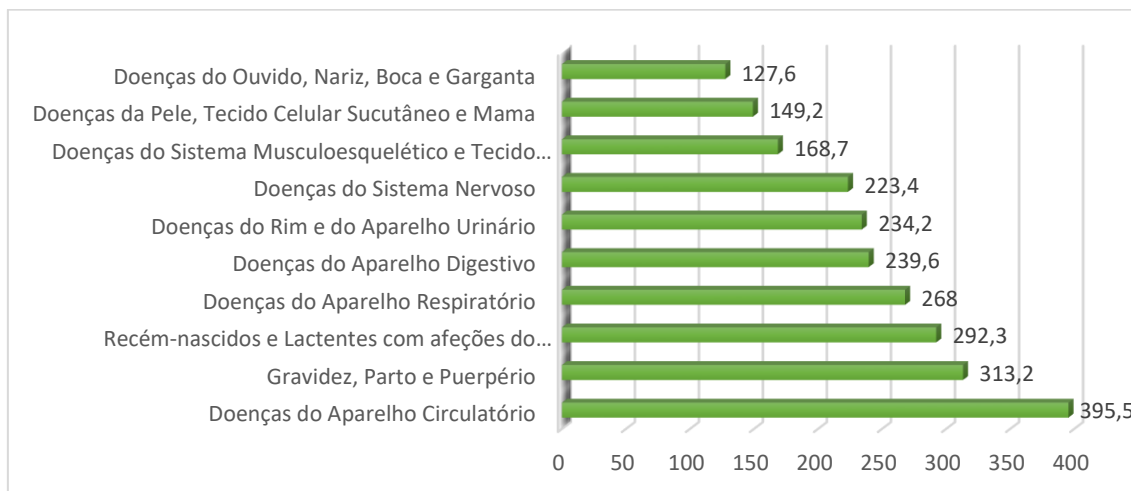
Em relação à distribuição dos principais problemas e diagnósticos apresentados pelos utentes inscritos nos CSP, entre 2015 e 2020, segundo o grupo etário e o sexo dos utentes, verifica-se que a hipertensão arterial sem complicações, as alterações do metabolismo dos lípidos e a obesidade encontram-se em maior número no sexo feminino e nos grupos etários dos 65 aos 69 anos e dos 70 aos 74 anos, encontrando-se, as perturbações depressivas, com maior relevância, nas mulheres, sendo as faixas etárias, com registo de maior incidência, dos 45 aos 50 anos e dos 55 aos 59 anos. Por último, a síndrome vertebral com irradiação de dores, continua a ser o género feminino, com maior número de utentes, encontrando-se nos grupos etários mais novos, nomeadamente dos 35 aos 39 anos e dos 40 aos 44 anos (Fernandes & Sousa, 2022).

As cinco doenças de declaração obrigatória mais registadas no Concelho, em 2019, foram: Tuberculose com 41 notificações; Sífilis com 23 registos; Gonorreia com 22 episódios; Infeção por *Chlamydia trachomatis* com 21 notificações e a VIH-SIDA com 16 registos (Fernandes & Sousa, 2022).

Ao nível da morbilidade hospitalar foi analisado o número de internamentos por 100.000 habitantes, no período de 2018, sendo as dez principais causas, para o internamento, os respetivos diagnósticos: as Doença do Aparelho Circulatório; Gravidez, Parto e Puerpério; Recém-nascidos e Lactentes com afeções do período perinatal; Doenças do Aparelho Respiratório; Doenças do Aparelho Digestivo; Doenças do Rim e do Aparelho Urinário; Doenças do Sistema Nervoso; Doenças do Sistema Musculoesquelético e Tecido Conjuntivo; Doenças da Pele, Tecido celular Subcutâneo e Mama e Doenças do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta, conforme observado no Gráfico 4.

Gráfico 4

Número de internamentos hospitalares por 100.000 habitantes do Concelho, em 2018.

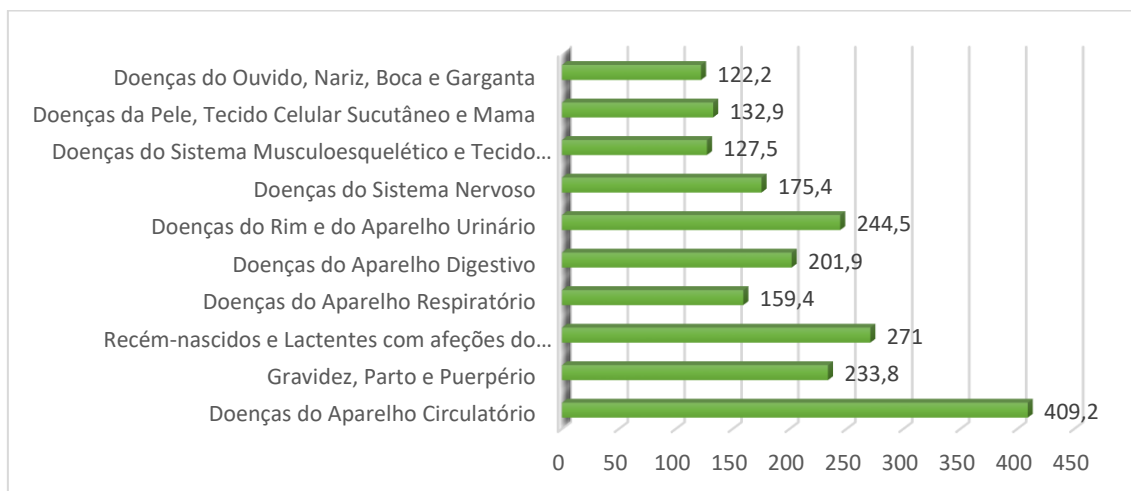


Fonte. Elaboração própria com base nos dados dos autores Fernandes & Sousa (2022).

Dos dez diagnósticos principais, responsáveis por episódios de internamento hospitalar por 100.000 habitantes da União das Freguesias do Concelho, em 2018, os três causas que apresentam maior número de internamentos são: Doenças do Aparelho Circulatório (com 409,2 número de internamentos); Recém-Nascidos e Latentes com afeções do período Perinatal (com 271,0 números de internamentos) e Doenças do Rim e do Aparelho Urinário (com 244,5 número de internamentos), conforme observado no Gráfico 5.

Gráfico 5

Número de internamentos hospitalares por 100.000 habitantes na União de Freguesias do Concelho, em 2018.



Fonte. Elaboração própria, com base nos dados dos autores Fernandes & Sousa (2022).

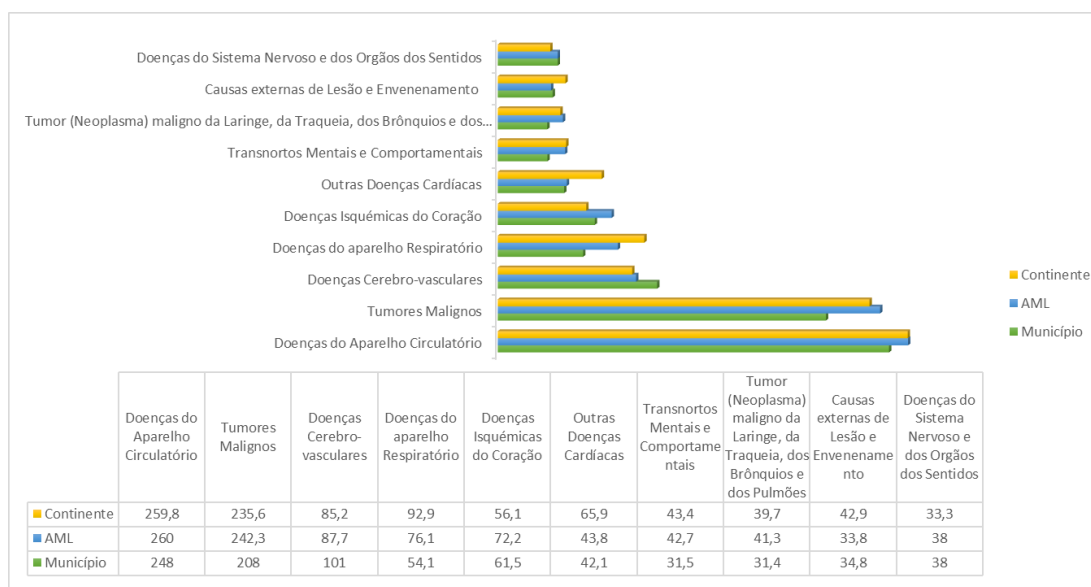
Em relação à taxa bruta de mortalidade, no ano de 2021, verifica-se que é de 10,6% por 1.000 residentes, uma percentagem ligeiramente inferior em relação à AML, com 11,6% por 1.000 residentes e também inferior à percentagem observada a nível nacional.

Em relação à taxa de mortalidade padronizada, no Concelho, no ano de 2019, observa-se que as doenças do Aparelho Circulatório e os Tumores Malignos apresentam maior número de mortes, como acontece com a AML e Portugal Continental. Considera-se relevante reforçar, o que já anteriormente foi observado (Tabela 1), que a morbilidade apurada nos CSP, os diagnósticos mais frequentes eram a Hipertensão Arterial, a Alteração do Metabolismo dos Lípidos e a Obesidade, diagnósticos estes significativos e considerados como fatores de risco para as Doenças do Aparelho Circulatório.

No Concelho, em 2020, destacam-se as Doenças Cerebrovasculares, observando-se as taxas de mortalidade padronizada superiores aos verificados à AML e Portugal Continental. Em relação às Doenças Isquémicas do Coração, no Concelho, a taxa de mortalidade padronizada é superior aos valores apresentados em Portugal Continental, conforme pode ser observado no Gráfico 6.

Gráfico 6

Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes (Nº), por diagnósticos de morte e localização geográfica, 2020.



Fonte. Elaboração própria com base nos dados dos autores Fernandes & Sousa (2022).

Ainda em relação à taxa de mortalidade padronizada, referente aos Tumores Malignos, em 2019, apresenta uma taxa mais elevada para: o Tumor (Neoplasma) Maligno do Pâncreas,

em que o número de taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes é de 15,7, versus os da AML, que é de 15,4 e de Portugal Continental, o número de taxa de mortalidade padronizada é de 13,7; o Tumor (Neoplasma) Maligno do Fígado e das Vias Biliares Intra-Hepáticas, com um número de taxa de mortalidade padronizada de 13,2, em comparação com a 11,5 da AML e 10,7 de Portugal Continental e o Tumor (Neoplasma) Maligno do Lábio, Cavidade Bucal e Faringe, com um número de taxa de mortalidade padronizada de 7,5, versus 7,1 da AML e 7,0 de Portugal Continental (Fernandes & Sousa, 2022).

Em relação ao número de quedas, a nível nacional, 112.988 pessoas sofreram uma queda, em ambiente doméstico e de lazer, no ano 2019, havendo necessidade de recorrer ao serviço de urgência. O sexo que apresenta maior incidência de episódios de queda é o sexo feminino com 74% em relação ao sexo masculino com 62%. A nível da distribuição dos diferentes mecanismos de lesão variou com a idade, sendo predominante o grupo etário dos 65 e mais anos, com 88% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020).

3.2.3. Recursos de Saúde

No Concelho existem vários recursos e serviços de saúde disponíveis para a população. Nestes recursos incluem-se o ACES onde se realiza o estágio, já descrito anteriormente, assim, como hospital de referência e outras instituições.

O Hospital Beatriz Ângelo é o hospital de referência, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), gerido, até janeiro de 2022 em regime de parceria público-privada. Atualmente encontra-se sob gestão pública. O hospital encontra-se integrado na AML e a sua área geográfica de cobertura insere-se na área de influência da ARSLVT. Encontra-se localizado no Concelho, servindo uma população de 278 mil habitantes.

Existem ainda outros recursos comunitários para a saúde, nomeadamente:

- Adexo-Associação de Doentes Obesos e Ex obesos de Portugal;
- Associação Comunitária de Saúde Mental de Odivelas;
- Centro Comunitário de Saúde Mental de Odivelas;
- Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos;
- Sempre Mulher (Associação de apoio a mulheres com cancro da mama).

3.2.4. Redes de Apoio Social

No Concelho existe uma Rede Social de apoio e suporte à população residente, que pretende impelir um trabalho de parceria alargada, recaindo na planificação de estratégias da intervenção social, envolvendo atores sociais de distintas naturezas e de áreas de intervenção. O programa da Rede Social foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de novembro e pela Declaração de Retificação n.º 10-0/98 (CMO, 2022).

Esta Rede Social tem como finalidade cooperar para a erradicação da pobreza e da exclusão social e para a promoção do desenvolvimento social a nível local, respondendo às problemáticas de modo inovador, colocando realce tanto no diagnóstico dos problemas quer na sua resolução. Como objetivos, apresenta: Promover a coesão e a inclusão social; Desenvolver uma parceria efetiva e dinâmica, permitindo a articulação e a intervenção social dos díspares agentes locais; Promover um planeamento integrado e sistemático do desenvolvimento social, fomentando sinergias, capacidades e recursos a nível local; Garantir uma maior eficácia do conjunto de respostas e equipamentos ao nível do concelho e das freguesias; Indagar soluções para os problemas das famílias e pessoas em situação de pobreza e exclusão social; Fomentar e divulgar o conhecimento sobre as realidades sociais do Concelho (CMO, 2022).

Existe uma rede solidária, constituída por vinte Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou legalmente equiparadas, encontrando-se dezasseis Instituições Particulares de Solidariedade Social, uma instituição de Organização Não Governamental sem fins lucrativos, uma instituição Cooperativa de Solidariedade Social, uma instituição de Entidade Pública (Instituto da Segurança Social, I.P.), uma Associação de Solidariedade Social. Todas as instituições referidas anteriormente, são geridas por entidades privadas, sem fins lucrativos destinados a dar resposta e apoiar a população idosa.

Face ao exposto, elenca-se em apêndice o conjunto das entidades existentes no Concelho e respetivas respostas à população idosa (Apêndice VII).

3.3. CUIDADORES INFORMAIS DO CONCELHO

O Estatuto do Cuidador Informal foi aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro (Departamento de Prestações e Contribuições, 2020).

Na UCC, existe um projeto denominado Espaço Cuidador, com intervenção comunitária de resposta integrada do ponto de vista da saúde social, vocacionado para o cuidador. Através

de um modelo sistémico e integrado tem como visão promover a literacia em saúde, a formação, a capacitação, a autonomia, o apoio, o bem-estar e, ainda promover, a longo prazo, um envelhecimento saudável inserido na comunidade.

Dentro do Espaço Cuidador realizam-se várias atividades que vão encontro das necessidades do cuidador informal, nomeadamente um projeto designado como “Capacitar para Cuidar”, que tem como objetivos gerais: promover o desenvolvimento das capacidades e aquisição de competências dos cuidadores informais na área de abrangência da UCC; fomentar a partilha de emoções, sentimentos e dificuldades e ganhos em ser cuidador. Como objetivos específicos: identificar as dificuldades e necessidades sentidas pelos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência; dotar os cuidadores de conhecimento e aptidões que correspondem às necessidades dos utentes; criar uma rede de apoio e entreajuda aos cuidadores informais e estreitar laços entre os CSP e os cuidadores informais. São realizadas sessões formativas mensais, na última quarta-feira de cada mês, entre as 14h e as 16h. O levantamento das necessidades formativas é executado no final de cada ano civil, junto dos cuidadores informais.

Como referido anteriormente, encontram-se acessíveis, aos cuidadores informais, várias atividades, nomeadamente:

- Um Grupo de Ajuda Mútua, apoiado por psicólogos, enfermeiros da UCC. Disponível entre as 14h e as 16h, na 2ª quarta-feira de cada mês, em regime presencial na UCC, tendo como objetivo o fomentar a criação de rede de apoio entre cuidadores, permitindo a partilha das experiências e vivências, de forma a minimizar o stress associado ao cuidar;
- Sessões de Bem-Estar: apoiado por parceiros da área de saúde mental (Projeto Pro-Actus) com a finalidade promover o bem-estar e satisfação do cuidador informal, possibilitado por encontros lúdicos de convívio e partilha. Realizado de forma trimestral, podendo ser efetuado as sessões via on-line, através da plataforma teams e/ou presencial UCC.
- O Bem-Estar de Quem Cuida: apoiado por parceiros da Universidade Sénior (Grupo de Voluntariado de Coração aberto), tendo como visão promover a interação social dos cuidadores informais. A primeira visita é sempre realizada em conjunto com uma responsável do projeto, sendo as restantes combinadas entre o cuidador e os voluntários. (Esta atividade, atualmente, encontra-se suspensa devido à situação pandémica).
- Workshops/Webinares: realizado pelas várias freguesias, IPSS locais e outras instituições locais e/ou regionais de apoio ao cuidador

No Concelho existe a realização de um curso de Cuidadores Informais direcionado para cuidadores informais de pessoas dependentes e em que seja recente o desempenho deste papel. São previstos, por ano, a concretização de dois cursos, podendo estes, ser frequentados de forma presencial (nas instalações do ACES do Concelho) ou on-line, com a participação mínima de 5 cuidadores e sujeito à inscrição no secretariado da UCC.

3.4. ANÁLISE DE RESULTADOS - IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES/ PROBLEMAS

No diagnóstico de situação de saúde, na caracterização geográfica, sociodemográfica e epidemiológica, ficam evidenciados e identificados os principais problemas de saúde, sobre os quais irão recair as escolhas, que se pretende atuar, de forma a reduzir ou solucioná-los (Tavares, 1990).

O levantamento dos problemas e necessidades foi executado inicialmente através de uma entrevista exploratória com os elementos da UCC, tendo sido identificados problemas que necessitam de intervenção: pessoas idosas e seus cuidadores informais.

Posteriormente foi aplicado um questionário aos cuidadores informais, agregado com a Escala de CAD, possibilitando o levantamento das dificuldades e necessidades dos cuidados a pessoas dependentes.

Em relação à caracterização sociodemográfica do cuidador informal, validou-se que 55% dos cuidadores têm idades compreendidas entre os 41 a 65 anos, com 25% com idades entre os 66 e os 75 anos e, com 15% as idades variam entre os 25 e os 40 anos. Em relação ao género, os cuidadores informais são maioritariamente do género feminino, com 55%. O estado civil dos cuidadores são 60% casados, 35% solteiros e 5% divorciados. A nível de escolaridade, 25% dos cuidadores informais têm o 9º Ano (3º Ciclo), 20% o Ensino Superior e 30% não tem a escolaridade obrigatória. A situação profissional do cuidador, 45% são reformados, 30% encontram-se ativos e 25% desempregados. Estes resultados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica do cuidador informal.

Variáveis	Cuidadores Informais	Percentagem
	n = 20	%
Idade		
< 25 anos		
25 a 40 anos	3	15%
41 a 65 anos	11	55%
66 a 75 anos	5	25%

76 a 85%	1	5%
> 85 anos		
Género		
Masculino	9	45%
Feminino	11	55%
Estado Civil		
Solteiro	7	35%
Casado/União de Facto	12	60%
Divorciado	1	5%
Viúvo		
Escolaridade		
Sem escolaridade		
1º Ciclo	3	15%
2º Ciclo	3	15%
3º Ciclo	5	25%
Ensino Secundário	3	15%
Curso Profissional	2	10%
Ensino Superior	4	20%
Situação Profissional		
Empregado	6	30%
Desempregado	5	25%
Reformado	9	45%

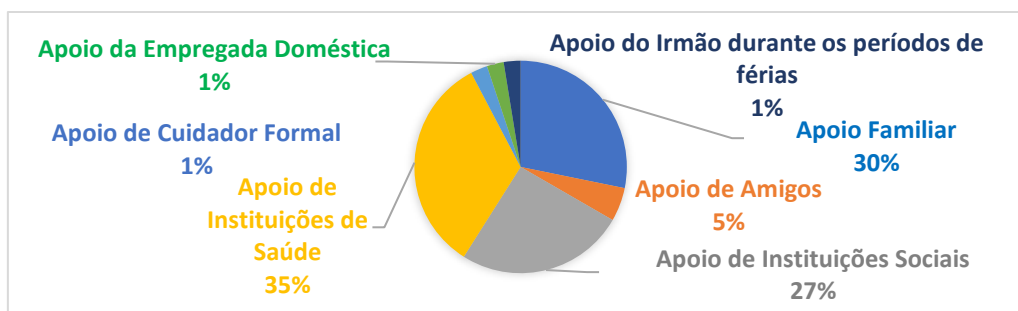
Fonte. Elaboração própria.

Quanto à caracterização em contexto de prestação de cuidados pelo cuidador informal, 100% são familiares da pessoa cuidada, 70% são os únicos cuidadores, 65% prestam cuidados a pessoas dependentes pela primeira vez, 50% cuidam há menos de um ano e 80% passam mais de 8 horas/dia a cuidar do idoso dependente.

No que concerne ao apoio e ajuda que os cuidadores informais dispõem no cuidar da pessoa dependente, 33% têm apoio de instituições de saúde, 28% do apoio familiar e 26% de apoio de instituições sociais. Em resposta aberta, foram referidos outros recursos que dispõem para cuidar: apoio da empregada doméstica (1%), apoio de cuidador formal (1%), apoio do irmão, durante o período de férias (1%). Os resultados podem ser validados no Gráfico 7.

Gráfico 7

Apoios disponíveis do cuidador informal para cuidar da pessoa dependente.



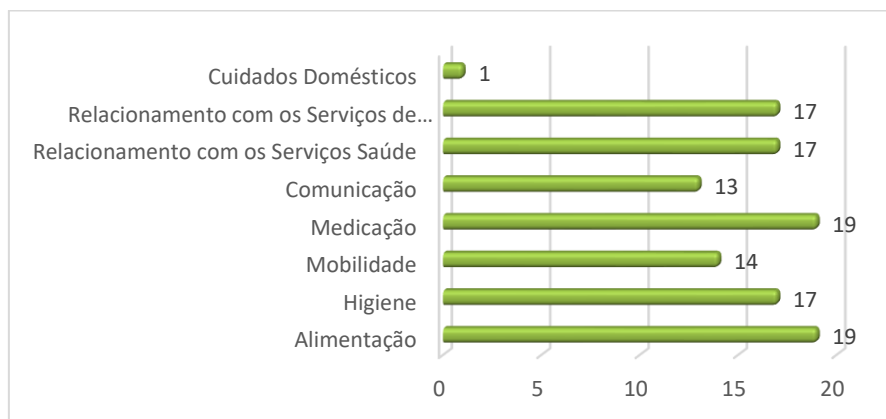
Fonte. Elaboração própria.

Relacionado ao apoio que usufruem os cuidadores informais nos cuidados prestados ao idoso dependente, 55% dos cuidadores considera a ajuda insuficiente. Em relação ao que tipo de ajuda necessária nos cuidados, em resposta aberta, dois dos cuidadores aludem sobre a necessidade de maior apoio domiciliário (10%); quatro cuidadores referem dificuldades de apoio quando se encontram ausentes (20%); dois cuidadores referem falta de apoio familiar (10%); um cuidador manifesta falta de vagas em locais com capacidades e recursos específicos prescindíveis para cuidar de pessoas com necessidades específicas, no qual não dispõe em domicílio (5%).

Quanto aos cuidados prestados à pessoa dependente: 95% dos cuidadores informais auxiliam na alimentação; 95% dos cuidadores apoiam na gestão e cumprimento da terapêutica, 85% dos cuidadores realizam cuidados de higiene, 85% dos cuidadores articulam com os serviços de saúde, 85% dos cuidadores articulam com os serviços sociais, 70% dos cuidadores apoiam na mobilidade do idoso dependente, 65% dos cuidadores ajudam na comunicação da pessoa dependente. Em resposta aberta, um cuidador informal alude prestar cuidados domésticos. Os resultados encontram-se esquematizado no Gráfico 8.

Gráfico 8

Cuidados prestados pelo cuidador informal à pessoa dependente.



Fonte. Elaboração própria.

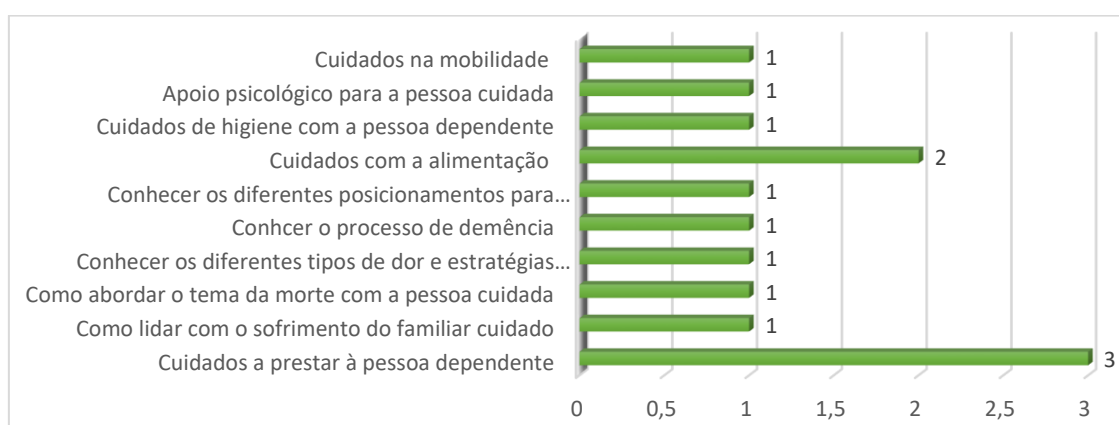
Relacionado com a obtenção de qualquer tipo informação/formação, 70% dos cuidadores negam ter recebido, 20% dos cuidadores receberam informação/formação por parte da equipa médica, 25% dos cuidadores adquiriram através da equipa de enfermagem, 5% dos cuidadores obtiveram por meio da ECCI e 5% alude ter formação profissional na área do cuidar de pessoas dependentes.

Quanto ao tipo de informação/formação que gostariam de adquirir, 55% dos cuidadores gostariam de obter sobre a prestação de cuidados a pessoas dependentes, como lidar com o

sofrimento do idoso dependente, como abordar o tema da morte com a pessoa cuidada, conhecer os diferentes tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma, conhecer o processo de demência, os diferentes posicionamentos para pessoas acamadas, cuidados com a alimentação, cuidados de higiene com a pessoa dependente, cuidados na mobilidade e apoio psicológico para o doente dependente. Os dados supracitados podem ser observados no Gráfico 9.

Gráfico 9

Informação/formação solicitada pelos cuidadores informais para a prestação de cuidados ao familiar dependente.



Fonte. Elaboração própria.

No âmbito das determinantes relacionadas com o género, para Sequeira (2020), as mulheres são as que assumem a responsabilidade do ato de cuidar. Segundo Collière (1999), são elas que estão incutidas de todos os cuidados em torno de tudo o que cresce e desenvolve. Assim, o género feminino continua a ser o principal cuidador, tal como analisado em outros estudos (Dixe et al., 2019; Garbaccio & Tonaco, 2020; Sun et al., 2021; VerbaKel et al., 2017). São principalmente os familiares que cuidam da pessoa dependente (Dixe et al., 2019; Dixie et al., 2020; Garbaccio & Tonaco, 2020; Sequeira, 2020; Sun et al., 2021), casados, como com estado civil (Garbaccio & Tonaco, 2020), assim como reformados (VerbaKel et al., 2017) e maioritariamente, o único cuidador (Sequeira, 2020; Sousa et al., 2021).

As idades da população alvo encontram-se na idade ativa, entre os 41 a 65 anos, similar a outros estudos nacionais e internacionais (Dixe et al., 2019; Garbaccio & Tonaco, 2020; Sun et al., 2021). Importa destacar, que a segunda percentagem mais elevada da amostra é composta por cuidadores informais idosos, com idades entre 66 e os 75 anos, o que sugere que o envelhecimento da população eleva o número de cuidadores informais idosos (Dixe et al., 2019). Além dos cuidadores idosos ostentarem limitações nos cuidados prestados à pessoa

dependente, devido à vulnerabilidade inerente à idade (Dixe et al., 2019), também os cuidadores em fase ativa manifestam as mesmas dificuldades nos cuidados, nomeadamente na higienização, na terapêutica, na mobilidade, quedas e transferência da pessoa dependente (Sequeira, 2020; Sousa et al., 2021; Sun et al., 2021). Neste estudo, maioritariamente, o cuidador encontra-se em idade ativa, mas à medida que o cuidador envelhece, a sua capacidade do cuidar do familiar dependente tende a diminuir (Sequeira, 2020).

Quanto ao tempo despendido nos cuidados diários ao idoso dependente, estes desempenham cuidados mais de 8 horas diárias à pessoa dependente, mais horas por dia a cuidar do que outros cuidadores de outros estudos (Garbaccio & Tonaco, 2020) mas um número de horas similar a outros cuidadores (Dixe & Querido, 2020; Sequeira 2020).

No atual estudo, os cuidadores são maioritariamente os únicos cuidadores, além de terem apoio familiar, das instituições de saúde e das instituições sociais, ainda assim, consideram insuficientes, o que corrobora com os resultados do estudo realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (MCCI) (2021).

Em consonância com o estudo de Dixe et al. (2019), os resultados confirmam que os cuidadores adquirem informação e conhecimentos através da equipa de saúde, principalmente pelos profissionais de enfermagem, mas mesmo assim consideram insuficientes. A baixa literacia em saúde é relevante, em que os conhecimentos e informação são essenciais para uma prestação de cuidados adequados e ajustados, assim como para preservar e promover a saúde da pessoa cuidada, como a de quem cuida (Sequeira, 2020). Segundo Vaz de Almeida e Veiga (2020), a Literacia em Saúde é refletida como determinante da saúde e da comunidade, na qual tem influência direta no processo de mudança.

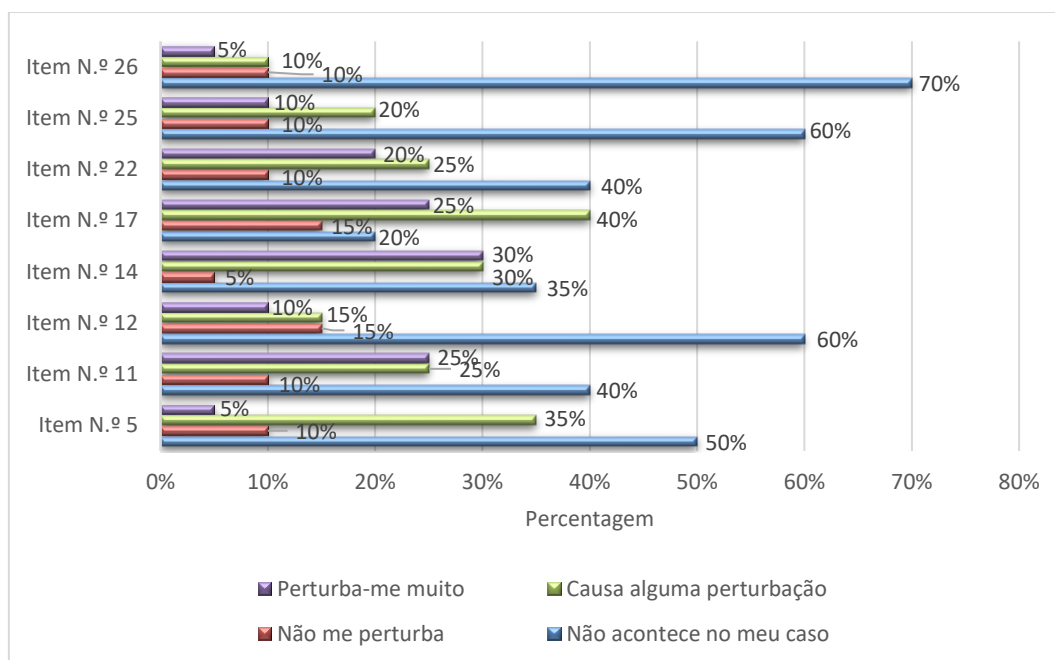
A nível de formação académica, 30% dos cuidadores informais não tem a escolaridade obrigatória e, segundo o estudo de Dixe et al. (2019), o baixo nível de escolaridade associado à elevada complexidade no cuidar a pessoas dependentes, resulta em elevados níveis de ansiedade e insegurança nos cuidados.

Regressando ao presente estudo, após a avaliação das dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais, obtidas por meio da análise do CADI, na dimensão de **Problemas Relacionais**, cerca de 65% dos cuidadores sentem dificuldades por nutrirem sentimentos de irritabilidade com a pessoa cuidada (item n.º 17), 60% dos cuidadores manifestam dificuldades por a pessoa de quem cuidam nem sempre ajudar quanto poderia (item n.º14); 50% dos cuidadores informais sentem dificuldades por a pessoa de quem cuidam exigir demasiado de si (item n.º 11); 45% dos cuidadores aludem dificuldades por a pessoa cuidada nem sempre lhes dar o respetivo valor (item n.º 22); 40% dos cuidadores sentem dificuldades por a pessoa de quem cuidam chegar a colocá-los fora de si (item n.º 5). Além de 70% dos cuidadores

informais negarem que cuidar da pessoa dependente não lhes dar qualquer satisfação, 15% dos mesmos, manifestam dificuldades com esta insatisfação (item n.º 26). Quanto à perda de sentimento que existia na relação entre cuidador e pessoa cuidada, 35% dos cuidadores manifestam dificuldades com a perda da relação anteriormente (item n.º 12). Ainda a referir que, 30% dos cuidadores referem dificuldades com o comportamento da pessoa de quem cuidam (item n.º 25). Os resultados supracitados são observados no Gráfico 10.

Gráfico 10

Dificuldades de problemas relacionais do cuidador informal com a pessoa cuidada.



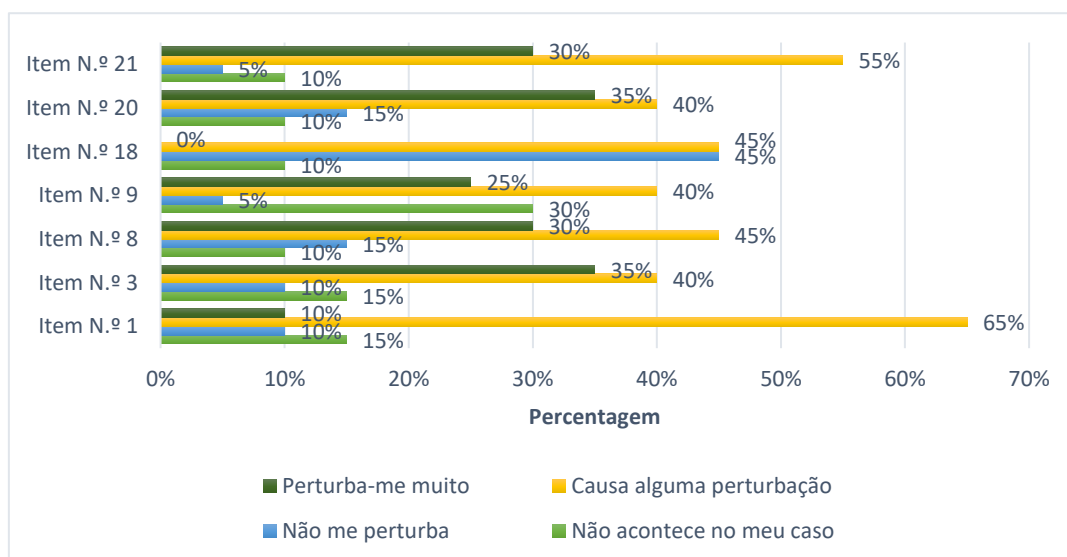
Fonte. Elaboração própria.

Após a exposição dos resultados na dimensão de problemas relacionais, valida-se que os cuidadores vivenciam sentimentos e emoções negativas, nomeadamente irritabilidade, angústia, desvalorização, pouca colaboração e demasiada exigência da pessoa cuidada. Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo dos autores Noell-Boix et al. (2022). Segundo o autor Schene (1990, cit. por Sequeira, 2020), alerta que cuidar de uma pessoa dependente implica o aparecimento de perturbações a nível físico assim como a nível psíquico, em que sinais de depressão, ansiedade e recurso a psicofármacos são vivenciados pelos cuidadores, e que perturbações do foro psiquiátrico são superiores em relação à população geral. A proximidade afetiva e relacional entre o cuidador e a pessoa dependente é elevada, pelo que vivenciar a debilidade de um familiar, por si só já é um fator de stress e com elevado impacto na vida do cuidador informal (Sousa et al., 2021).

Quanto aos resultados obtidos, no que diz respeito às **Restrições Sociais**, 85% dos cuidadores referem perda da sua própria qualidade de vida (item n.º 21); 75% dos cuidadores apresentam dificuldades em dedicar tempo suficiente a outras pessoas da família (item n.º 3), à falta de tempo para descansar ou desfrutar de uns dias de férias (item n.º 20), do afastamento de convívio com outras pessoas e de outras atividades que gostam (item n.º 8), assim como não terem tempo suficiente para eles próprios (item n.º 1); 65% dos cuidadores referem que cuidar da pessoa dependente chega a transtornar as suas relações familiares (item n.º 9). Os resultados são observáveis no Gráfico 11.

Gráfico 11

Dificuldades das restrições sociais do cuidador informal.



Fonte. Elaboração própria.

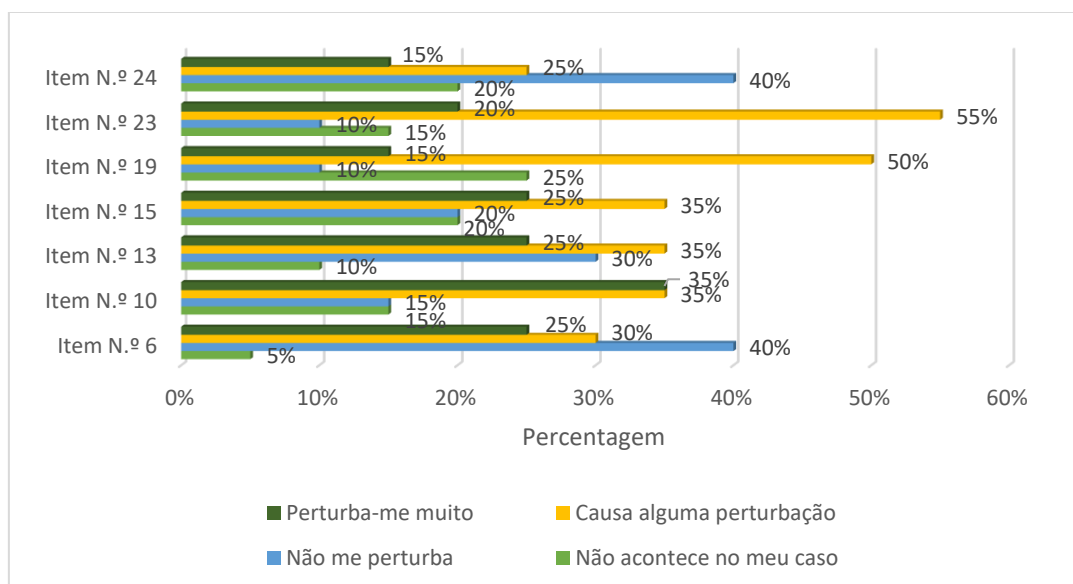
Após os resultados supracitados, a perda de qualidade de vida dos cuidadores informais, a falta de tempo para se dedicarem à família, corroboram com os estudos dos autores Sun et al. (2021) e MCCI (2021); a falta de tempo para descansar, o isolamento social e a impossibilidade de realizar outras atividades, são vivências similares aos cuidadores do estudo realizado pelos autores Sun et al.(2021), assim como, a falta de tempo para si próprios (Sun et al., 2021; MCCI, 2021).

Quanto à dimensão das **Exigências do Cuidar**, no atual estudo, 75% dos cuidadores referem comprometimento da própria saúde (item n.º 23); 70% dos cuidadores apresentam muito cansaço a nível físico (item n.º 10); 65% dos cuidadores referem que a situação do

cuidar da pessoa dependente está a perturbar os próprios nervos (item 19); 60% dos cuidadores referem dormir pior (item n.º 15) e 60% dos cuidadores referem problemas por a pessoa cuidada necessitar de muita ajuda nos seus cuidados pessoais (item n.º 13). Além de 40% dos cuidadores referirem que a situação de dependência da pessoa cuidada na mobilidade, não os incomodar, cerca de 25% perturba-os muito e 30% provoca alguma perturbação (item n.º 6). Os resultados são observáveis no Gráfico 12.

Gráfico 12

Dificuldades das exigências do cuidar do cuidador informal.



Fonte. Elaboração própria.

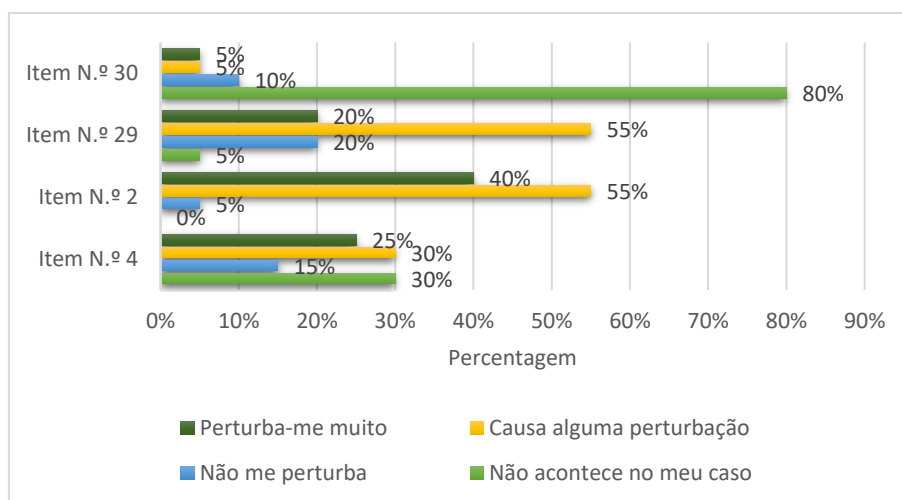
Perante os resultados obtidos, referente à dimensão das exigências do cuidar da pessoa dependente, segundo alguns autores, esta exigência propicia a um comprometimento da saúde, afetando negativamente a saúde física, mental do cuidador, assim como as relações familiares e sociais (Noell-Boix et al., 2022; Sequeira, 2020; Sousa et al., 2021). Cuidadores com apoio e suporte de formação, informação e treino de competências apresentam oportunidades para um melhor desempenho, e o desempenho com competência e sucesso do seu papel de cuidador, pode contribuir para uma melhoria da sua autoestima, maior realização pessoal e reconhecimento social (Sequeira, 2020). As alterações do padrão do sono e a inquietação, vivenciada pelos cuidadores, corrobora com os resultados do estudo dos autores Amaral et al (2020), em que a fadiga resultante das demandas físicas do cuidar é observada como um grande desafio para os cuidadores, em que as consequências da fadiga não só têm impactos negativos na saúde do cuidador, como podem induzir riscos de segurança para o bem-estar físico da pessoa cuidada.

Quanto às dificuldades ou problemas que o cuidador informal vivencia no processo de cuidar, depende do nível de dependência e do tipo de cuidados prestados, que variam em função das necessidades da pessoa cuidada, assim como do apoio externo recebido (Sequeira, 2020).

Segundo os resultados obtidos, no presente estudo, relativamente à dimensão de **Reações ao Cuidar**, 95% dos cuidadores referem ter vivenciado sentimentos de impotência face à pessoa cuidada (item n.º 2); 75% dos cuidadores não conseguem sossegar, preocupados com os cuidados a prestar (item n.º 29); 55% dos cuidadores aludem que o cuidar da pessoa dependente acarreta problemas económicos (item n.º 4). A expor que, 80% dos cuidadores informais não se sentem culpados com a situação atual (item n.º 30). Os resultados supracitados, observáveis no Gráfico 13.

Gráfico 13

Dificuldades das reações ao cuidar do cuidador informal.



Fonte. Elaboração própria.

Perante os resultados alcançados, após aplicação da escala de CADI, valida-se que no presente estudo destacam-se sentimentos de impotência face à pessoa cuidada, assim como dificuldade em sossegar por se encontrar preocupado com os cuidados e, ainda problemas económicos resultantes com o cuidar, que corroboram com os resultados do estudo de investigação pelos autores Amaral et al. (2020). Segundo Sousa et al. (2021), apresentar recursos insuficientes a nível físico, técnico, de tempo e financeiro, possibilita cuidados não isentos de risco para o cuidador e para a pessoa cuidada, em que as limitações criam desgaste, insegurança e frustração ao cuidador. O resultado em querer agradecer, evitar acidentes e/ou

comportamentos agressivos, origina um aumento da carga subjetiva dos cuidadores associada a depressões e ansiedades (idem).

Quanto ao **Apoio Familiar**, 45% dos cuidadores referem não estar com os amigos tanto quanto gostariam e 40% dos cuidadores referem que as pessoas da família não dão tanta atenção como gostariam que lhes dessem.

Segundo o estudo dos autores Sousa et al. (2021), o cuidado prestado pelo cuidador informal afeta negativamente a sua própria saúde, tanto a nível físico como mental, assim como as relações familiares e sociais, podendo resultar em conflitos familiares, isolamento social e indisponibilidade para atividades sociais e de lazer. A gestão da interação da atividade do cuidar com outras dimensões da vida do cuidador informal, promove impacto nas relações com outros membros da família e com as relações interpessoais, devido ao condicionamento de tempo disponível para as atividades de lazer, profissionais e para realizar os seus projetos de vida (MCCI, 2021).

No que concerne ao **Apoio Profissional**, cerca de 65% dos cuidadores informais aludem não receber apoio suficiente dos serviços sociais e dos serviços de saúde e 50% dos cuidadores referem que os profissionais de saúde desconhecem os problemas pelos quais os mesmos enfrentam.

Os resultados alcançados no presente são equiparáveis com os que se encontram no estudo dos autores Garbaccio e Tonaco (2019), em que os cuidadores informais recebem apoio dos profissionais de saúde, mas é insuficiente para as exigências e demandas que o cuidar acarreta nos cuidados a pessoas dependentes.

O conhecimento e informação, para além do treino de estratégias, para gerir possíveis situações de stress, devem ser apoiados pelos profissionais de saúde (Sequeira, 2020). Os cuidadores informais “*com conhecimentos sobre a doença, com capacidade de intervenção e com uma boa perceção de autoeficácia estão em melhores condições para contribuir para o bem-estar do idoso dependente*” (Sequeira, 2020, p.205), assim como uma melhor qualidade de vida e bem-estar para si mesmo, diminuindo o impacto de cuidar e contribuindo para a sua capacitação nos cuidados prestados a pessoas dependentes.

Deste modo, considera-se relevante envolver, capacitar e empoderar o cuidador informal, para que desta forma, ele consiga participar em atividades de forma consciente, podendo promover escolhas saudáveis na sua rotina.

Em resumo, a análise dos dados recolhidos, através da avaliação das dificuldades pelo Índice de CADI, verifica-se que as dimensões onde os cuidadores informais apresentam mais dificuldade são as dimensões **Restrições Sociais**, nas **Exigências do Cuidar** e nas **Reações**

ao Cuidar. Seguida da dimensão de **Problemas Relacionais**, com a pessoa dependente. As dimensões com menor dificuldade referem-se ao *Apoio Profissional* e ao *Apoio Familiar*.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda etapa do Planeamento em Saúde e comporta um processo de tomada de decisão através da hierarquização dos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Tavares (1990), o processo de determinação de prioridades é formado por duas etapas distintas: definição de critérios de seleção, considerando o seu peso e valor e, limitação e comparação dos problemas.

Esta etapa, do método de Planeamento em Saúde, permite alcançar a unidade de competência: “1.2 — *Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.*” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

A priorização dos problemas foi efetuada através do método de grelha de análise (Tavares, 1990). Segundo o mesmo autor, este método consiste na priorização dos problemas segundo quatro critérios: importância do problema; relação entre o problema e o fator de risco; capacidade técnica para resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção. O seu preenchimento realiza-se com a classificação dos símbolos + (mais) ou - (menos), conforme os critérios supracitados. A prioridade é alcançada pelos valores inseridos na grelha, sendo que, o problema de prioridade máxima corresponde ao resultado 1, conforme exposto no Quadro 2.

Os problemas identificados foram: falta de informação/formação sobre: cuidados a pessoas dependentes, diferentes posicionamentos, cuidados na mobilidade, cuidados alimentares, cuidados de higiene, processo demencial, tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma, lidar com o sofrimento, tema da morte; apoio insuficiente dos profissionais de saúde e de serviço social; problemas relacionais com a pessoa cuidada; restrições sociais; alterações da qualidade da vida, relacionado com as restrições sociais; dificuldades provocadas pelas exigências do cuidar: cansaço físico, alterações do sono, perturbações emocionais; e dificuldades relacionadas com as reações ao cuidar: sentimentos de impotência, problemas económicos, inquietação; e dificuldades relacionadas com o apoio familiar: não receber a atenção desejada dos familiares.

Quadro 2

Aplicação da grelha de análise para priorização dos problemas.

Problemas	A	B	C	D	Resultado
Falta de informação/formação sobre: cuidados a pessoas dependentes; diferentes posicionamentos; cuidados na mobilidade; cuidados alimentares; cuidados de higiene; processo demencial; tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma; lidar com o sofrimento; e tema da morte.	+	+	+	+	1
Apoio insuficiente dos profissionais de saúde e de serviço social.	+	+	+	-	2
Problemas relacionais com a pessoa cuidada.	+	+	-	-	3
Restrições sociais.	+	+	-	-	3
Alterações da qualidade da vida, relacionado com as restrições sociais.	+	+	-	-	3
Dificuldades provocadas pelas exigências do cuidar: cansaço físico, alterações do sono, perturbações emocionais.	+	+	-	-	3
Dificuldades relacionadas com as reações ao cuidar: sentimentos de impotência, problemas económicos, inquietação.	+	+	-	-	3
Dificuldades relacionadas com o apoio familiar: não receber a atenção desejada dos familiares.	+	+	-	-	3

Legenda: A - Importância do problema; B - Relação entre o problema e o fator de risco; C - Capacidade técnica para resolver o problema; D - Exequibilidade do projeto

Fonte. Elaboração própria.

Como pode ser observado, no Quadro 2, o problema prioritário, para os cuidadores informais, é a falta de informação/formação sobre: cuidados a pessoas dependentes, diferentes posicionamentos, cuidados na mobilidade, cuidados alimentares, cuidados de higiene; processo demencial, tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma, lidar com o sofrimento e tema da morte.

Sobre informação/formação os cuidadores gostariam de adquirir, as tarefas que exigem destreza manual e técnica para a sua realização são as solicitadas, nomeadamente na área do autocuidado: cuidados de higiene, cuidados com a alimentação, mobilizar e posicionar pessoas dependentes, terapêutica. Estas necessidades são testemunhadas por outros cuidadores, apresentadas pelo estudo dos autores Dixe et al. (2019), em que estes são os aspetos mais difíceis e críticos e, de maior dificuldade, nos cuidados a pessoas dependentes. Ainda a referir, que a falta de treino dos cuidadores informais consiste como fator preditivo de degeneração funcional e cognitiva da pessoa dependente (Sequeira, 2020). Os resultados obtidos estão em consonância com evidências na literatura, em que os cuidadores aludem necessidades de conhecimentos, formação e suporte profissional (Akgun-Citak et al., 2020; Sousa et al., 2021). Estes necessitam de uma formação adequada, pois uma carência das mesmas, aumenta os riscos de sobrecarga emocional, física, social e financeira, porque cuidar de pessoas dependentes carece de cuidados especiais, resultante de distintas e diversas tarefas (Sousa et al., 2021). Desta forma, a formação, além de proporcionar aos cuidadores um aumento de confiança nos cuidados prestados e diminuição de sentimentos de ansiedade e frustração, possibilita a diminuição dos custos com os cuidados de saúde e melhoria da qualidade de vida, tanto para o cuidador como para a pessoa cuidada.

Quanto ao problema prioritário dos cuidadores informais, foram erguidos os respetivos diagnósticos de enfermagem (Quadro 3), com linguagem CIPE, tendo por base a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem. Esta teoria, alude que quando a pessoa se encontra incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz a si próprio e/ou ao seu dependente, a intervenção de enfermagem passa a ser uma exigência quando subsiste ou prevê um desequilíbrio entre as necessidades e as capacidades da pessoa, requeridas para atingir o autocuidado (Orem, 2001).

Quadro 3

Problema prioritário e respetivos diagnósticos de enfermagem.

Problema Prioritário	Diagnóstico de Enfermagem
Falta de informação/formação sobre cuidados a pessoas	Défice de conhecimento do prestador de cuidados sobre cuidados a pessoas dependentes:

dependentes: diferentes posicionamentos; cuidados na mobilidade; cuidados alimentares; cuidados de higiene; processo demencial; tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma; lidar com o sofrimento; e tema da morte.	diferentes posicionamentos; cuidados na mobilidade; cuidados alimentares; cuidados de higiene; processo demencial; tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma; lidar com o sofrimento; e tema da morte.
dependentes: diferentes posicionamentos; cuidados na mobilidade; cuidados alimentares; cuidados de higiene; processo demencial; tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma; lidar com o sofrimento; e tema da morte.	Autocuidado comprometido do prestador de cuidados.

Fonte. Elaboração própria.

Tendo em conta o problema prioritário identificado, foi elaborado um projeto de intervenção comunitária a que se deu o título **Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes.**

5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

A definição dos objetivos consiste na terceira etapa do Planeamento em Saúde. Nesta etapa, pretende-se transpor o trabalho, anteriormente efetuado no diagnóstico de situação e na determinação dos problemas prioritários da população escolhida, em objetivos que consigam ser alvo de uma avaliação de resultados com a concretização desta planificação. Esta etapa é essencial, pois através da determinação dos objetivos expõe-se os resultados pretendidos na abordagem aos problemas identificados, de forma tecnicamente exequível, com o intento de alterar a evolução ou tendência natural do mesmo, traduzido em indicadores de resultado ou impacto, mensuráveis a médio prazo (Tavares, 1990).

O objetivo de um estudo, segundo Fortin (1999) “*é um enunciado declarativo que precisa (...) as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo*” (p.100).

Os objetivos prestam de estruturas, sustentados em precisão, medição, critérios de pertinência e realização (Tavares, 1990).

Ao serem definidos os objetivos específicos e metas, viabiliza o desenvolvimento de indicadores operacionais e de impacto, possibilitando compreender os resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993), para além de que, o objetivos específicos colaboram para alcançar o objetivo geral, em que o autor Tavares (1990), refere que este “*é detalhado nas suas diversas componentes, como forma de ser mais facilmente atingido*” (p. 119).

Esta etapa dá resposta à unidade de competência “1.3 — *Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.*” (Regulamento n.º 428/2018, p.19355).

Desta forma, partindo dos problemas identificados e hierarquização de prioridades, é delineado:

Objetivo geral: Contribuir para a capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes.

Como **objetivos específicos**, foram aclarados os seguintes:

- Ensinar os cuidadores informais sobre cuidados a pessoas dependentes (Quadro 4).
- Integrar as atividades de capacitação do cuidador informal no projeto já existente na UCC, com os cuidadores informais (Quadro 5);

- Proporcionar à equipa da UCC instrumentos para apoio aos cuidadores informais, na área da Literacia em Saúde (Quadro 6);

A cada objetivo específico foram traçados as metas e os indicadores, possibilitando a avaliação dos resultados, numa fase posterior.

Quadro 4

Objetivo 1: Meta e indicadores.

Objetivo Específico 1	Ensinar os cuidadores informais sobre cuidados a pessoas dependentes, no mês de janeiro de 2023.	
Meta	Que pelo menos 80% dos cuidadores informais adquiram conhecimento sobre cuidados a pessoas dependentes.	
	Ter desenvolvido 100% das sessões de educação para a saúde previstas.	
Indicadores	$\frac{\text{N.º de cuidadores informais que consideram ter adquirido conhecimento}}{\text{N.º de cuidadores informais que assistiram às sessões}}$	X 100

Fonte. Elaboração própria.

Quadro 5

Objetivo 2: Meta e indicadores.

Objetivo Específico 2	Integrar as atividades de capacitação do cuidador informal no projeto já existente na UCC, com os cuidadores informais, em janeiro de 2023.	
Meta	Que o projeto existente, para cuidadores informais, integre as atividades deste projeto.	
Indicadores	Integração no projeto existente - Sim/Não	

Fonte. Elaboração própria.

Quadro 6

Objetivo 3: Meta e indicadores.

Objetivo Específico 3	Proporcionar à equipa ECCL instrumentos para apoio aos cuidadores informais, na área da Literacia em Saúde, no mês de janeiro 2023.	
Meta	Que pelo menos 80% dos enfermeiros da UCC assistam à divulgação dos resultados do projeto.	

	Ter elaborado documento – Portefólio digital – sobre o tema.	
Indicadores	$\frac{\text{N.º enfermeiros que assistiram à divulgação}}{\text{N.º total de profissionais da ECCI}}$	X 100

Fonte. Elaboração própria.

A **seleção de estratégias** é considerada uma das etapas fundamentais no Planejamento em Saúde, em que consiste na seleção do caminho mais apropriado para a redução dos problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993), sendo que as estratégias não têm de ser, obrigatoriamente, da área dos serviços de saúde. Por parte dos organizadores, acarreta criatividade, para além de que deve integrar diversas etapas para a sua elaboração, tendo em atenção a pertinência, os obstáculos, os custos, as vantagens e inconvenientes de cada uma das estratégias (Tavares, 1990).

O autocuidado é assumido como uma condição fundamental para preservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cuidadores informais. Através de apoio e orientação/educação, dirigidos às suas necessidades, os cuidadores encontrar-se-iam dotados de habilidades e ferramentas para cuidarem de pessoas dependentes, como de si próprios.

O objetivo geral da TDAE compreende para a melhoria dos cuidados prestados e, segundo a mesma teoria, o autocuidado pode ser aprendido e executado, de forma contínua, em conformidade com as necessidades da pessoa, já que, o ser humano tem potencial para desenvolver as suas capacidades para o autocuidado. A Teoria de Orem, possibilita à pessoa, à família e à comunidade a iniciativa de assumirem responsabilidades, e empenharem-se, de forma ativa, no seu processo de adaptação, com vista à saúde e ao bem-estar. Desta forma, a pessoa assume-se como responsável pelo seu autocuidado. Quando esta não é capaz de o fazer, é ao enfermeiro que cabe compensar o défice de autocuidado, assim como ensinar/capacitar, uma terceira pessoa para satisfazer essas necessidades. Mobilizando a TDAE, segundo os autores Lopes e Arco (2019), as intervenções de enfermagem “*sustentadas na Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem, particularmente no sistema de enfermagem educacional, evidenciam melhorias na saúde e no bem-estar dos cuidadores informais*” (p. 121).

Neste sentido, perante as exigências da função de cuidador informal, considera-se relevante uma avaliação especializada de enfermagem, colocando em evidência as dificuldades sentidas pelo cuidador, assim como os défices de autocuidados associados ao exercício desse papel, permitindo, desta forma, ao planeamento das intervenções que apontem para a

proteção do cuidador informal, como da pessoa cuidada, para a sua implementação e análise dos resultados.

De modo a atingir os objetivos delineados, foram definidas as seguintes estratégias:

- **Parcerias**

As parcerias são como âncoras na implementação de programas na comunidade (Carvalho et al., 2019). Com as parcerias na saúde, pretende-se que sejam fundadas através de uma base com ação bilateral, com o objetivo de cooperar e promover na concretização de projetos, em que haja interesse comum, colaborando para o desenvolvimento individual e coletivo, assim como agentes promotores para a mudança. Num projeto como este, as parcerias incluem obrigatoriamente as famílias, as pessoas cuidadas e seus cuidadores. Também, se poderá recorrer parcerias com entidades como as autarquias, juntas de freguesia, associações de doentes e/ou cuidadores, voluntariado. No ACES, e dentro da própria UCC, torna-se crucial o trabalho em parceria entre os vários profissionais de saúde. Neste projeto reforçou-se a parceria com a equipa de enfermagem da ECCI e recorreu-se também à assistente social do ACES.

- **Educação para a Saúde**

A educação para a saúde, contribui para a aquisição de conhecimentos na área da saúde, sendo compreendida como um processo de empoderamento, fundamental para a promoção da saúde, assim como facilitador de mudanças (Souza et al., 2021).

Pode ser realizado, a educação para a saúde, por diferentes ferramentas, distintas formas ou métodos pedagógicos. Seja qual for a estratégia empregada, ela deverá ser acessível, significativa e apelativa para a população.

Desta forma, foram realizadas várias sessões de educação para a saúde, direcionadas para a prestação de cuidados a pessoas dependentes, tendo como referências as dificuldades e necessidades manifestadas pelos cuidadores informais, após validação dos resultados dos questionários aplicados. As áreas abordadas, vão ao encontro das lacunas nas atividades de vida diária e autocuidado, nomeadamente: cuidados de higiene, vestuário, alimentação, cuidados na mobilização, prevenção de quedas e de úlceras de pressão. Outra das sessões, que também teve como base as carências dos cuidadores informais, incidiu sobre o tema da dor (mitos, crenças e preconceitos; controlo da dor; dor aguda e dor crónica; fatores psicoculturais; fatores desencadeantes e agravantes da dor; tipos de dor e a escala analgésica da dor; medidas não farmacológicas e escalas de monitorização da intensidade da dor), adoções

e/ou mudanças de comportamentos e atitudes para cuidar de si próprio (cuidar de si é cuidar do seu familiar) e, ainda, estratégias para lidar com a morte e a perda.

Importante referir, que ambas as sessões foram em modo presencial, mas simultaneamente em modo webinar, através da plataforma Teams.

▪ **Visita Domiciliária**

Os autores Borges et al. (2017, cit. por Gomes et al., 2021) consideram que a visita domiciliária promove a proximidade com o meio social em que o utente está inserido, tornando-se um instrumento facilitador para uma compreensão mais credível da realidade, possibilitando conhecer a pessoa de forma individual e não apenas biológica, como ocorre em outros espaços de saúde.

O enfermeiro, ao realizar a visita domiciliária, desenvolve capacidades para um cuidar de forma integral, competências no campo técnico-procedimental e comportamentos apoiados numa visão holística (Lima et al, 2018), para além de estabelecer relações, não apenas com o doente, mas com a sua família, como, também, com os cuidadores que não são familiares (Gomes et al., 2021).

O enfermeiro, ao apoiar no autocuidado, implica o aumento da capacidade, da segurança e da autoeficácia dos cuidadores informais (Sequeira, 2020).

A possibilidade de participar e acompanhar os diversos elementos da ECCI, na visita domiciliária, facilitou a aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença em contexto familiar e ambiental, sendo o meio privilegiado para conhecer o cuidador informal, identificar os relacionamentos, trabalho e vida dos diferentes elementos que compõem a família, como todos se relacionam entre si e a comunidade e, ainda como colaboram para o processo de cuidado e/ou recuperação da pessoa cuidada. Esta proximidade também facilitou a participação e o envolvimento do cuidador informal no projeto de intervenção comunitária.

▪ **Envolvimento dos enfermeiros da ECCI**

A participação e o envolvimento dos enfermeiros da ECCI, são decisivos para o sucesso da implementação do projeto de intervenção comunitária, e para a aquisição de resultados positivos, com a realização do projeto neste contexto, quer para os profissionais, de forma a melhorar a contínua qualidade, quer para os cidadãos, para a prevenção da doença e promoção da saúde, em concordância com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 -2030 (Despacho n.º 9390/2021).

O envolvimento dos enfermeiros da ECCI, principiou aquando a realização de uma entrevista exploratória, permitindo o levantamento das necessidades e problemas da UCC.

Aquando o diagnóstico da situação, através da entrega e receção de alguns dos questionários aplicados aos cuidadores, assim como a divulgação do projeto implementado na comunidade, também a ajuda e envolvimento da equipa, manteve-se presente. Importa reforçar a contribuição dos profissionais da ECCI, em que dois dos cuidadores informais de pessoas dependentes, encontravam-se renitentes para participar no estudo, acabando por aceitar após a intervenção dos enfermeiros da ECCI, depois de ser reforçado a pertinência do projeto a implementar.

De forma a analisar a pertinência, vantagens e os inconvenientes de cada estratégia supracitada, foi elaborado o Quadro 7.

Quadro 7

Pertinência, vantagens e inconvenientes das estratégias.

Estratégias	Pertinência	Vantagens	Inconvenientes
Parcerias	<p>Maior envolvimento e apoio dos intervenientes na implementação do projeto.</p>	<p>Divulgação mais ampla do projeto</p> <p>Maior visibilidade do trabalho dos parceiros.</p> <p>Adaptação do projeto às características específicas da população.</p>	<p>Limitado à capacidade de articulação entre os envolvidos.</p> <p>Défice de recursos humanos ou materiais.</p>
Educação para a Saúde	<p>Aplicação de estratégias facilitadoras do autocuidado.</p> <p>Mudança de hábitos do autocuidado.</p> <p>Promoção do Autocuidado.</p>	<p>Aumento de Conhecimentos.</p> <p>Aumento de confiança na equipa de enfermagem.</p> <p>Aumento da segurança.</p> <p>Menor vulnerabilidade para aparecimento de sobrecarga: objetiva (a nível da situação económica, emprego, saúde física e vida social), da sobrecarga subjetiva (sentimentos, reações e atitudes emocionais face à experiência do cuidar), do cuidador.</p>	<p>Dependente da motivação e adesão da população alvo.</p> <p>Renitência à mudança e crenças dificultadoras.</p> <p>Incompatibilidade horária dos participantes</p>

<p>Visita Domiciliária</p>	<p>Levantamento das necessidades e problemas de saúde.</p> <p>Apoio de treino de competências e habilidades.</p> <p>Aumentar a informação e qualidade da educação para a saúde.</p>	<p>Maior proximidade e confiança entre equipa ECCI e cuidador/utente.</p> <p>Melhor desempenho no autocuidado.</p> <p>Aumento de conhecimentos.</p> <p>Maior segurança nos cuidados.</p>	<p>Falta de profissionais suficientes para o número de pessoas dependentes.</p>
<p>Envolvimento dos enfermeiros da ECCI</p>	<p>Promover a saúde e prevenir a doença.</p> <p>Melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</p>	<p>Aumento de confiança nos profissionais.</p> <p>Maior proximidade entre os enfermeiros e cuidadores/utente.</p>	<p>Pouca adesão ao projeto</p>

Fonte. Elaboração própria.

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

Esta fase, segundo Imperatori e Giraldes (1993), abrange o estudo das atividades fundamentais para corresponder à concretização das estratégias que foram aclaradas anteriormente. Após a fixação e validação dos projetos e programas, deverá ser determinado, o local onde se executam as atividades que compõem parte do projeto e o modo como devem ser desenvolvidas, assim como a identificação dos responsáveis na sua execução e coordenação.

As atividades devem ser narradas e aprofundadas de forma detalhada, com o propósito de aclarar a obtenção de resultados com a elaboração do projeto, de forma minuciosa. Desta forma, considera-se fundamental desenvolver minuciosamente as atividades a executar durante o projeto, determinando como as mesmas devem ser realizadas, os recursos essenciais e a concenrente calendarização (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com o intuito de auxiliar a organização e orientação do projeto, foi elaborado o Quadro 8, evidenciando a função de cada interveniente, facilitando a distribuição de funções e papéis.

Quadro 8

Identificação dos intervenientes e respetivas funções no projeto comunitário.

Gestor do Projeto de Intervenção Comunitária
Mestranda
Equipa de Gestão do Projeto de Intervenção Comunitária
Enfermeiro Coordenador da UCC
Enfermeiro Orientador
Mestranda
Equipa de Execução do Projeto de Intervenção Comunitária
Mestranda
Enfermeiro Orientador
Enfermeiros da Equipa de ECCI

Fonte. Elaboração própria.

De forma a auxiliar na organização do projeto, foram elaborados os planos das sessões de educação para a saúde, dirigidos à população alvo (Apêndice VIII) e o plano de sessão/de formação em serviço, para os enfermeiros da UCC (Apêndice IX), ambos com o objetivo de facilitar a apresentação dos mesmos.

6.1. INTERVENÇÕES / ATIVIDADES

De forma a explicitar as intervenções/atividades delineadas e, respetiva execução no plano temporal, foi elaborado o Quadro 9. Integramos, aqui, as Atividades 1, 2 e 3, que foram de aprofundamento do diagnóstico de situação de saúde.

Quadro 9

Intervenções/atividades planeadas e a sua execução no plano temporal.

Atividade 1	
Atividade	Reunião com os profissionais de saúde da ECCI da UCC.
Método	Realizada exposição à equipa, apresentando a mestranda e comunicando dos objetivos e do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.
Recursos Humanos	Gestor do projeto de intervenção comunitária; Equipa de Gestão do Projeto de Intervenção Comunitária; Equipa de Execução do Projeto de Intervenção Comunitária; Equipa multidisciplinar da ECCI (médicos, equipa do serviço social da UCC, psicólogos; técnico superior de diagnóstico e terapêutica de fisioterapia.
Data	maio de 2022.
Objetivos que se pretende atingir	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer o projeto de intervenção; - Envolver os profissionais de saúde no projeto de intervenção comunitária; - Motivar os profissionais de saúde, para promoverem a capacitação do cuidador informal nos cuidados a pessoas dependentes.

Recursos Materiais	Gabinete da ECCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; Computador; Folhas de presença de reuniões.
Comunicação/Divulgação	- Divulgação através do contacto direto com a enfermeira coordenadora e com a equipa multidisciplinar da ECCI; - Divulgação via email para a enfermeira da ECCI, responsável pela divulgação pelas sessões de apresentação no Journal Club.
Avaliação	Realização de uma reunião com a presença dos profissionais da UCC e da ECCI do Concelho.
Atividade 2	
Atividade	Identificação dos cuidadores informais de pessoas dependentes da ECCI.
Método	Pesquisa através da equipa ECCI.
Recursos Humanos	Gestor do projeto de intervenção comunitária; Equipa de Execução do Projeto de Intervenção Comunitária.
Data	De maio de 2022 a outubro de 2022.
Objetivos que se pretende atingir	- Conhecer os cuidadores informais que cuidam de pessoas dependentes; - Identificar os cuidadores informais, elaborando uma lista para a participação nas sessões de educação para a saúde.
Recursos Materiais	Computador; Internet; Folhas A4;
Comunicação/Divulgação	- Divulgação através do contacto direto com os enfermeiros da ECCI.
Avaliação	Caracterizar a população alvo da intervenção educativa.
Atividade 3	

Atividade	Aplicação do questionário e da Escala de CADI e tratamento dos resultados.
Método	Entrega de questionário aos cuidadores informais através da equipa da ECCI e pela mestrandia.
Recursos Humanos	Gestor do projeto de intervenção comunitária; Equipa de Execução do Projeto de Intervenção Comunitária.
Data	De novembro de 2022 a dezembro de 2022.
Objetivos que pretende atingir	<ul style="list-style-type: none"> - Obter a caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais; - Conhecer quais os cuidados desempenhados pelos cuidadores informais; - Identificar as necessidades e dificuldades dos cuidadores informais relacionados com o cuidar.
Recursos Materiais	Computador portátil; Impressora; Papel A4; Envelopes; Pasta para documentação; Viatura para deslocação.
Comunicação/Divulgação	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação através do contacto direto com os cuidadores informais durante as visitas domiciliárias com a ECCI. - Divulgação através do contacto telefónico com os cuidadores informais.
Avaliação	Taxa de adesão dos cuidadores informais a pessoas dependentes.

Atividade 4

Atividade	Realização de sessões de educação para a saúde à população alvo.
Método	Sessões de educação para a saúde em grupo, em modo simultâneo presencial e webinar.
Recursos Humanos	Gestor do projeto de intervenção comunitária; Equipa de Execução do Projeto de Intervenção Comunitária.
Data	janeiro de 2023.
Objetivos que pretende atingir	- Aumentar os conhecimentos dos cuidadores informais sobre os cuidados a pessoas dependentes:

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene (na casa de banho e no leito); • Posicionamentos e Transferências • Vestuário (vestir e despir); • Alimentação; • Mobilização; • Prevenção de quedas; • Prevenção de úlceras de pressão; <p>- Aumentar os conhecimentos dos cuidadores informais sobre a dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitos, crenças e preconceitos; • Dor aguda e dor crónica; • Fatores psicoculturais; • Fatores desencadeantes e agravantes da dor; • Tipos de dor e escada analgésica da dor; • Medidas não farmacológicas; • Escala de monitorização da intensidade da dor. <p>- Que os cuidadores informais identifiquem estratégias para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidar de si; • Lidar com a morte e com a perda do familiar dependente.
<p>Recursos Materiais</p>	<p>Sala da UCC; Computador; Telemóvel; Telefone; Impressora; Toner de impressora; Computador portátil; Pen; Internet; Projetor; Colunas; Câmara; Tela de projeção; Extensão elétrica; Pasta para documentação; Papel A4; Folhas de Presença de sessões; Material de apoio educativo: guia prático educativo para os cuidadores informais.</p>
<p>Comunicação/Divulgação</p>	<p>- Divulgação através do contacto direto com os cuidadores informais durante as visitas domiciliárias com a ECCL;</p> <p>- Divulgação através de convite escrito, entregue em mão, dentro de um envelope, aos cuidadores informais;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação através do contato telefónico com os cuidadores informais; - Divulgação da sessão educativa para os emails da população alvo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de um questionário de satisfação; - Realização das sessões previstas; - Cumprimento da duração das sessões educativas; - Taxa de adesão da população alvo.
	Atividade 5
Atividade	Elaboração de um guia informativo de apoio para os cuidadores informais (Apêndice X).
Método	Construção de um guia digital e em papel com informações para apoio aos cuidadores, com base em informação transmitida nas sessões de educação para a saúde.
Recursos Humanos	Gestor do projeto de intervenção comunitária.
Data	De dezembro de 2022 a janeiro de 2023.
Objetivos que pretende atingir	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a aquisição de conhecimentos sobre os cuidados a pessoas dependentes; - Promover estratégias para o bem-estar da população alvo; - Promover estratégias para lidar com a morte/perda.
Recursos Materiais	Computador portátil; Internet; Impressora; Toner de impressora; Folhas A4; Encadernação.
Comunicação/Divulgação	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação através do contacto direto com os cuidadores informais que assistiram em modo presencial, às sessões de educação para a saúde; - Divulgação via email para os cuidadores informais que assistiram em modo virtual, através da plataforma Teams, às sessões de educação para a saúde; - Divulgação através do contato direto com um cuidador informal durante a visita domiciliária com a ECCI, que

	não pode estar presente nos dois modos de apresentação e que gostaria de receber.
Avaliação	Conclusão do guia prático educativo.
	Atividade 6
Atividade	Apresentação e divulgação dos resultados do projeto de intervenção comunitária – Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes (Apêndice XI).
Método	Através de reunião realizada com a equipa da ECCI
Recursos Humanos	Gestor do projeto de intervenção comunitária; Gestor do projeto de intervenção comunitária; Equipa de Execução do Projeto de Intervenção Comunitária.
Data	janeiro de 2023.
Objetivos que pretende atingir	<ul style="list-style-type: none"> - Partilhar o trabalho realizado; - Impulsionar para futuros projetos sobre a temática.
Recursos Materiais	Gabinete da ECCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; Computador; Computador portátil; Pen; Extensão elétrica; Folhas de presença de reuniões;
Comunicação/Divulgação	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação através do contacto direto com a enfermeira coordenadora da UCC e com a equipa da ECCI; - Divulgação via email para a enfermeira da ECCI, responsável e dinamizadora das formações e responsável pela divulgação das sessões apresentadas no Journal Club (Espaço de divulgação e de formação).
Avaliação	Taxa de adesão da equipa ECCI.
	Atividade 7
Atividade	Elaboração de Portefólio digital para profissionais da UCC (Apêndice XII).

Método	Construção de um portefólio digital, com informações para apoio aos cuidadores, com base em informação transmitida nas sessões de educação para a saúde.
Recursos Humanos	Gestor do projeto de intervenção comunitária.
Data	De dezembro de 2022 a janeiro de 2023.
Objetivos que pretende atingir	Proporcionar aos profissionais da UCC, um instrumento de consulta rápida e fácil acesso, para informação sobre cuidadores informais.
Recursos Materiais	Computador portátil; internet.
Comunicação/Divulgação	Divulgação através do contacto direto com a enfermeira coordenadora da UCC e com os enfermeiros da ECCI.
Avaliação	Conclusão do portefólio digital.

Fonte. Elaboração própria.

6.2. PREVISÃO DE RECURSOS

O reconhecimento e exposição dos recursos humanos, materiais e financeiros, segundo Tavares (1990), são empreendimentos de extrema relevância para que a concretização do projeto seja alcançada.

Uma previsão de recursos mal estruturada, pode comprometer a viabilização do projeto de intervenção. Desta forma, para a execução do projeto foi elaborada uma previsão dos seguintes recursos, observável no Quadro 10.

Quadro 10

Custos das atividades enunciadas.

Recursos	Descrição	Estimativas de Custo	Total
Humanos	Enfermeiros	7,90€ /h	1580€
Despesas de Transporte	Viatura para deslocação	0,80€/Km	100€

Materiais	Computador	800€	650€
	Computador portátil	750€	700€
	Câmara	75€	75€
	Microfone	30€	30€
	Projetor	70€	70€
	Tela de projeção	55€	55€
	Colunas	80€	80€
	Extensão elétrica	10€	10€
	Pasta para documentação	16€	14€
	Pen	20€	20€
	Telemóvel	150€	150€
	Impressora	120€	120€
	Toner para impressora	40€	40€
	Resma de Papel	8€	8€
	Envelopes	3€	15€
	Encadernação do guia informativo de apoio	6€	45€
Overhead	Eletricidade		60€
	Internet		
	Telefone		
Custo Total		3 822€	

Fonte. Elaboração própria.

Os recursos existentes e disponíveis, foram empregados, maioritariamente, permanecendo a cargo da mestrandia os gastos suplementares. Em relação aos recursos materiais, foi optado por ser contabilizado apenas as unidades necessárias para a implementação do projeto, visto ser difícil a quantificar o seu custo por aplicação, como por exemplo o computador, computador portátil e telemóvel.

6.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Um cronograma consente a visualização das tarefas que agregam o projeto durante todo o tempo de desenvolvimento do mesmo. Nele, encontra-se exposta as diferentes fases, como

a fase preparatória, de execução e de avaliação nos respetivos períodos de tempo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Erigiu-se um cronograma de Gantt (Apêndice XIII), objetivando-se o mapeamento das atividades, no eixo das ordenadas, a desenvolver no período entre os meses de maio e junho, de 2022, e os meses de setembro de 2022 a janeiro de 2023, evidenciado no eixo das abcissas.

6.4. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

Em relação à comunicação e divulgação do projeto, realizou-se primariamente a uma apresentação do mesmo a toda a equipa multidisciplinar da UCCI, pelo contato direto, de forma presencial, no gabinete da ECCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. À equipa de ECCI, a comunicação e divulgação dos resultados do projeto, efetuou-se via email, para a enfermeira da ECCI responsável pela divulgação das sessões do *Journal Club*, um espaço erguido para a divulgação e formação.

Aos cuidadores informais, a comunicação e divulgação processou-se, inicialmente, pelo contacto direto durante as visitas domiciliárias com a ECCI, através do contato telefónico, quando não existiu a possibilidade de o fazer presencialmente e através de informação em suporte de papel, com a entrega do consentimento informado. Em relação às sessões de educação para a saúde, para os cuidadores informais, a divulgação e comunicação passou por contato direto (durante as visitas domiciliárias com a ECCI), suporte de papel (convite para as sessões educativas), contato telefónico e via email dos cuidadores. Em relação ao guia informativo de apoio para os cuidadores informais, este foi comunicado e divulgado durante as sessões educativas, com a entrega presencial e via email dos cuidadores.

Foi redigido um artigo científico, que contemplou as dificuldades e necessidades do cuidador informal nos cuidados a pessoas dependentes, correspondente à parte inicial do planeamento em saúde, o diagnóstico da situação de saúde, na qual se pretende intervir. Esta atividade possibilitou divulgar os resultados obtidos e confrontá-los com a literatura existente sobre a temática. Considera-se, ser também, uma forma de divulgação do conhecimento produzido, podendo, posteriormente, chegar a ser publicado em revista científica. O resumo deste artigo encontra-se no Apêndice XIV.

7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Esta etapa de Planeamento em Saúde tem como fundamental intento a aplicação sistemática da experiência alcançada com o cumprimento das atividades e delinear de forma mais eficiente. A avaliação é uma comparação com o modelo ou padrão, em que tem como finalidade melhorar ou corrigir. Para a realização desta comparação, é necessário haver referências, em que serão introduzidas na fase de diagnóstico, objetivos e metas (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação, também se encontra estreitamente ligada à qualidade da informação disponível, pelo que o seu relacionamento próximo com os indicadores de contratualização e com os sistemas de informação, torna-se fundamental para o sucesso da avaliação no seu intuito fundamental supracitado, em que consiste em adicionar informação útil das experiências executadas e, não somente, em tornar-se num instrumento para fundamentar as atividades efetuadas, recursos consumidos e a identificação das carências (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta última etapa do Planeamento em Saúde dá resposta à unidade de competência “1.5 - *Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.*” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

O diálogo é considerado de relevada importância, possibilitando o planeamento, discussão de ideias e otimização de recursos disponíveis, que são essenciais para alcançar os objetivos delineados e conquistar os resultados esperados. Os autores Imperatori e Giraldes (1993), atentam que é fundamental, para além dos membros da equipa de gestão do projeto, que todos os envolvidos na sua implementação, se encontrem informados sobre as suas responsabilidades e as relações estabelecidas. Desta forma, o Quadro 11, evidencia as responsabilidades assumidas, assim como as relações desempenhadas pelos diversos profissionais envolvidos no projeto de intervenção comunitária.

Quadro 11

Monitorização do projeto de intervenção comunitária: Compromissos assumidos pelos intervenientes.

Quem	O quê
Equipa multidisciplinar da UCC	Assumiu o projeto como uma mais-valia para a UCC e para a comunidade, querendo colaborar na realização das atividades.
Coordenadora da UCC	Avocou o projeto como uma mais-valia para a UCC e para a comunidade.
Equipa da ECCI	Avocou o projeto como uma mais-valia para a população alvo, expondo disponibilidade para colaborar e divulgar nas atividades.
Enfermeiros da ECCI	Assumiu o compromisso de participar no projeto de intervenção comunitária, contribuindo para o diagnóstico e divulgação.

Fonte. Elaboração própria.

Para o autor Tavares (1990), a avaliação carece de ser pertinente e precisa. Ela tem o propósito de executar uma verificação contínua durante o desenvolvimento de um projeto. Segundo o mesmo autor, Tavares (1990), a avaliação tem a “*função de determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas*” (p. 205), sendo a etapa do Planeamento em Saúde que compara os objetivos e as estratégias, ao nível da adequação.

Considerando os objetivos/metastabelecidos, procede-se, de seguida, à avaliação dos indicadores, os métodos utilizados e os resultados da sua avaliação.

O projeto teve como principal objetivo contribuir para a capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes do Concelho, atingindo uma população-alvo final de 20 cuidadores informais que cuidam de pessoas dependentes.

- O primeiro objetivo específico consiste em ensinar os cuidadores informais sobre cuidados a pessoas dependentes, tendo como indicador a percentagem de número de cuidadores informais que consideram ter adquirido conhecimento e a percentagem de número de sessões educativas programadas. A avaliação da percentagem de número de cuidadores informais que consideram ter adquirido conhecimento, foi alcançada através do preenchimento da avaliação das sessões educativas (Apêndice XV), pela totalidade de

cuidadores que assistiram às formações de educação para a saúde. A referir, que dos vinte cuidadores informais, que agregavam a população alvo, dezasseis cuidadores assistiram às sessões: em que dois dos cuidadores informais recusaram participar devido à perda/morte da pessoa cuidada; um dos cuidadores informais, por não ter suporte familiar ou social, para se ausentar, e por não ter suporte informático, impossibilitou-o de assistir às sessões de educação para a saúde; e um dos cuidadores informais, após conhecimento das datas das sessões educativas, não respondeu às várias tentativas de contacto para validação e orientação para as mesmas.

O outro indicador, referente ao primeiro objetivo, consiste na percentagem de número de sessões educativas estipuladas, tendo sido alcançado, após a realização das duas sessões educativas programadas.

Quadro 12

Atividade 4, objetivos e avaliação.

Atividade 4	Objetivos	Avaliação
Realização de sessões de educação para a saúde à população alvo	Que os dos cuidadores informais adquiram conhecimentos sobre cuidados a pessoas dependentes e sobre a dor.	Sim

Fonte. Elaboração própria.

Quadro 13

Atividade 2, objetivos e avaliação.

Atividade 2	Objetivos	Avaliação
Identificação dos cuidadores informais de pessoas dependentes da ECCI.	Conhecer os cuidadores informais que cuidam de pessoas dependentes; Identificar os cuidadores informais, elaborando uma lista para a participação nas sessões de educação para a saúde.	Sim

Fonte. Elaboração própria.

Quadro 14*Atividade 5, objetivos e avaliação.*

Atividade 5	Objetivos	Avaliação
Elaboração de um guia informativo de apoio para a população alvo.	Promover a aquisição de conhecimentos sobre os cuidados a pessoas dependentes; Promover estratégias para o bem-estar da população alvo; Promover estratégias para lidar com a morte/perda.	Sim

Fonte. Elaboração própria.

Para alcançar o objetivo, foram utilizadas as estratégias da Educação para a Saúde, aos cuidadores informais, através da partilha de informações e conhecimentos, habilitando-os para a prestação eficiente e segura dos cuidados prestados, contribuindo para a capacitação dos cuidadores e, conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida, um melhor bem-estar e uma melhor saúde para si e para pessoa cuidada.

Para que a meta delineada fosse atingida, foi realizada a Atividade 4 (Quadro 12), a realização de sessões de educação para a saúde à população alvo, em modo presencial e webinar. Relevante referir que a adesão por parte dos cuidadores informais às sessões realizadas de educação para a saúde é bastante significativa, em comparação com outras sessões realizadas pelos enfermeiros da UCC, alcançando uma percentagem de adesão de 60%. Uma das estratégias para que fosse possível uma maior adesão, por parte dos cuidadores informais, deveu-se à capacidade de conhecer, ajustar e organizar o horário das sessões em conformidade com o horário laboral e/ou das rotinas dos cuidadores informais. Para a realização das sessões educativas, é crucial identificar os cuidadores informais, que se encontram disponíveis para participar nas mesmas, tendo, desta forma, sido aplicada a Atividade 2 (Quadro 13). A elaboração de um guia prático educativo, correspondente à Atividade 5 (Quadro 14), foi entregue aos cuidadores informais que assistiram à formação presencial, em formato de papel, e em modo digital, para aqueles que se assistiam através da plataforma digital. Por parte da população alvo, este guia educativo, foi recebido com bastante agrado, como fácil referência perante possíveis dúvidas e dificuldades, a nível futuro, nos cuidados à pessoa dependente.

- O segundo objetivo específico consiste em integrar as atividades de capacitação do cuidador informal no projeto já existente na UCC, com os cuidadores informais, tendo como indicador se o projeto existente integrou o projeto de intervenção comunitária. Foram realizadas reuniões informais com os responsáveis pelo Projeto **Espaço do Cuidar**, em que

estão incluídas as atividades de *Sessões Formativas Mensais*, *Grupo de Ajuda Mútua* e *Sessões de Bem-Estar*. Os cuidadores informais foram informados sobre este projeto durante as sessões educativas assim como nas visitas domiciliárias. Em relação ao parceiro, Universidade Sénior (Grupo de Voluntariado de Coração aberto) - *O Bem-Estar de Quem Cuida*, grupo que apoia os cuidadores, até ao término do estágio, encontrava-se não operacional, devido à situação pandémica COVID. Foram ainda informados, os cuidadores informais que este grupo de apoio reiniciaria atividades a partir de fevereiro de 2023. Desta forma, considera-se que a meta foi alcançada.

Como estratégias para alcançar a meta do objetivo foram utilizadas a Educação para a Saúde e as Visitas Domiciliárias, realizando promoção da saúde e promovendo literacia em saúde, contribuindo para uma melhor capacidade de autonomia, de forma a desenvolver as suas competências para procurar, obter e usar de forma crítica e adequada os serviços e informações de saúde existentes.

Como atividade utilizada para alcançar o objetivo, foi a Atividade 4 (Quadro 12). Foi também entregue, em modo presencial, ou enviado em modo digital, o Panfleto do Espaço Cuidador da UCC, com a calendarização de atividades de 2023.

- O terceiro objetivo específico consiste em proporcionar à Equipa ECCI instrumentos para apoio aos cuidadores informais, na área na Literacia em Saúde, tendo como indicador a percentagem do número de Enfermeiros da UCC que assistiram à divulgação dos resultados do projeto, em que, dos catorze enfermeiros que constituem a equipa da UCC, doze enfermeiros estiveram presentes. Assim, considera-se que foi alcançada a meta do objetivo proposto.

Quadro 15

Atividade 6, objetivos e avaliação.

Atividade 6	Objetivos	Avaliação
Apresentação e divulgação dos resultados do projeto de intervenção comunitária.	Partilhar o trabalho realizado; Impulsionar para futuros projetos sobre a temática.	Sim

Fonte. Elaboração própria.

Quadro 16

Atividade 7, objetivos e avaliação.

Atividade 7	Objetivos	Avaliação
Elaboração de Portefólio digital para profissionais da UCC	Proporcionar aos profissionais da UCC, um instrumento de consulta rápida e fácil acesso, para informação sobre cuidadores informais.	Sim

Fonte. Elaboração própria.

Quadro 17

Atividade 1, objetivos e avaliação.

Atividade 1	Objetivos	Avaliação
Reunião com os profissionais de saúde da ECCI da UCC do Concelho.	Dar a conhecer o projeto de intervenção; Envolver os profissionais de saúde no projeto de intervenção comunitária; Motivar os profissionais de saúde, para promoverem a capacitação do cuidador informal nos cuidados a pessoas dependentes	Sim

Fonte. Elaboração própria.

Como estratégias, foram utilizadas as parcerias, o envolvimento dos Enfermeiros da ECCI, em que a Atividade 6 (Quadro 15), com a apresentação e divulgação dos resultados do projeto de intervenção – Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes, assim como a Atividade 7 (Quadro 16), a elaboração do documento, portefólio digital, sobre cuidadores informais, contribuíram para alcançar a meta proposta. Outra atividade utilizada, foi a Atividade 1 (Quadro 17), consistindo na reunião realizada com os profissionais de saúde da ECCI, pois esta partilha, consentiu que os enfermeiros estivessem informados do projeto de intervenção comunitária, possibilitando a presença dos mesmos aquando a divulgação dos resultados do projeto. Os enfermeiros, ao estarem cientes e informados do projeto de intervenção comunitária, possibilitou a partilha de experiências e informação, sentindo-se úteis e integrados, o que contribuiu para que o projeto de intervenção comunitária possa ser implementado.

De forma sintetizada, considerando os objetivos/metapas estabelecidos, procede-se à avaliação, aos resultados da avaliação e à fórmula de cálculo dos indicadores, observável no Quadro 18.

Quadro 18

Síntese da avaliação dos indicadores.

Avaliação dos indicadores				
Indicadores	Fórmula de Cálculo		Resultado	Avaliação
Que pelo menos 80% dos cuidadores informais adquiram conhecimento sobre cuidados a pessoas dependentes.	$\frac{\text{Número de cuidadores informais que consideram ter adquirido conhecimento}}{\text{Número de cuidadores informais que assistiram às formações de educação para a saúde}}$	X100	$\frac{16}{16} \times 100\% = 100\%$	Superado
Que tenha sido desenvolvido 100% das sessões de educação para a saúde previstas.	$\frac{\text{Número de sessões educativas programadas}}{\text{Sessões educativas realizadas}}$	X100	$\frac{2}{2} \times 100\% = 100\%$	Atingido
Que o projeto existente, para cuidadores informais, integre as atividades deste projeto.	Sim/Não	—	—	Sim
Que pelo menos 80% dos Enfermeiros da UCC assistam à divulgação dos resultados do projeto.	$\frac{\text{Número enfermeiros da UCC que assistiram à divulgação}}{\text{Número total de enfermeiros da UCC}}$	X100	$\frac{12}{14} \times 100\% = 80\%$	Atingido

Fonte. Elaboração própria.

8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para além do projeto de intervenção comunitária implementado, existiu a possibilidade de participar em atividades afetas à carteira de serviços da UCC, assim como participar numa unidade funcional do ACES do Concelho. A inclusão nestas atividades contribuiu, possibilitou a aquisição de competências, como também contribuiu para a compreensão da importância e o que representam os cuidados de saúde primários e a enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, já que, a experiência profissional da mestranda sempre se desenvolveu em contexto hospitalar.

O Plano de Ação da UCC de um dos Municípios do Concelho, na área da saúde escolar, inclui os agrupamentos de escolas do Concelho. Semelhante ao que ocorre em outras áreas de intervenção, a saúde escolar é confrontada com as exigências duma comunidade em persistente mudança, perante exigentes e novos estímulos, impondo desafios a díspares níveis de atuação. A equipa de saúde escolar, através do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), encontra uma ferramenta basilar e orientadora das políticas nacionais, no que se refere à promoção da saúde em meio escolar. O projeto “Vamos à escola” são alicerçados no PNSE, na norma N^o015/2015 da DGS, e tem como objetivos: promover estilos de vida saudáveis, através da capacitação da comunidade educativa nas distintas áreas de intervenção; ajudar para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e diminuir os riscos para a saúde; prevenir a doença e promover a saúde da comunidade; e, contribuir para a inclusão de jovens e crianças com necessidades de saúde especiais.

Ao acompanhar o enfermeiro, assistiu-se à atividade de educação e promoção para a saúde a um jovem, sobre a temática da diabetes, por défice de informação e conhecimentos, de forma a mudar comportamentos com a finalidade de prevenir, atuar e melhorar a saúde. Outra experiência consistiu na observação da atuação do enfermeiro com jovens com necessidades de saúde especiais, numa turma de ensino especial.

Uma outra atividade desenvolvida decorreu numa USP, permitindo compreender o funcionamento e atuação das diferentes áreas do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos), da vacinação (através da atuação e cumprimento do plano nacional de vacinação e da vacinação Internacional), da epidemiologia, da saúde escolar e da consulta viajante (realizada exclusivamente pela equipa

médica). A USP tem como objetivos vigiar e monitorizar acontecimentos, que possam interferir ou ameaçar a saúde da população e supervisionar atividades ou programas, que se destinam para a defesa, proteção e promoção da saúde da população.

Assistiu-se a uma audiência pública sobre cuidadores informais, com o título: **Cuidadores informais, respostas sociais e direito ao cuidado**, realizada em novembro de 2022, na Assembleia da República, na Sala do Senado. Inicialmente, assistiu-se a uma encenação pelos atores do Teatro-Fórum, com o título: **Cuidar Todos os Dias**, representando as dificuldades com que se confrontam os cuidadores informais, nomeadamente a responsabilidade do cuidar de uma pessoa dependente, a morosidade das respostas sociais e a burocracia do processo do estatuto do cuidador informal. Num segundo momento, assistiu-se a um testemunho do debate em curso ao nível europeu, através de um eurodeputado e de um balanço da experiência de criação de um Serviço Nacional de Cuidados no Uruguai, com a investigadora e professora Valentina Perrotta.

9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Neste capítulo, é redigida uma análise e reflexão crítica sobre as etapas que decorreram ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, em especial, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

As componentes teóricas e práticas, incluídas no curso, em junção com o estágio I, que decorreu entre 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022 e o estágio final, realizado entre 16 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, colaboraram para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Novas necessidades em saúde, assim como respostas adequadas são necessárias, perante modificações no padrão epidemiológico, nas organizações de comportamentos familiares e sociais, assim como nas constantes ameaças à saúde das comunidades, solicitando respostas de forma individualizada, de proximidade e qualidade, orientadas para a promoção da saúde, prevenção da doença, gestão do risco e (re)adaptação e de suporte. Simultaneamente, as comunidades manifestam um aumento de consciência das suas responsabilidades em saúde, em que anseiam desempenhar um papel de parceria ativo, reivindicando os seus direitos, perante os avanços científico-tecnológicos, em que as exigências de respostas às suas carências serão perseverantes, forçando os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, a desenvolver capacidades de adaptação e intervenções adequadas às necessidades expostas. Deste modo, os cuidados de enfermagem, “(...) *assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde*” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

A reflexão conjetura pensar e questionar em relação ao que nos rodeia, de uma forma concreta e sustentada. Assim, e como forma de reflexão relativamente às competências inerentes ao grau de especialista e de mestre, na área que se tem vindo a abordar, torna-se imperativo aludir os regulamentos que a orientam e a regem. Pela OE foram emitidos dois Regulamentos: o das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e o de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem

comunitária (Regulamento n.º 428/2018). O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, lançou o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, que resultou as devidas alterações nos anteriores decretos e aclarou o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, particularmente o grau de mestre, informando que o ciclo de estudos no ensino politécnico, ao qual deve ser assegurado ao mestrando, predominantemente, a obtenção pelo estudante de uma especialização de natureza profissional.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, referente ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecido a competência técnico-científica e humana, para desempenhar cuidados de enfermagem especializados, nas distintas áreas de especialidade em enfermagem. Este profissional, para além de deter competências especializadas, partilha um vasto rol de competências comuns.

9.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pressupõe que sejam obtidas um rol de competências, partilhadas por todos enfermeiros especialistas, que sustentem a sua prática clínica e, se encaixem em quatro domínios, sendo eles, o da responsabilidade profissional ética e legal, o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão de cuidados e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, a prática da estudante teve como orientação o Código Deontológico, tendo em atenção os aspetos éticos inerentes, que orientaram o processo de tomada de decisão da estudante, almejando uma melhor práxis e as preferências dos utentes, famílias, cuidadores informais e grupos da comunidade, durante o contexto dos dois estágios. Foi salvaguardado o respeito pelos direitos humanos, nomeadamente o respeito pela dignidade humana, considerando os princípios da liberdade e igualdade, assim como o direito à privacidade no domicílio dos utentes. Foi também respeitado o princípio da autonomia, em que a liberdade dos julgamentos, valores e crenças dos utentes, família, cuidadores, atendendo ao princípio da beneficência, não maleficência e bem comum, e ainda o respeito do direito ao consentimento informado para quaisquer cuidados a executar; ao abrigo do sigilo profissional. No atual projeto, os aspetos éticos foram respeitados e acautelados em concordância com declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e com a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT. Garantiu-se o anonimato e confidencialidade, em conformidade com os

procedimentos éticos de investigação e as normas, incluindo-se, neste relatório, as autorizações obtidas. Foi, ainda, salvaguardado o respeito por todos os participantes, instituições que participaram no projeto, impossibilitando as suas identificações.

Considerado a **contínua melhoria da qualidade**, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos durante todo o curso de Mestrado em Associação durante os contextos de estágios e no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, em que se assentaram na prática e experiência profissional no âmbito da segurança do doente, salvaguardando as recomendações dos Planos Nacionais, nomeadamente na área da segurança do doente. Assumiu-se uma atitude dinamizadora, aquando a elaboração de instrumentos pedagógicos facilitadores para o autocuidado e a promoção e aumento da literacia no âmbito dos cuidados prestados pelos cuidadores informais a pessoas, respeitando as características pessoais da população alvo. De forma a fundamentar as estratégias e as atividades aplicadas na implementação do projeto de intervenção, foi efetuado uma revisão de literatura recente, direcionado para estudos sobre a temática dos cuidadores informais. Durante todas as fases do projeto, foi envolvido o cuidador informal, assim como o idoso cuidado, procurando construir-se uma relação terapêutica e proporcionar um ambiente seguro, respeitando as suas crenças, características pessoais, sem projeção de juízos de valor, apontando e valorizando as suas satisfações.

Quanto à questão de **gestão de cuidados**, considera-se que a aluna geriu e liderou o projeto de intervenção comunitária, perante as necessidades expressas e sentidas pelos profissionais, de forma a que ele constituísse um contributo para os cuidados de enfermagem, para uma melhor gestão dos recursos existentes, procurando contribuir para a otimização da qualidade dos cuidados. Participou com a Sra. Enfermeira OS, especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, em reuniões com a equipa multidisciplinar da UCC e da ECCI.

Quanto ao **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, considera-se ter desenvolvido a assertividade e o autoconhecimento, através de revisão sistemática e integrativa da literatura, assente na evidência científica mais recente, o que permitiu, uma intervenção segura e sólida, na transmissão de informação em saúde à população alvo. Foi desenvolvido habilidades a nível da comunicação, com o cuidador informal e com a pessoa cuidada, ajustando, sempre que necessário, a comunicação na promoção e literacia em saúde, aos destinatários, o que colaborou para estabelecer e facilitar a relação terapêutica com os mesmos. Durante a implementação do projeto de intervenção comunitária, atuou-se como formadora, desenvolvendo capacidades e habilidades neste âmbito. Após este percurso, considera-se que desenvolveu uma crescente consciência, enquanto pessoa e profissional de saúde, contribuindo, desta forma, para o autoconhecimento e assertividade,

em proveito de respostas eficientes. Confrontado com a exigência horária desta etapa, o estágio final, consistiu em uma etapa de crescimento e de desafio, obrigando à construção e ao desenvolvimento de estratégias, em que o apoio da orientadora clínica e pedagógica, possibilitou orientar e otimizar o tempo e as emoções, contribuindo e ajudando para a vida profissional, pessoal e na qualidade de mestrandia.

9.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018), as competências específicas nesta área de especialização compreendem:

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

Considera-se que o projeto implementado e desenvolvido, consentiu ampliar e aprimorar todas as competências supracitadas.

Quanto à **competência a)**, seguiu-se a metodologia do Planeamento em Saúde, no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, o que permitiu, numa fase inicial, o conhecimento dos determinantes de saúde da comunidade fosse desenvolvido, assim como os fatores que os influenciam, através dos dados epidemiológicos e indicadores da área geográfica da UCC, como o intuito de identificar os problemas/necessidades em saúde da população alvo, ao qual foram apresentados à equipa da UCC. Após a elaboração do diagnóstico de situação de saúde, foram priorizadas as necessidades/problemas, mais urgentes de intervenção, em que foram definidos, posteriormente, os objetivos e as estratégias selecionadas, etapas necessárias para o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária. Procedeu-se, ainda, a uma monitorização do projeto, de forma contínua, em que foi efetuado a avaliação das atividades implementadas, já no segundo estágio, com o propósito de responder aos objetivos operacionais delineados, com vista à melhoria do estado de saúde da população alvo.

Relativamente à **competência b)**, considera-se que foi possível contribuir para o processo de capacitação de grupos, em que, o projeto de intervenção, teve como objetivo geral contribuir para a capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes. Através da construção de um guia prático educativo para os cuidadores informais, foram mobilizados conhecimentos em diversas áreas inerentes às necessidades dos mesmos. Na elaboração deste guia, teve-se em consideração o contexto e os recetores da mensagem, em que escolha da linguagem breve, simples e adequada, foi escolhida e utilizada. Foram, também, integrados e mobilizados, neste processo, conhecimentos de diferentes áreas, nomeadamente a enfermagem, a comunicação, a educação e as ciências humanas e sociais. As estratégias selecionadas no âmbito da educação e promoção da saúde, tiveram como suporte o modelo da Teoria do Défice de Autocuidados de Dorothea Orem, em que esta teoria incentiva a educação e a capacitação dos cuidadores, consentindo que eles desenvolvam habilidades de autocuidado e que adotem decisões informadas sobre a sua saúde, obtendo, assim, uma melhor qualidade de vida, para o cuidador, como para a pessoa cuidada. Ao acompanhar os enfermeiros da ECCL, durante as visitas domiciliárias, possibilitou a aquisição e mobilização da competência específica supracitada, em que estas experiências são momentos favorecidos para partilhar conhecimentos, promover estratégias e contribuir para a capacitação do cuidador informal, garantindo, desta forma, um aumento de literacia em saúde, e conseqüentemente uma melhoria da sua qualidade de vida, assim como o da pessoa cuidada.

Quanto à **competência c)**, acredita-se que a missão da ECCL converge para a execução das Meta A e B do Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020. A Meta A consiste em “*Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%*” e a Meta B em “*Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%*” (DGS, 2015, pp. 10-11). Estas medidas, visam garantir a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, e o alívio dos problemas e dificuldades experienciados pelos cuidadores informais, através de cuidados e ações e de diversa natureza, como é exemplo de cuidados preventivos, de reabilitação, curativos e cuidados paliativos no domicílio. Com a realização de ambos os estágios na ECCL, considera-se que foi possível contribuir na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025), fundamentalmente na gestão dos processos de comorbilidade.

No que respeita à **competência d)**, foi realizado a monitorização e vigilância dos fenómenos de saúde-doença dos utentes e cuidadores informais, abrangido pela ECCL, através de registos completos e rigorosos em plataforma informática. Recorreu-se à promoção da literacia em saúde e de estilos de vida saudáveis, nomeadamente sobre o autocuidado,

alimentação e atividade física. Foram criados instrumentos de recolha de dados sociodemográficos, assim como os cuidados prestados pelos cuidadores informais a pessoas dependentes e aplicado o instrumento de avaliação do cuidador CADI, validado para a população portuguesa, para identificação das necessidades e problemas dos cuidadores, com o propósito de caracterizar a dimensão do problema na área geográfica.

9.3. COMPETÊNCIAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

A atribuição do grau de mestre, segundo o Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, é concedido aos que evidenciem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p. 3174).

Durante a frequência no Mestrado em Associação, recorreu-se, com regularidade, aos conhecimentos conquistados durante a Licenciatura em Enfermagem, servindo de bases para uma reflexão de maior complexidade e profundidade. Os saberes alcançados no primeiro ciclo de estudo/tronco comum do Mestrado em Associação, foram evoluindo e substituídos por conhecimentos mais específicos. Durante a realização do projeto de intervenção comunitária, foram mobilizados conhecimentos de Investigação em Enfermagem, aquando a realização da revisão sistemática da literatura. A Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, foram empregados aquando a utilização do instrumento de recolha e tratamento dos dados. A Formação e Supervisão em Enfermagem, mostrou-se crucial para as sessões de educação para a saúde. A Gestão em Saúde e Governação Clínica, evidenciou o quanto é essencial na liderança do projeto de intervenção comunitária.

As Políticas e Modelos de Saúde, são fundamentais para estabelecer prioridades, assim como para o envolvimento e integração dos Programas Nacionais e do Plano Nacional e Saúde, evidenciado na realização do projeto de intervenção comunitária.

O desenvolvimento deste projeto, possibilitou que as necessidades identificadas, na população alvo, obtivessem respostas, através de educação e promoção para a saúde, promoção da literacia, tendo como base, os conhecimentos adquiridos na evidência científica sobre a temática. Os resultados do projeto foram divulgados à equipa da ECCI.

A Elaboração do atual relatório e a sua discussão pública, é ponderada como um relevante contributo para o desenvolvimento destas competências. Desta forma, poder-se-á concluir que se encontram reunidas as competências para a obtenção do grau de mestre.

CONCLUSÃO

Perante uma população envelhecida, exige-se um aumento dos cuidados de saúde, o que reflete em necessidades de políticas e programas de saúde pública e social, de forma a dar resposta às necessidades de cuidar de pessoas dependentes.

Confrontado com a necessidade de responder às incapacidades da pessoa dependente, surge o cuidador informal, a chave basilar para a promoção da qualidade de vida da pessoa com dependência. O cuidador informal, quer por afinidade ou por razões económicas, é desempenhado pela pessoa que se encontra mais próximo da pessoa dependente, maioritariamente familiares.

Cuidar de uma pessoa dependente, obriga ao cumprimento de novas responsabilidades, podendo originar alterações significativas na vida do cuidador informal. Desta forma, aspetos de saúde mental e física, assim como áreas da vida familiar e social, são afetadas negativamente, pelo desempenho do papel de cuidador, contribuindo para o aparecimento de problemas psicológicos, físicos, relacionais, de bem-estar pessoal e familiar, fruto das exigências do cuidar.

As características e as necessidades da pessoa cuidada, assim como a evolução da sua condição, estão interligadas com a natureza e os cuidados prestados, em que a motivação e as qualidades do cuidador informal para o cuidar, estão dependentes da sua capacitação, informação, apoio acessível atempado e adequado, assim como da relação entre o seu trabalho e o cuidar da pessoa dependente.

Os cuidadores enfrentam dificuldades e necessidades que comprometem o autocuidado e, naturalmente, o bem-estar e a sua saúde. Ao ser reconhecidas e identificadas as suas dificuldades e necessidades, possibilita que se possa intervir, minimizando os seus efeitos, permitindo a capacitação para o autocuidado, promovendo, desta forma, a sua saúde e qualidade de vida.

Ao apoiar os cuidadores informais, não só se proporcionam benefícios ao próprio, como à pessoa cuidada, assim como à comunidade, resultando, desta forma, em ganhos em saúde.

A Literacia em Saúde é reconhecida como uma prioridade na sociedade atual, pois a mesma, contribui para a promoção da saúde e para a prevenção da doença, assim como, para que os serviços de saúde sejam eficazes e eficientes.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem apoiar os cuidadores informais, apostando, cada vez mais, na informação e no desenvolvimento de competências, contribuindo para o processo de adaptação de forma mais simples, o que leva a melhorias da qualidade de vida dos cuidadores e da pessoa cuidada. Educação e promoção para a saúde, assim como a prevenção da doença, devem ser da responsabilidade dos profissionais de saúde, que assumem um papel relevante para a capacitação do cuidador informal no cuidado a pessoas dependentes. Os enfermeiros, junto desta população, são recurso essencial para a promoção da Literacia em Saúde.

A continuidade de cuidados às pessoas dependentes e aos seus cuidadores informais, assegurada por enfermeiros, especialmente os que se encontram na ECCI, é bastante significativa, revestindo-se de especial significado em situações como a mudança de papel de familiar para também cuidador, na promoção das competências e da autonomia do cuidador e apoio na supervisão e, finalmente na promoção do acesso do cuidador à rede de suporte social.

Através da utilização da Teoria de Défice de Autocuidado de Orem, foi possível conhecer o contexto cultural e social dos cuidadores e a sua adaptação ao meio ambiente que os envolve, auxiliando o sistema de planeamento da prática clínica e possibilitando identificar quais as intervenções que melhoram o bem-estar e a saúde da pessoa. O autocuidado é um resultado perceptível dos cuidados de enfermagem, com efeito positivo no bem-estar e na promoção da saúde, com o aumento de saberes e habilidades, para o cuidador informal.

A teoria de Orem, aplicada neste projeto alude, que perante o défice de autocuidado, o enfermeiro ajuda o cuidador informal a ultrapassar os problemas, após a identificação das necessidades, delineando um planeamento e intervindo através de um sistema de apoio e educação. Esta ajuda passa por meio de educar, ensinar, orientar, fazer por proporcionar apoio físico e psicológico e providenciar recursos com intuito de manter um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal do cuidador informal.

Desta forma, as atividades desenvolvidas ao longo do projeto, tendo como base a TDAE, nomeadamente as sessões de educação para a saúde, a partilha de saberes e com a realização de um guia informativo, assim como a realização de cuidados prestados, proporcionando desenvolver competências e habilidades do cuidador, para além da orientação e apoio para os recursos sociais e de saúde existentes na comunidade, contribuíram para o aumento da Literacia em Saúde, para uma melhor capacitação dos cuidados à pessoa dependente, proporcionando um melhor bem-estar e benefícios de saúde aos cuidadores informais.

Considera-se pertinente a realização deste projeto, na medida em que se encontra em consonância com o PNS 2021-2030, Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s, cujas as

políticas se encontram direcionadas para estratégias de intervenção orientadas para o problema do envelhecimento da população. O PNS defende que é necessário manter e investir na rede de cuidados continuados, tanto na integração dos cuidados como em profissionais habilitados, assim como renovar respostas na comunidade, possibilitando a criação de condições que promovam a saúde dos idosos, na esfera familiar, readquirindo o seu valor social na sociedade, assim como a capacitação e valorização dos cuidadores informais.

Relativamente a este projeto de intervenção comunitária, o objetivo geral e os objetivos específicos propostos, assim como as metas delineadas, foram alcançadas. A realização do projeto **Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes**, permitiu contribuir para a capacitação do cuidador nos cuidados prestados, munindo-o de conhecimentos para a intervenção e prestação de cuidados adequados, com segurança e maior autonomia no cuidar, potenciando ganhos futuros com a diminuição do impacto de cuidar, aumentando a qualidade de vida e bem-estar do cuidador e da pessoa cuidada. Em relação aos objetivos específicos, pode-se atestar que foram aplicados os questionários e a escala de CADI aos cuidadores informais, em parceria com os enfermeiros da ECCL; realizadas sessões educativas sobre cuidados a pessoas dependentes, incluindo estratégias para lidar com a dor e com a perda e morte da pessoa cuidada. Foi elaborado um guia prático para os cuidadores informais e um portefólio digital sobre a temática para os enfermeiros da UCC.

Quanto ao objetivo geral delineado para o atual Relatório de Estágio, foi alcançado, através da aquisição e desenvolvimento de aprendizagens, nomeadamente de conhecimentos, aptidões e competências, enquanto mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Em relação aos objetivos específicos do relatório, foi possível atingi-los demonstrando capacidade de reflexão sobre as práticas, evidenciando capacidade de as fundamentar, com base na evidência científica. Foi demonstrada a capacidade de descrever a implementação do projeto de intervenção comunitária, segundo as etapas do planeamento em saúde; realizando a análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública, considerando-se que, em todo o processo, foi revelada a capacidade de liderança.

As dificuldades e limitações na elaboração do projeto, estão ligadas à demora de resposta da Comissão de Ética em Saúde, da ARSLVT, ao pedido de autorização para implementação do projeto de intervenção comunitária. O tamanho limitado da amostra é considerado como um outro fator limitante, podendo comprometer os dados obtidos, assim como, a recolha de dados ter ficado restrita a uma área geográfica. Ainda a considerar, quanto às dificuldades e limitações para a realização do projeto, a dificuldade em conciliar e gerir o tempo e disponibilidade da estudante com a vida profissional.

A nível de ganhos pessoais, com a realização do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e do Estágio Final, assim como a conclusão com sucesso das Unidades Curriculares que constituem o Curso de Mestrado em Enfermagem, a estudante considera ter conquistado conhecimentos teóricos e práticos essenciais, para futuramente exercer uma prática profissional de qualidade e dignificante, da Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Como sugestão, apela-se à continuidade deste projeto, com o intuito de continuar a promover o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores informais. Considera-se, ainda, pertinente continuar a desenvolver investigação sobre as necessidades dos cuidadores informais e sobre a sua qualidade de vida, destacando os impactos que o cuidar pode ter sobre a sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2017). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1.º semestre 2017*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016_vf2.pdf
- Amaral, M. O. P., Matos, N. A. M., Veiga, N. J. & Matos, D. S. M. P. (2020). Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. *Archives of Health Sciences*, 27(1), 37–41. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.27.1.2020.1710>
- Antunes, M. L. & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In: C. Lopes. & C. V. Almeida (Eds.), *Literacia em saúde: modelos, estratégias e intervenção*. (pp. 43-63). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.21/9232>
- Arriaga, M. T. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Eds), *Literacia em saúde na prática: Prefácio* (pp. 11-15). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/7658>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). Estatísticas APAV – *Gabinete de apoio à vítima de Odivelas*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas/2021/GAV_Odivelas_2021.pdf
- Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., Bruchem-Visser, R., Pompili, S., Kav, S., Acar, S., Aksoydan, E., Altintas, A., Aytar, A., Baskici, C., Blazeviciene, A., Scarpa, A., Kiziltan, G., & Mattace-Raso, F. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103971. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>
- Bardin, Laurence. (2016). *Análise de conteúdo*. 1ª Edição. Edições 70 LDA/Almedina Brasil.
- Câmara Municipal Odivelas. (2022). <https://www.cm-odivelas.pt/>

- Carmo, H. (2020). Cidadania e poder grisalho em Portugal, hoje. In Gato, A. S., Cerqueira, A., Canais, E., Rebelo, J., Moreira, S., Barbosa, V. (Eds.), *Livro de atas do II seminário sobre vulnerabilidades sociais e saúde: Envelhecimento(s) - Perspetivas interdisciplinares* (pp.3-17). Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33455/1/Atas_IISVSS_2020_Final.pdf
- Carvalho, A., Ferrinho, P., & Craveiro, I. (2019). Capacitação e parcerias norte/sul na área da saúde—o caso do projeto UDI-A. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 17, 35-43. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/87242>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* 6th Edition. St. Louis, MO: Mosby.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. 2ª Tiragem. Lidel – Edições Técnicas e sindicato dos Enfermeiros portugueses.
- Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. *Diário da República*, 1ª Série (176). <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República*, 1ª Série-A (109). <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Departamento de Prestações e Contribuições. (2020). *Guia prático – Estatuto do cuidador informal principal e cuidador informal não principal*. Instituto da Segurança Social, I.P. https://www.cm-odivelas.pt/cmodivelas/uploads/document/file/7024/guia_pratico_estatuto_cuidador_informal_principal_e_cuidador_informal_nao_principal_issip_20.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Despacho n.º 12427/2016. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2019a). *Plano de ação para a literacia em saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2019b). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. <https://www.chuc.min-saude.pt/media/literacia-saude/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2021-2030, Saúde sustentável: de tod@s para tod@as*. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>
- Direção Geral de Saúde. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/apresentacao-do-pnlsc-2023-pdf.aspx>
- Dixe, M. A. C. R., Teixeira, L. F. C., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A. & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 19 (255), 1-9 <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- Dixe, M. A. C. R. & Querido, F. A. I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- Escola Nacional de Saúde Pública. (2023, 24 de abril). *Literacia em Saúde e Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais - a realidade portuguesa*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. <https://www.ensp.unl.pt/saude-que-conta-apresenta-resultados-de-estudo-sobre-qualidade-de-vida-dos-cuidadores-informais-em-portugal/>
- European Commission. *The 2018 Ageing Report Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*. https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en
- Fernandes, A. C. & Sousa, P. (2022). *Plano de desenvolvimento em saúde e qualidade de vida*. Câmara Municipal Odivelas.
- Fonseca, A. M. (2020). Aging in place, Envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Políticas, Ciências e Políticas Públicas*, 6 (2), 21-39. https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/CPP/V6N2/V6_N2_2020/1_V6_N2_PT.pdf
- Fonseca-Teixeira, S. A., Parreira, P., Mónico, L., Salgueiro-Oliveira, A. & Amado, J. C. (2020). Referenciação para a rede nacional de cuidados integrados: a percepção dos

- enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3800.3372>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 1ª Edição. Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 1.ª Edição. Lusodidacta.
- Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In Joaquim Pinheiro (Ed.). *Olhares sobre o envelhecimento*. Estudos interdisciplinares (159-168). <http://hdl.handle.net/10400.13/3528>
- Garbaccio, J. L., & Tonaco, L. L. A. B. (2019). Características e Dificuldades do Cuidador informal na Assistência ao Idoso. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(3), 680–686. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>
- Gomes, R. M., Campos, J. F., Costa, A. M. G., Martins, R. M. G., Rocha, R. P. B., Faustino, R. S., Tavares, M. N. M., Bezerra, M. S. A., Beltrão, I. C. S. L. & Alves, D. A. (2021). A visita domiciliar como ferramenta promotora do cuidado na estratégia saúde da família. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (2), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12616>
- Imperatori, E. e Giraldes, M. D. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde*. 3ª edição. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da saúde 2021*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2022). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). (agosto, 2020). *Infográfico INSA: Acidentes domésticos e de lazer – Mecanismos de lesão*. Ministério da Saúde. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-%E2%94%80-mecanismos-de-lesao/>
- Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, 4 de setembro de 2019. *Diário da República*, 1ª Série (169), 55-66. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lima, G. K. S., Santos, A. A. P., Silva, J. M. O., Comassetto, I., Correia, S. R. & Ferreira, D. C. S. (2017). Autocuidado de adolescentes no período puerperal: Aplicação da teoria

- de orem. *Revista de enfermagem UFPE On Line*, 11 (10), 4217-25. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231185/25167>
- Lima, M. D. O., Paula, B. C., Silva, B. C., Silva, K. R., Amaral, R. C. & Torres, L. M. (2018). Perceção do cuidador familiar sobre a assistência do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar na estratégia saúde da família. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 2 (1), 22-28. <http://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/35>
- Lopes, C., & Vaz de Almeida, C. (2022). O papel da literacia em saúde na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Eds.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 15-27). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/9100>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). "Circular Normativa n.º 13/DGCG" (julho). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2022). *Aces Loures/Odivelas*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/Pages/default.aspx>
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?* https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf
- Naz, S. (2017). Application of dorothea orem's theory into nursing practice. *J Rehman Med Inst*, 3(3-4), 46-50. https://www.researchgate.net/publication/354089402_9_APPLICATION_OF_DOROTHEA_OREM%27S_THEORY_INTO_NURSING_PRACTICE
- Noell-Boix, R., Ochandorena-Acha, M., Reig-Garcia, G., Moreno-Casbas, M. T. & Casas-Ba-roy, J. C. (2022). Identificación de necesidades de los cuidadores informales: estudio exploratório. *Enfermería Global*. (68), 71-85. <https://doi.org/10.6018/eglobal.512191>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *CIPE® Versão 2019 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Caracterização da RNCCI na secção regional do centro: conhecer para intervir*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17100/rncci.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. 1ª Edição. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. United States of America: Mosby, Inc.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)*. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>
- Organização das Nações Unidas. (2022). *Envelhecimento*. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *World Health Organization(WHO) Definition Of Health - Public Health*. <https://www.publichealth.com.ng/world-health-organizationwho-definition-of-health/>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
- Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata*. URSS
- Pineault, R. & Daveluy, C. (1987). *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1.ª edição. Masson, S.A. y Salud y Gestión.
- PORDATA. (2021). *Censos 2021: conheça o seu município – Odivelas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Odivelas-255941>
- PORDATA. (2015). População empregada segundo os censos: total e por setor de atividade económica (%). [https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%3%a3o+em-pregada+segundo+os+Censos+total+e+por+sector+de+atividade+econ%3%b3mica+\(percentagem\)-728](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%3%a3o+em-pregada+segundo+os+Censos+total+e+por+sector+de+atividade+econ%3%b3mica+(percentagem)-728)
- Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro. *Diário da República*, 1ª Série (24): 608-629. https://www.iasaude.pt/attachments/article/2078/portaria_50_2017_cuidados_continuados_integrados.pdf

- Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. *Diário da República*, 1ª Série (174): 4865-4882. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Port_174_2014.pdf
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S. & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Queirós, P. J. P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Sinais Vitais*, (21), 1-9. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/468-revista-investigacao-enfermagem-no21>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série (26). 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 428/2018, 16 de julho de 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. *Diário da República*, 2.ª Série (135). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Santos, B., Ramos, A., Fonseca, C. (2017). Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1), 51-54. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Santos e Vilhena, M. E. T. (2021). O respeito pelo cuidador informal. In L. Melo (Eds.), *Literacia em saúde, um desafio emergente - O Poder e a dimensão do cuidador informal no sistema de saúde*. (pp. 27-31). https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/coletaneall.pdf
- Sequeira, C. (2020). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2.ª Edição (reimpressão), Lisboa: Lidel
- Serviço Nacional de Saúde. (abril, 2021). *Cuidados continuados*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>
- Silva, K. P. S., Silva, A. C., Santos, A. M. S., Cordeiro, C. F., Soares, D. Á. M., Santos, F. F., Silva, M. A. & Oliveira, B. K. F. (2021). Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira. *Brazilian Journal of Development*, 7 (4),

34043-34060. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27562/21806>

Söderhamn, O. (2009). Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. <https://doi.org/10.1080/110381200300008724>

Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N. & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Centro de Investigação em Psicologia – CIP. Universidade Autónoma de Lisboa*, 17(2), 9-25. <http://hdl.handle.net/11144/5409>

Souza, E. M. D., Silva, D. P. P., & Barros, A. S. D. (2021). Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1355-1368. <https://www.scielo.br/j/csc/a/gKNHyg95H4SQgKQ3hxnzNZx/?format=pdf&lang=pt>

Sun, W., Ashtarieh, B., & Zou, P. (2021). The safety challenges of therapeutic self-care and informal caregiving in home care: A qualitative descriptive study. *Geriatric Nursing*, 42, 491-501. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.013>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2*. Ministério da Saúde

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., Matias, M. L., Ferreira, M. S., Narigão, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS. <https://app.parlamento.pt/webtils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843cdc76beb75496.pdf&Inline=true>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. 1ª Edição. Lusociência.

United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2022). *Relatório de Portugal (2018-2022): 4TH Cycle of Review and Appraisal of The Implementation of The Madrid internacional plano f action on ageing and its regional implementation strategy*

(MIPAA/RIS). <https://unece.org/statistics/documents/2022/01/reports/mipaa20-report-portugal>

Vaz de Almeida, C. & Veiga, A. (2020). Social Determinants and Health Literacy of the Elderly: Walk to Well-Being. *Open Access Library Journal*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.4236/oalib.1106390>

Veras, R. P. & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6), 1929-1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjær, E., & Eikemo, T. (2017). Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(1), 90-95. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw229>

APÊNDICES

Apêndice I - Instrumento de colheita de dados: Questionário.

QUESTIONÁRIO

O presente questionário é dirigido ao(s) cuidador(es) informal(ais) de utentes dependentes que são cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados, da Unidade de Cuidados na Comunidade "██████████".

Tem como intuito ser o ponto de partida para o projeto, realizado no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, intitulado: "Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes".

A sua colaboração é essencial, sendo um contributo importante para a realização do presente estudo, salientando a relevância para o desenvolvimento da área científica e, conseqüentemente, as vantagens para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Solicito que responda às questões, tendo o cuidado de não deixar nenhuma por responder.

São garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a sua utilização, no âmbito restrito da realização e divulgação do projeto.

Grata pela sua colaboração.

Enfermeira Mónica Tomé

Nas questões, em que existem opções de resposta, deve colocar um X na resposta que se adequa à sua situação. Nas questões de resposta escrita, deve escrever nos espaços definidos.

I – Caracterização sociodemográfica

1. Idade:

- Menos de 25 anos
- De 25 a 40 anos
- De 41 a 65 anos
- De 66 a 75 anos
- De 76 anos a 85 anos
- Mais de 85 anos

2. Género: Masculino... Feminino...

3. Estado civil:

- Solteiro
- Casado/ União de Facto.....
- Divorciado
- Viúvo

4. Escolaridade:

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (4ª classe)
- 2º Ciclo (6º ano)
- 3º Ciclo (9º ano)
- Ensino Secundário
- Curso Profissional
- Ensino Superior
- Grau _____

5. Situação profissional:

- Empregado
- Desempregado
- Reformado

II – Caracterização da situação de cuidados

1. É familiar da pessoa que cuida: Sim Não.....
2. É o único cuidador? Sim Não
3. É a primeira vez que presta cuidados? Sim..... Não.....
4. Que tipo de ajuda dispõe para cuidar?
- Apoio familiar
 - Apoio de amigos.....
 - Apoio de instituições sociais
 - Apoio de instituições de saúde
 - Outros recursos..... Quais? _____
5. Considera a ajuda suficiente? Sim Não.....
- 5.1. Se não, que outra ajuda necessita? _____
6. Há quanto tempo presta cuidados?
- Menos de 1 ano
 - De 1 a 3 anos
 - Mais de 3 anos
7. Quantas horas por dia presta cuidados?
- Menos de 8 horas
 - Mais de 8 horas
8. Que tipo de cuidados presta?
- Alimentação
 - Higiene
 - Mobilidade
 - Medicação
 - Comunicação
 - Relacionamento com os serviços de saúde
 - Relacionamento com os serviços sociais
 - Outro _____
10. Já recebeu algum tipo de informação/formação para cuidar do seu familiar?
Sim Não

9.1. Se sim, que tipo de informação/formação? _____

10. E gostava de receber? Sim..... Não

10.1. Se sim, sobre que temas? _____

Apêndice II - Análise de conteúdo das questões abertas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
OUTROS RECURSOS PARA CUIDAR	Apoio de empregada doméstica.
	Apoio de cuidador formal.
	Apoio do irmão durante o período de férias.
AJUDA NECESSARIA	Maior apoio domiciliário.
	Apoio durante os períodos de ausência.
	Apoio familiar.
	Vagas em locais com capacidades e recursos específicos prescindíveis para cuidar de pessoas com necessidades específicas, no qual não dispõe em domicílio.
OUTROS CUIDADOS PRESTADOS	Cuidados domésticos.
INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO RECEBIDA	Equipa médica.
	Equipa de enfermagem.
	ECCI.
	Formação profissional da área.
NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS A PESSOAS DEPENDENTES	Sobre alimentação.
	Sobre diferentes posicionamentos.
	Sobre mobilidade.
	Sobre cuidados de higiene.
	Sobre processo demencial.
	Sobre tipos de dor e estratégias para o alívio da mesma.
	Sobre estratégias para lidar com o sofrimento.
Sobre o tema da morte.	

Apêndice III – Pedido de autorização para utilização da Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador.

De: Mónica Tomé <monica.tome.santos@gmail.com>

Enviada: 21 de junho de 2022 14:07

Para: carlossequeira@esenf.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilizar a Escala CADI

Ex.mo Sr. Professor Doutor Carlos Sequeira,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estou a desenvolver uma Dissertação de Mestrado, que pretende conhecer as Dificuldades/Necessidades dos Cuidadores Informais de pessoas dependentes, utentes da equipa de cuidados continuados integrados da unidade de cuidados na comunidade de **Odivelas – Saúde a Seu Lado**, e implementar um projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia de planeamento em saúde, para capacitação dos cuidadores informais.

Deste modo, seleccionei como escala de avaliação para a recolha de dados a Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), validada, pelo Exmo. Sr. Professor Doutor, para a população portuguesa.

Contudo, para prosseguir com o estudo, careço de sua permissão para a utilização e aplicação da escala, em causa, no estudo por mim efetuado.

Desta forma, peço, encarecidamente, a sua autorização para a aplicação e utilização da escala CADI, comprometendo-me a dar feedback dos resultados obtidos.

Sem mais qualquer assunto, aguardo resposta de sua parte.

Grata pela atenção disponibilizada.

Atenciosamente,

Mónica Tomé.

Apêndice IV - Pedido de apreciação à Comissão de Ética da ARSLVT.

De: Mónica Tomé <monica.tome.santos@gmail.com>

Enviada: 23 de junho de 2022 09:12

Para: ARSLVT - Etica <etica@arslvt.min-saude.pt>; Paula Monteiro | Assessoria <

>

Assunto: Pedido de Autorização à Comissão de Ética da ARSLVT

Bom dia,

O meu nome é Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estou a desenvolver uma dissertação de Mestrado, que pretende conhecer as Dificuldades/Necessidades dos Cuidadores Informais de pessoas dependentes, utentes da equipa de cuidados continuados integrados, da Unidade de Cuidados na Comunidade de Odivelas - "Saúde a Seu Lado", e implementar um projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia de planeamento em saúde, para capacitação dos cuidadores informais.

Venho, por este meio, solicitar a autorização da Comissão de Ética da ARSLVT.

Envio em anexos:

- O pedido de apreciação, à Comissão de Ética, relativo a estudo de investigação;
- Um resumo do *Curriculum Vitae* (Anexo I);
- Instrumento de colheita de dados sociodemográficos (Anexo II);
- Termo de consentimento informado para o Cuidador Informal (Anexo III).

Aguardo a vossa resposta, agradecendo, desde já, a vossa disponibilidade e atenção ao pedido efetuado.

Sem mais qualquer assunto,

Atenciosamente,

Mónica Tomé.

Mónica Tomé <monica.tome.santos@gmail.com>

15/10/2022,
15:34

Boa Tarde,

Em resposta às solicitações e esclarecimentos colocados pela Comissão de Ética da ARSLVT, no Parecer Intermédio n.º 076/CES/INV/2022, que se pronunciou sobre o Pedido de Apreciação, apresentado em junho de 2022, para implementar um projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia de planeamento em saúde, para capacitação dos cuidadores informais, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encaminho a documentação que se segue.

Recordo que estou a desenvolver uma dissertação de Mestrado, que pretende conhecer as Dificuldades/Necessidades dos Cuidadores Informais de pessoas dependentes, utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, da Unidade de Cuidados na Comunidade de **Odivelas** - "**Saúde a Seu Lado**".

Assim, respondendo às questões colocadas, venho renovar o Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética da ARSLVT.

Os esclarecimentos foram efetuados diretamente (e devidamente realçados) no Parecer Intermédio.

Caso se considere necessário efetuar os esclarecimentos de outra forma, encontro-me disponível para enviar conforme o solicitado, a tempo de ser avaliado na próxima reunião da Comissão de Ética.

Envio em Anexo, os seguintes documentos:

- **Parecer Intermédio n.º 076/CES/INV/2022**, com os esclarecimentos e respostas realçadas, pela investigadora, em Word;
- **Anexo I - *Curriculum Vitae*** da investigadora;
- **Anexo II - Instrumento de Colheita de Dados**: Questionário de caracterização sociodemográfica e de caracterização da situação de cuidados;
- **Anexo III - Termo de Consentimento Informado**;
- **Anexo IV - Declaração da Orientadora Pedagógica**, Professora Doutora **Ana Paula Gato**;
- **Anexo V - Escala de Índice para Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados (CADI)**;
- **Anexo VI - Autorização da Escala de CADI**, pelo Professor Doutor Carlos Sequeira;
- **Anexo VII - Declaração do Orientador Clínico**, Enfermeira Especialista **Olivia Serra**;
- **Anexo VIII - Declaração da Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade "Saúde a Seu Lado"** de **Odivelas**, Enfermeira **Sabel Nunes**;
- **Anexo IX - Declaração do Diretor Executivo ACES Loures-Odivelas**, Doutor **José Carlos Queimado**;

- **Anexo X - Bibliografia**, da Fundamentação complementar inserida, no Parecer Intermediário n.º 076/CES/INV/2022;
- **Anexo XI - Pedido Inicial de Apreciação à Comissão de Ética da ARSLVT**, enviado em junho de 2022, referente ao Estudo de Investigação para conhecer as dificuldades/necessidades dos Cuidadores Informais de pessoas dependentes.

Aguardo a vossa resposta, agradecendo, desde já, a disponibilidade e atenção ao pedido efetuado.

Sem mais qualquer assunto,

Atenciosamente,

Mónica Tomé.

Parecer Intermédio Pare- cer 076/CES/INV/2022

- **Título do projeto**

“Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes”

- **Investigador e instituição de afiliação**

Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos, Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

- **Promotor / parceiros**

NA

- **Contacto do investigador principal**

Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos

Endereço eletrónico escolar: 210531019@estudantes.ips.pt

Contacto telefónico pessoal: (+351) 918223816

Docente Orientador: [REDACTED] [@ess.ips.pt](mailto:[REDACTED]@ess.ips.pt)

Enf.^a Orientadora: [REDACTED] [@arslvt.min-saude.pt](mailto:[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt)

- **Orientador Pedagógico**

Professora Doutora [REDACTED], da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

- **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**

UCC “[REDACTED]”, no âmbito do estágio de Mestrado em Enfermagem, solicitado pelo Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

- **Local do estudo**

Unidade de Cuidados na Comunidade de [Odivelas - "Saúde a Seu Lado"](#), [REDACTED], na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de [REDACTED]

Fundamentação

O crescimento do número de pessoas dependentes no domicílio e as atuais alterações sociodemográficas acarretam modificações nas políticas de saúde, em que os cuidadores informais assumem um papel relevante como aliados da equipa de saúde (Martins e Santos, 2020).

Estudos realizados por Mohammadi (2008), Passos et al. (2012), Martins et al. (2018) e Martins e Santos (2020), demonstram que, programas apoiados em intervenções de enfermagem, são importantes estratégias na preparação dos cuidadores para a prestação de cuidados a pessoas dependentes.

Um dos problemas centrais no século XXI refere-se à tendência de crescimento da população idosa, tanto a nível nacional como a nível mundial.

O processo de envelhecimento é um processo dinâmico, inevitável e progressivo, que advém de modo natural, gradual, previsível e irreversível, atingindo qualquer indivíduo, podendo o processo, não decorrer, de forma homogénea, em que são instigadas transformações e mudanças.

Segundo a United Nations Economic commission for Europe. ([UNECE], 2017), em 2070, Portugal será o país da Europa com maior índice de dependência total (89,7%).

A nível nacional, segundo Instituto Nacional de Estatística (2020), entre o período de 2018 ao ano 2080, o número de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, irá duplicar, crescendo de 159 para 300 idosos, por cada 100 jovens.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2022), com o mote uma Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, entre o ano de 2009 a 2019, foi detetado e salientado um envelhecimento demográfico, observando-se que o número de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, aumentou em 350.028 pessoas.

A OMS, em dezembro de 2020, decretou a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, tendo como principal estratégia atingir e ajudar ações de edificação de uma sociedade para todas as idades, através de esforços governamentais, civis, agências internacionais, profissionais e académicas, tendo como finalidade o melhoramento na vida do idoso, das suas famílias e comunidades (OMS, 2022).

As pessoas, aquando envelhecem, exibem necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o apoio essencial, de forma a compensar, aquando surgem mudanças relacionadas com o envelhecimento, sendo algumas delas, sinónimo de perda de capacidades (Galvão e Gomes, 2021). Com a idade avançada, as transformações estruturais físicas são visíveis e observam-se consequências das funções e capacidades cognitivas. Surgem doenças crónicas, não transmissíveis ou degenerativas, aumentando a perda progressiva da autonomia e, conseqüentemente, uma maior dependência familiar, social e de cuidados de profissionais especializados.

O aumento da esperança média de vida, apreciado como uma relevante conquista,

acarreta, no entanto, grandes desafios. Do envelhecimento advém um aumento de incapacidade e morbidade, associada ao aumento de doenças crónicas e de situações de dependência (DGS, 2017), o que indica uma necessidade crescente de cuidados, cuidados estes que são prestados, principalmente, por familiares, evidenciando-se a importância de colaborar, apoiar, validar as dificuldades e cargas dos cuidados prestados pelo cuidador informal, de forma a minimizar os impactos negativos consequentes da tarefa de cuidador.

Uma das medidas identificadas através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025) é o de reconhecer as vulnerabilidades dos cuidadores e da família, prestadoras de cuidados a utentes dependentes. (DGS, 2017).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) está presente em serviços comunitários, nomeadamente nos centros de saúde, através das equipas de cuidados continuados integrados que prestam cuidados no domicílio. Tem como objetivos prestar cuidados de saúde e apoio social, de forma contínua e integrada, independentemente da idade, a quem se encontre numa situação de dependência (UNECE, 2022), resultante de uma doença aguda ou sob forma de prevenção do desenvolvimento de doenças crónicas.

A RNCCI, prevê o apoio e o reconhecimento a cuidadores informais que ajudam utentes dependentes “(Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017). O plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2016-2019, recomenda que os cuidadores informais sejam observados tanto como parceiros (quando capacitados pelos profissionais de ajuda, tornam a sua atuação mais efetiva) e utentes (pois muitos deles necessitam igualmente de apoio e cuidados).

O cuidador confronta-se com a necessidade de prestar cuidados, cada vez mais complexos, sem que tenha apoios adequados e conhecimento suficiente (Teixeira et al., 2017). Assim, considera-se que os cuidadores informais devem ser apoiados, sendo-lhes fornecidos a adequada e necessária informação, formação específica sobre o seu papel e recursos de saúde e sociais a que podem ter acesso, de forma a que possam satisfazer as suas necessidades e as daqueles de quem cuidam.

O enfermeiro, durante as visitas domiciliárias, cria um vínculo com as famílias ou cuidadores, seja através de apoio educacional, terapêutico, social, e, até mesmo psicológico, uma vez que, o enfermeiro consegue reconhecer situações que estejam a afetar a dinâmica do cuidar, nomeadamente o desgaste físico e psicológico, assim como o agravamento de saúde do utente dependente.

Tendo por base o Regulamento n.º 128/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP), assume-se que o enfermeiro especialista em ECSP deve fomentar as atividades de âmbito comunitário, de forma a assegurar uma resposta às necessidades de saúde da mesma, indo ao encontro do preconizado no referido Regulamento “G3. *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*” (p. 8667).

Tendo em consideração toda esta problemática, pretende-se realizar um projeto de intervenção tendo como população alvo os cuidadores informais de utentes dependentes da ECCI, no sentido de identificar as principais dificuldades/necessidades de formação, sentidas por estes, para, a partir daí, implementar um plano de formação para a capacitação dos mesmos.

Objetivos

- Conhecer as dificuldades/necessidades de formação/informação dos cuidadores informais de utentes dependentes, utentes da ECCI;
- Implementar um projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia de planeamento em saúde, para capacitação dos cuidadores informais.

População, materiais e métodos

- **Desenho do estudo / Tipo de estudo**

Estudo descritivo e exploratório

- **População (se aplicável)**

Cuidadores informais de utentes dependentes da ECCI, inserida na UCC, de [REDACTED] (cerca de 25 pessoas).

- **Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão**

A amostra será de conveniência

Critérios de Inclusão: ser cuidador informal de utentes dependentes da ECCI, inserida na UCC de [REDACTED], saber ler e escrever, esteja disponível e assine consentimento informado.

Critérios de exclusão: não saber ler e escrever, não desejar participar, não se encontrar disponível para participar na formação e ter patologia demencial

Serão recrutados cuidadores informais de utentes dependentes da ECCI, inserida na UCC, de [REDACTED] que estejam identificados pela ECCI.

Variável sociodemográfica: idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional.
Variável da situação de cuidados: parentesco, ajuda no cuidar, tempo de prestação de cuidados, tipo de cuidados prestados e necessidade de formação.

Questionário anónimo, de caracterização sociodemográfica (em Anexo II) e escala de CADI (Anexo V), cuja utilização foi autorizada pelo autor Professor Doutor Carlos Sequeira, responsável pela sua tradução e utilização para a população portuguesa (Anexo VI).

Irá ser utilizado o programa IBM SPSS, para análise dos dados recolhidos e análise de conteúdo para a questão de resposta aberta.

O Projeto de Intervenção Comunitária iniciou-se em maio de 2022 tendo como data prevista de conclusão o mês de janeiro de 2023. A colheita de dados está prevista para novembro de 2022.

Não existe financiamento nem orçamento associado. As despesas inerentes ao projeto são da responsabilidade da estudante Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos.

Os participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo, nem terão qualquer gasto associado.

2.2.7. – aspetos Éticos

Não acarreta qualquer dano e/ou risco resultante da investigação, para os participantes. Os mesmos poderão não responder ao questionário e poderão abandonar o projeto em qualquer altura, se assim o entenderem.

Será entregue aos cuidadores que aceitem participar o consentimento livre e esclarecido, devidamente preenchido em duplicado.

Será informado, ainda, de que toda a informação relacionada com os mesmos será anónima, ficando salvaguardada a confidencialidade da informação obtida, através da anonimização dos questionários.

O nome da UCC será omissa no relatório do estágio, sendo referenciada como uma “Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo”.

Os dados serão apenas acessíveis à investigadora e serão destruídos após a aprovação e discussão do relatório de estágio.

Estão protegidos de acesso de terceiros através de password, apenas conhecida pela investigadora.

No final da investigação, os formulários de recolha de dados, os consentimentos informados e restante informação, será unicamente utilizada para a realização do projeto, sendo destruída, após a finalização do mestrado pela investigadora.

Os resultados serão publicados no relatório do estágio de Mestrado da investigadora. O relatório ficará depois disponível no Repositório Aberto de Portugal.

Os resultados poderão ainda ser apresentados em congresso científico a realizar.

A investigadora responsável pelo projeto de investigação, realizado na UCC de [REDACTED] - “[REDACTED]”. ACES [REDACTED], na ECCI de [REDACTED]”, declara não apresentar qualquer conflito de interesse que possa influenciar ou comprometer os resultados da pesquisa.

O acesso aos participantes será feito através da enfermeira orientadora do estágio clínico da investigadora, que é membro da ECCI.

O consentimento informado encontra-se em Anexo III.

CV dos Investigadores: Presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Professora Doutora **Ana Galo** (Anexo IV)

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores:

Declaração da orientadora clínica **Dilva** (Anexo VII)

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Responsável da UCC [REDACTED] (Anexo VIII)

Declaração do Diretor Executivo do ACES: Diretor Executivo do ACES Dr.º [REDACTED] (Anexo IX)

Previsão de custos financeiros para os ACES:

Não existe qualquer custo financeiro para o ACES **Loures-Odivelas**. Quaisquer custos ou

despesas inerentes ao projeto, são da responsabilidade da estudante Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos.

Compromisso de entrega de relatório final:

Comprometo-me a entregar o relatório final à responsável da UCC “Saúde a Seu Lado”, assim como ao Diretor Executivo do ACES Loures-Odivelas e a enviá-lo à Comissão de Ética ARSLVT.

Critérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT: Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT? Sim

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

É uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento: Sim

Apreciação:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório cujo objetivo é conhecer as dificuldades/necessidades dos cuidadores informais de pessoas dependentes, utentes da ECCL e que integra a fase diagnóstica de um projeto de intervenção comunitária.

Apresenta-se uma fundamentação sumária sendo que o estudo tem interesse para a prática clínica local.

Da análise da documentação enviada permanecem algumas dúvidas para as quais se solicitam esclarecimentos:

- não está especificado qual o tamanho da população e amostra prevista. Este dado é relevante tendo em consideração o número de questões previstas para a caracterização da amostra o que pode condicionar a identificação de, pelo menos alguns, participantes;

- do questionário importa ponderar as questões de caracterização tomando em conta a questão anteriormente colocada, mas também o desequilíbrio entre as questões de caracterização da amostra e as questões relacionadas com o objetivo traçado para o estudo. Recomenda-se a descrição das variáveis e respetiva operacionalização, o que clarificará também esta questão;

- importa conhecer a modalidade de recrutamento assim como está previsto o acesso aos participantes. Recomenda-se que este acesso seja realizado inicialmente por um elemento da equipa terapêutica, eventualmente a enfermeira orientadora;

- importa ponderar quais os eventuais riscos para os participantes, assim como definir como será realizada a proteção dos dados, nomeadamente no que reporta à garantia de confidencialidade, armazenamento e destruição dos mesmos;

- como está prevista a divulgação dos dados e identificação de conflitos de interesse;

- atendendo a que qualquer estudo de investigação envolve utilização de inúmeros recursos, nomeadamente uma quantidade considerável de horas por parte dos investigadores, seria recomendável a realização dos cálculos desses custos, tornando visível o investimento

realizado neste projeto:

- deverá ainda ser enviado: declaração do orientador, declaração dos profissionais e referências participantes (se aplicável), parecer da responsável da UCC e do Diretor Executivo do ACES, previsão de custos para o ACES e compromisso de entrega de relatório final a esta CES.

Propomos o envio das objeções à investigadora.

Ficaremos a aguardar pela resposta, no prazo de 6 meses, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.

Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, com as alterações devidamente assinaladas.

08/07/2022

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde (2017). Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 1.º semestre 2017.

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016_vf2.pdf

Direção Geral de saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção Geral de Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>

Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In Joaquim Pinheiro (Ed.). *Olhares sobre o envelhecimento*. Estudos interdisciplinares (159-168). <http://hdl.handle.net/10400.13/3528>

Instituto Nacional de Estatística (2020) - *Projeções de População Residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Martins, R., Rodrigues, A., Andrade, A., Albuquerque, C., & Martins, C. (2018) Perception of informal caregivers on planning for the discharge of hospitalised elderly patients. *Rev Enf Rol*, 41(11-12), 193-197. <http://hdl.handle.net/10400.19/5330>

Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>

Mohammadi, F. (2008). *Theoretical principal of rehabilitation nursing* (2nd ed.). Tehran: *University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences*.

Organização Mundial de Saúde. (2022). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)*. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>

Passos, J., Sequeira, C. & Fernandes, L. (2012). The needs of older people with mental health problems: a particular focus on dementia patients and their carers. *International journal of Alzheimer's disease*, 638267. <https://doi.org/10.1155/2012/638267>

Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M. J. (...) Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais*. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843cdc76beb75496.pdf&inline=true>

United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2022). *Relatório de Portugal (2018-2022): 4TH Cycle of Review and Appraisal of The Implementation of The Madrid internacional plano f action on ageing and its regional implementation strategy (MIPAA/RIS)*. <https://unece.org/statistics/documents/2022/01/reports/mipaa20-report-portugal>

Apêndice V - Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACES.

Exmo. Senhor,

Diretor Executivo do ACES [REDACTED]

Data: 11 de junho de 2022

Assunto: Informação referente à implementação do Projeto de Estágio e pedido de autorização para identificação do ACES [REDACTED], a decorrer na UCC "[REDACTED]".

Eu, Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos, encontro-me a frequentar o Curso de mestrado em enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Setúbal, e a realizar o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública I, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], do ACES [REDACTED], orientado academicamente pela Sr.^a Professora Doutora [REDACTED] e no contexto pela Sr.^a Enf^a [REDACTED].

Nesta fase, será desenvolvido um projeto no âmbito dos cuidadores informais de utentes dependentes, acompanhados pela ECCI de [REDACTED] e que compreende duas etapas:

- Realização do Diagnóstico de Saúde, da Comunidade, do Concelho de [REDACTED], durante o período compreendido entre 16 de maio a 24 de junho, do presente ano letivo;
- Implementação do Projeto de Intervenção com base no Diagnóstico realizado, no estágio final, que decorrerá entre setembro de 2022 a janeiro de 2023.

Este projeto tem como principal objetivo conhecer as dificuldades manifestadas pelos cuidadores informais de utentes em situação de dependência no domicílio.

A participação dos cuidadores, neste projeto, decorrerá de forma voluntária, em que será elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido e autorizado, por escrito, pelos mesmos. Será garantido o anonimato e confidencialidade, dos dados obtidos e, assegurados os princípios éticos inerentes a este trabalho, ao longo de todo o processo.

Aproveito a presente comunicação para, no âmbito do projeto que acima se expõe, solicitar a devida autorização para identificar o ACES [REDACTED], a UCC "[REDACTED]", a ECCI e Enfermeira [REDACTED].

Agradecendo a atenção ao pedido efetuado,

Atenciosamente,

Mónica Tomé.

Apêndice VI - Consentimento informado livre e esclarecido.

Consentimento Livre e Esclarecido / Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações, caso não esteja totalmente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas e, se concordar, por favor assine o presente documento.

Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos, a desempenhar funções no Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina e Cirurgia Fetal, na Maternidade Alfredo da Costa, frequentando o 6º Mestrado em Enfermagem em associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Neste âmbito, está a desenvolver um estudo que tem como objetivo conhecer as dificuldades/necessidades dos cuidadores informais de pessoas dependentes, utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Desta forma, foram selecionados os Cuidadores Informais que prestam cuidados a utentes dependentes inseridos na ECCI.

Solicita-se, a sua colaboração, como um contributo importante para a realização do processo de investigação, salientando a relevância para o desenvolvimento da área científica e, consequentemente, as vantagens para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A concretização deste estudo, só será possível graças à sua participação, pelo que a equipa de investigação agradece desde já.

O carácter da participação no estudo é voluntário, podendo recusar-se a participar ou interromper a participação em qualquer momento. O seu contributo, no estudo, não trará qualquer custo ou prejuízo.

A confidencialidade e o anonimato serão garantidos e, todos os dados relativos a este estudo, serão mantidos sob sigilo. Após a conclusão do estudo, todos os dados em relação aos intervenientes e, que possam conduzir à sua identidade, serão destruídos. Em nenhum documento, que venha a ser produzido, será incluído qualquer informação que possa levar à identificação dos participantes.

Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á solicitado o preenchimento de um questionário, com a duração, aproximada, de 10 minutos.

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis neste contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome Profissional de Saúde: Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos

Data: ___/___/2022

Assinatura:

Cédula Profissional Nº 5E43333

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central – Maternidade Alfredo da Costa

Contacto da Instituição do Profissional de Saúde:

monica.santos2@chlc.min-saude.pt

Declaro ter compreendido os objetivos, quando me foi proposto e explicado, pelo profissional de saúde, que assina este documento, e de me ter sido dado a oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto, assim como ter recebido, para todas elas, resposta esclarecedora. Foi-me garantido não existir prejuízo para os meus direitos assistenciais, caso eu recuse esta solicitação, tendo havido permissão para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados e que sejam necessários para o meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Data: ___/___/2022

Assinatura: _____

Apêndice VII – Instituições e entidades da rede de apoio social à população idosa, do Conselho.

- **Comissão Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Caneças:**

Resposta social: Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

- **Casa de Repouso da Enfermagem Portuguesa e Profissões Auxiliares da Saúde:**

Resposta social: Serviço de Apoio Domiciliário & Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

- **Lar Nossa Senhora Aparecida:**

Resposta social: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

- **Centro Comunitário e Paroquial de Famões:**

Resposta social: Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

- **Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas:**

Resposta social: Centro de Convívio & Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

- **Centro Dr. José de Azeredo Perdigão - Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa:**

Resposta social: Serviço de Apoio Domiciliário.

- **AMOVALFLOR - Associação de Moradores do Vale do Forno:**

Resposta social: Centro de Dia.

- **Centro Infantil de Odivelas – Centro Comunitário Paroquial de Famões:**

Resposta social: Serviço de Apoio Domiciliário.

- **Residência Sénior Colinas do Cruzeiro:**

Resposta social: Centro de Dia & Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

- **Centro de Dia para a Terceira Idade de Olival Basto:**

Resposta social: Centro de Convívio.

- **Centro Social Paroquial da Póvoa de Santo Adrião:**

Resposta social: Centro de Dia - Projeto Arco-íris desenvolvido no Centro de Dia para a Terceira Idade de Olival Basto.

- **Associação O Cantinho do Idoso da Pontinha:**

Resposta social: Centro de Convívio.

- Centro de Dia da Sagrada Família da Pontinha - Associação das Obras Assistenciais das Conferências Femininas de São Vicente Paulo:

Resposta social: Centro de Convívio & Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

- Centro de Dia de Santa Maria da Urmeira- Centro Social da Paróquia da Pontinha:

Resposta social: Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

- Centro de Dia do Bairro de Santo Eloy - Cruz Vermelha Portuguesa:

Resposta social: Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

- Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Bairro de Santo Eloy:

Resposta social: Centro de Convívio.

- Centro Social Paroquial da Póvoa de Santo Adrião:

Resposta social: Serviço de Apoio Domiciliário.

- Comissão de Reformados, Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião:

Resposta social: Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

- Irmandade da Misericórdia da Póvoa de Santo Adrião:

Resposta social: Centro de Dia & Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

- Centro Comunitário Paroquial da Ramada

Resposta social: Centro de Dia & Serviço de Apoio Domiciliário.

Apêndice VIII - Plano das sessões de educação para a saúde.

Apêndice IX - Plano da sessão de formação educativa para os enfermeiros da UCC do Concelho.

Plano de Sessão – Formação em Serviço

TEMA: Apresentação do projeto e resultados sobre

“Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes”

Mestranda: Mónica Tomé

Docente Orientador: Enf.^a Especialista [REDACTED]

Introdução - O crescimento do número de pessoas dependentes no domicílio e as atuais alterações sociodemográficas acarretam modificações nas políticas de saúde, em que os cuidadores informais assumem um papel relevante como aliados da equipa de saúde.

Enquadramento Teórico - Um dos problemas centrais no século XXI refere-se à tendência de crescimento da população idosa, tanto a nível nacional como a nível mundial.

Plano de Sessão de Educação em Saúde (SES)

1. Tema: Apresentação e divulgação dos resultados do projeto de intervenção comunitária - *Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes*

2. Fundamentação do tema: O processo de envelhecimento é um processo dinâmico, inevitável e progressivo, que advém de modo natural, gradual, previsível e irreversível, atingindo qualquer indivíduo, podendo o processo, não decorrer, de forma homogénea, em que são instigadas transformações e mudanças. O aumento da esperança média de vida, apreciado como uma relevante conquista, acarreta, no entanto, grandes desafios. Do envelhecimento advém um aumento de incapacidade e morbilidade, associada ao aumento de doenças crónicas e de situações de dependência, o que indica uma necessidade crescente de cuidados, cuidados estes que são prestados, principalmente, por familiares, evidenciando-se a importância de colaborar, apoiar, validar as dificuldades e cargas dos cuidados prestados pelo cuidador informal, de forma a minimizar os impactos negativos consequentes da tarefa de cuidador. Segundo a United Nations Economic commission for Europe, em 2070, Portugal será o país da Europa com maior índice de dependência total (89,7%). A nível nacional, segundo Instituto Nacional de Estatística (2020), entre o período de 2018 ao ano 2080, o número de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, irá duplicar, crescendo de 159 para 300 idosos, por cada 100 jovens. Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, com o mote uma Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, entre o ano de 2009 a 2019, foi detetado e salientado um envelhecimento demográfico, observando-se que o número de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, aumentou em 350.028 pessoas. O cuidador confronta-se com a necessidade de prestar cuidados, cada vez mais complexos, sem que tenha apoios adequados e informação suficiente. Assim, considera-se que os cuidadores informais devem ser apoiados, sendo-lhes fornecidos a adequada e necessária informação, formação específica sobre o seu papel e recursos de saúde e sociais a que podem ter acesso, de forma a que possam satisfazer as suas necessidades e as daqueles de quem cuidam. Estudos demonstram que, programas apoiados em intervenções de enfermagem, são importantes estratégias na preparação dos cuidadores para a prestação de cuidados a pessoas dependentes.

3. População-alvo/destinatários: **Equipa de Enfermeiros da UCC** [REDACTED].

4. Local: **UCC** [REDACTED].

5. Grupo de dinamizadores: **Mónica Tomé e Orientador Clínico Enf.ª Olívia Serra.**

6. Data e hora do evento: **19 de janeiro de 2023.**

6.1. – Tempo previsto: 20 min

7. Objetivos da sessão:

7.1 – Objetivo - Apresentar o projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia de planeamento em saúde, para a capacitação dos cuidadores informais.

- Informar das dificuldades/necessidades de formação/informação dos cuidadores informais a pessoas dependentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

8. Recursos materiais e humanos necessários:

8.1. Recursos materiais: Computador, pen, mesas, cadeiras.

8.2. Recursos humanos: Mestranda, Orientadora Clínica, Enf.ª Coordenadora da UCC e Equipa de enfermagem da UCC.

Referências

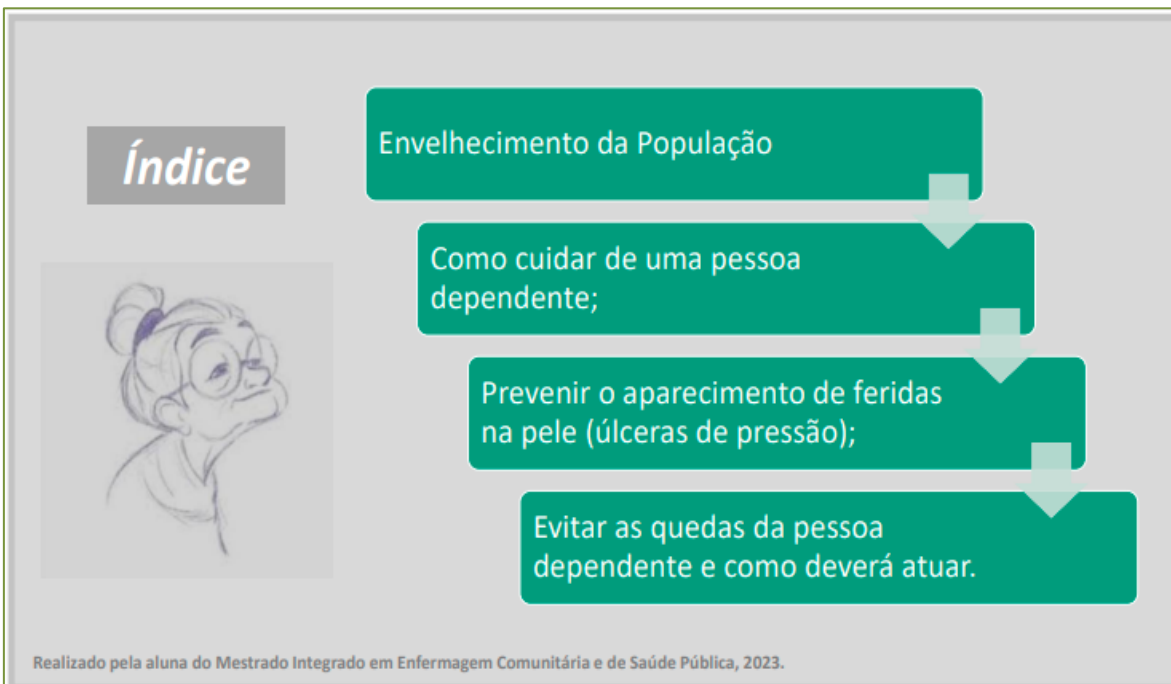
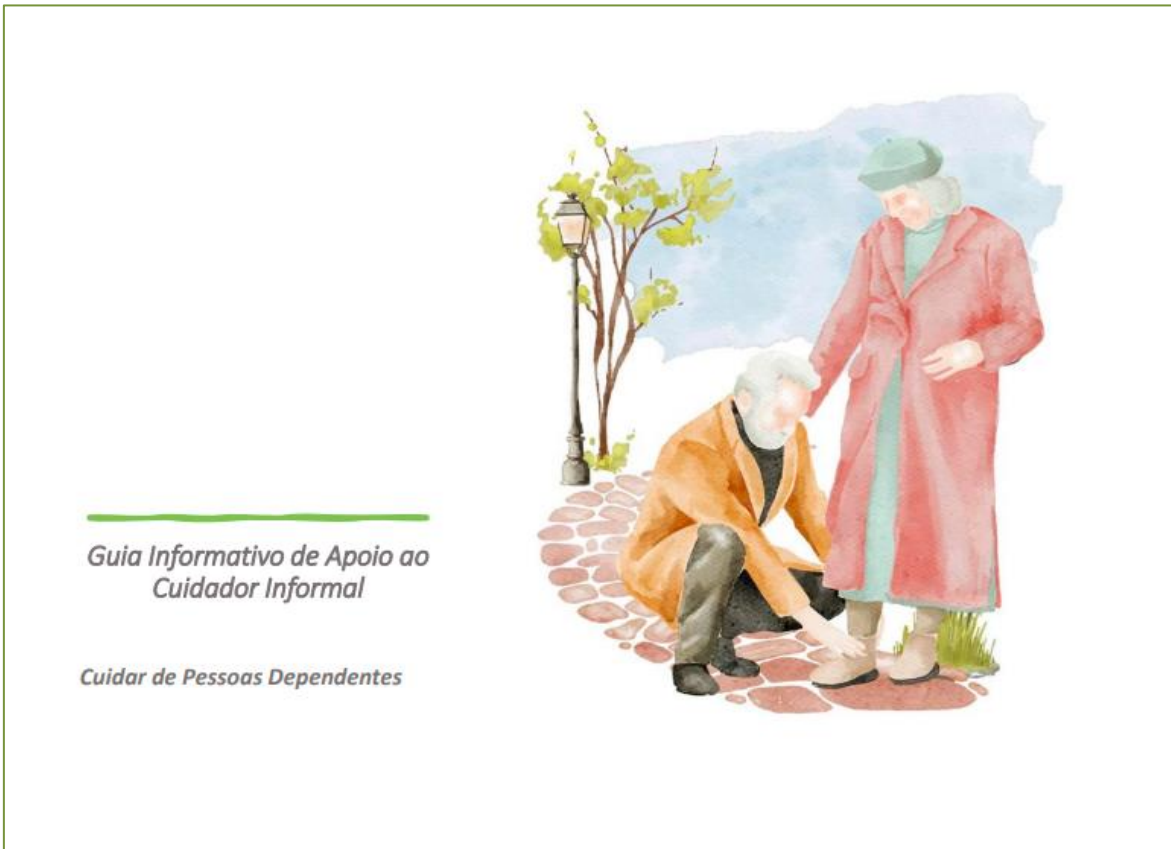
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 1.º semestre 2017*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016_vf2.pdf
- Direção Geral de saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>
- Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In Joaquim Pinheiro (Ed.). *Olhares sobre o envelhecimento*. Estudos interdisciplinares (159-168). <http://hdl.handle.net/10400.13/3528>
- Instituto Nacional de Estatística (2020) - *Projeções de População Residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Martins, R., Rodrigues, A., Andrade, A., Albuquerque, C., & Martins, C. (2018) Perception of informal caregivers on planning for the discharge of hospitalised elderly patients. *Rev Enf Rol*, 41(11-12), 193-197. <http://hdl.handle.net/10400.19/5330>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Mohammadi, F. (2008). *Theoretical principal of rehabilitation nursing* (2nd ed.). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)*. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>

Passos, J., Sequeira, C. & Fernandes, L. (2012). The needs of older people with mental health problems: a particular focus on dementia patients and their carers. *International journal of Alzheimer's disease*, 638267. <https://doi.org/10.1155/2012/638267>

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., Matias, M. L., Ferreira, M. S., Narigão, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843cdc76beb75496.pdf&Inline=true>

United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2022). *Relatório de Portugal (2018-2022): 4TH Cycle of Review and Appraisal of The Implementation of The Madrid international plano f action on ageing and its regional implementation strategy (MIPAA/RIS)*. <https://unece.org/statistics/documents/2022/01/reports/mipaa20-report-portugal>

Apêndice X - Guia informativo de apoio para os cuidadores informais.



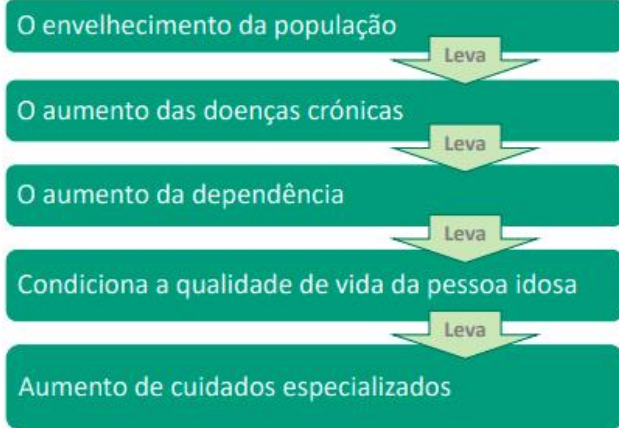


A **nível mundial** passarão de 962 milhões de pessoas idosas (2017) para 2,1 mil milhões (até 2050) e 3,1 mil milhões (até 2100).

A **nível nacional** entre 2018 a 2080, o número de idosos irá duplicar, de 159 para 300 idosos, por cada 100 jovens.

O envelhecimento da população foi uma das maiores conquistas do ser humano, no século XX, mas acabou por se transformar num dos maiores desafios do século XXI.





A qualidade de vida é possível através das oportunidades que as pessoas têm para participar nas tarefas do dia-a-dia.

Cuidados à Pessoa Dependente

Com o envelhecimento os idosos tornam-se geralmente menos flexíveis para com a mudança.

Muitos dos traços da sua personalidade tornam-se mais marcados, podendo ser confundidos com teimosia, resistência ou incapacidade à adaptação.

As pessoas mais velhas não querem aceitar as suas limitações chegando mesmo a negar que tenham dificuldades.

A deterioração da capacidade física ocorre com o envelhecimento e pode ser prevenida pela manutenção de uma atividade física regular (dentro das suas limitações).



Cuidados à Pessoa Dependente

- O cuidador informal é a pessoa que auxilia na identificação e na prevenção de uma doença ou incapacidade, assim como, aquele que dá resposta às necessidades da pessoa dependente.
- Através dos avanços da medicina, o cuidador informal, depara-se com a necessidade de ter que desempenhar cuidados, cada vez mais complexos, sem que tenha apoios adequados e informação suficiente.

O CUIDADOR DEVE PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO, FACILITAR E AUXILIAR SOMENTE NAQUILO QUE A PESSOA NÃO CONSEGUE FAZER



Cuidador Informal

- O **Estatuto do Cuidador Informal** foi aprovado pela **Lei n.º 100/2019**, de 6 de setembro. Tem como objetivo regular os deveres e direitos dos cuidadores, que prestam cuidados a pessoas dependentes, de forma regular ou permanente. .
- **Direitos do cuidador informal:**
 - Deve ser reconhecido o seu papel desempenhado;
 - Direito a ser acompanhado e ter formação, para o desenvolvimento das suas capacidades;
 - Deve adquirir competências para os cuidados prestados de saúde de forma adequada;
 - Deve beneficiar de períodos de descanso, promovendo, desta forma, o equilíbrio emocional e o seu bem-estar;
 - Possuir, sempre que necessário, apoio psicológico, mesmo após a morte da pessoa cuidada.

O CUIDADOR DEVE PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO, FACILITAR E AUXILIAR SOMENTE NAQUILO QUE A PESSOA NÃO CONSEGUE FAZER



Cuidar de Pessoas Dependentes

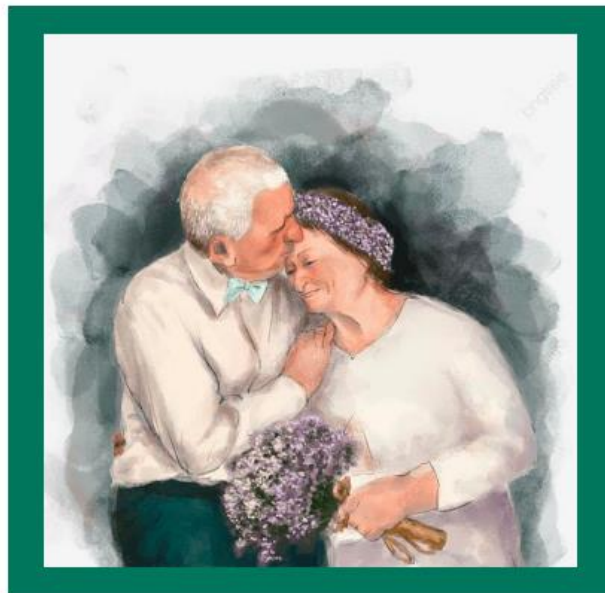
Cuidados de Higiene

Vestuário

Alimentação

Mobilização/Prevenção de
Quedas

Prevenção de Úlceras de Pressão



Cuidados de Higiene

Não existe uma fórmula mágica para que os cuidados de higiene não se tornem em momentos de stress.

Tente ser flexível, criativo, compreensivo, respeitoso, transmita confiança e tenha em consideração o ritmo e a vontade da pessoa.





Higiene na casa de banho



Assegurar que o ambiente é privado, com temperatura, ventilação e iluminação adequada.



Adaptar a casa de banho às necessidades, para que esta seja um espaço seguro.
(barras de apoio, tapetes antiderrapantes, torneira com alavanca única)



Estabelecer a higiene como uma rotina diária

Reduzir risco – colocar só os utensílios necessários ao seu alcance

Tomar duche sentado - reduz os riscos de queda e as mãos ficam livres

Lavar os dentes de manhã, após as refeições e à noite.
Se prótese dentária, retirar antes de se deitar e guardá-la limpa numa caixa própria



Higiene na casa de banho

É importante

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

Após o banho, com a pessoa sentada e em segurança, secar bem a pele e aplicar creme hidratante no corpo, auxiliando apenas nas regiões que a pessoa não alcança



Os espaços entre os dedos do pé devem ficar bem secos, após o banho, para prevenir o aparecimento de fungos.

As unhas devem ser cortadas, de preferência após o banho, em linha reta e sem bicos nos cantos





Higiene na casa de banho

Se existirem dificuldades em iniciar as atividades, descreva-as por partes, exemplifique os movimentos e aguarde a sua realização

Esteja consciente que a pessoa pode sentir o banho como uma ameaça.

Tenha preparado uma atividade, caso a pessoa fique agitada, como colocar uma música calma ou cantar com a pessoa

Acredite
nas capacidades da
pessoa de quem cuida e
em si próprio, e no
poder que as suas
ações podem alcançar

Encoraje verbalmente dizendo coisas agradáveis como
"A água morna sabe bem"
ou
"Que sensação boa". Elogie sempre

Observe as dificuldades e em conjunto tentem ultrapassá-las, adotando novas estratégias



Higiene no Leito

Verificar as condições ambientais: temperatura, ventilação e iluminação da divisão.



Explicar todos os passos que irá efetuar (facilita a colaboração da pessoa)



Envolver a pessoa em todo o processo de banho, dando-lhe tanto controlo quanto possível



Observar e valorize queixas de desconforto durante a higiene. Fale com os profissionais de saúde acerca da possibilidade de administrar um analgésico previamente



Higiene no Leito

Usar uma boa postura corporal durante a higiene



Elevar a cama (se possível, para diminuir o esforço nas suas costas)

Manter as costas direitas, usar as pernas e os músculos abdominais e manter uma ampla base de suporte



Material Necessário para o banho

Sabão neutro; Champô; Creme hidratante; Toalhas turcas suaves; Desodorizante sem álcool; Pente ou escova de cabelo; Escova de dentes, pasta dentífrica e elixir bucal sem álcool; Batom para hidratar os lábios
Uma taça de água com sabão e outra de água sem sabão

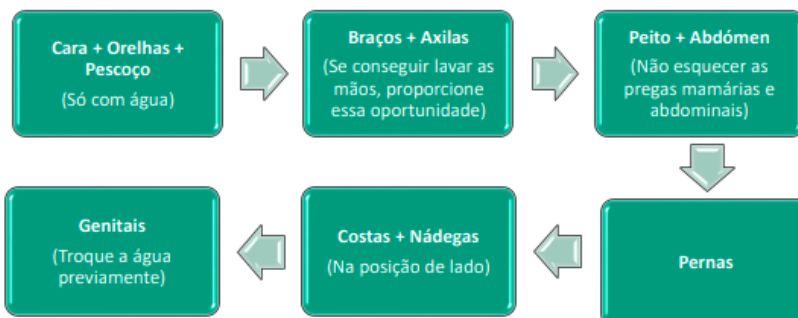


Conduzir a lavagem da área mais limpa para a área mais suja



Higiene no Leito

Ordem para proceder à higiene da pessoa no leito



- Trocar a água as vezes que forem necessárias;
- Ter uma taça de água com sabão e outra de água sem sabão;
- Despir apenas as zonas que irá lavar cumprindo a seguinte ordem:
lavar e secar
✓ cubra a zona lavada e avance para outra
- Vista o doente, e coloque-o numa posição confortável.



A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho, da frente para trás e, se o doente for homem, puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque.

Higiene no Leito

Coloque uma toalha ao redor do pescoço.



Coloque a cabeça de lado na cama e por baixo um saco ou recipiente para apurar a água.



Se a cabeceira da cama sair, pode colocar a cabeça na borda da cama, recorrendo a um saco ou recipiente para apurar a água.



Existem produtos de apoio portáteis e insufláveis para facilitar esta atividade.

Os champôs para crianças são também apropriados para pessoas idosas, pois não ardem nos olhos. (Devem ser usados em pequena quantidade, para uma melhor e mais fácil remoção)

Higiene no Leito - Substituir a roupa da cama

Para quem passa longos períodos numa cama, convém que esta esteja sempre limpa e cómoda



Utilize lençóis de algodão (evitam a transpiração e podem ser lavados a altas temperaturas)

Mantenha os lençóis bem esticados e livres de migalhas ou outros vestígios de comida



Os lençóis enrugados são desconfortáveis, podem restringir a circulação e contribuir para a formação de feridas

Se a cama tiver rodas verifique se está travada e coloque a cabeceira na horizontal (se não for desconfortável para o doente)



O doente deve sair da cama para que possa ser mudada, o que lhe permite realizar algum exercício (caso seja possível)

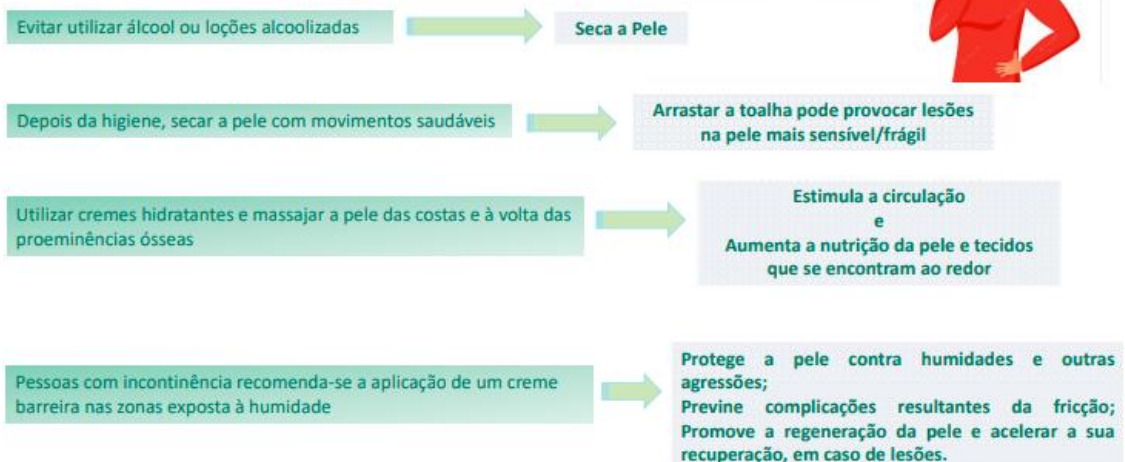


Higiene no Leito -Substituir a roupa da cama com a pessoa deitada



Higiene no Leito

atenção





Higiene no Leito



Nunca aplicar sabão em locais com feridas;

Não fazer massagem nas áreas ósseas que estejam avermelhadas;

Se tiver pensos, evitar molhá-los;

Olhe a pele para vigiar o aparecimento de feridas, nódulos negros, zonas avermelhadas e bolhas;

Se acontecer,
solicitar ajuda do
Enfermeiro



Higiene da Cavidade Oral



Deve ser escovado os dentes após as refeições ou pelo menos duas vezes por dia

O cuidado com a cavidade oral (boca)



Ajuda



- Prevenir infeções;
- Promove a nutrição (melhora o sabor dos alimentos);
- Facilita a comunicação;
- Promove a sensação de bem-estar e dignidade.



Se a pessoa estiver acamada



Colocá-la



Decúbito dorsal (virada para cima), com a cabeceira elevada, pelo menos a 45º e com a cabeça apoiada e, ainda numa posição confortável.



Higiene da Cavidade Oral

Se a pessoa colaborar, não se esqueça de escovar a língua.

Usar uma escova de dentes macia e com cabos mais longos e grossos (facilita a utilização da escova pela pessoa).

Se pessoa não colabora, deve abrir suavemente a boca com a mão não-dominante e lavar a boca com a mão dominante.

Usar uma esponja absorvente ou espátula com compressa na ponta e embebida numa solução antisséptica diluída em água.



Vestuário

Estar bem arranjado e vestido, proporciona segurança e autoconfiança.





Vestuário



Deve ser mantido a privacidade da pessoa quando o estiver a despir e/ou vestir.



O vestuário deve ser:

- Confortável;
- Largo (que não aperte);
- De algodão;
- Sem fechos;
- Sem botões (para fechar utilize o velcro);
- Os fatos de treino são uma boa solução (são quentes, confortáveis e práticos);
- Os sapatos devem ter sola de borracha, serem fechados, bem adaptados ao pé e sem salto.

Em doentes acamados, os pijamas ou camisas de dormir devem ser abertos, de preferência nas costas.

Doente acamado

Despir

Parte de cima:

- Colocar o doente de lado, virando-o para si;
- Despir a manga do membro que se encontra por cima;
- Enrolar a roupa nas costas;
- Virar o doente para a parte oposta e retirar a outra manga.

Para retirar as calças:

- Desapertar os botões;
 - Fletir as pernas;
 - Colocar um braço por baixo do joelho;
 - Erguer o joelho e com a outra mão puxar as calças.
- ❖ Sempre que o doente apresentar um dos lados paralisado deve começar a despir pelo membro que ajuda

Vestir

Repetem-se na mesma ordem que os passos anteriores.

Se um dos lados do corpo estiver paralisado, deve começar a vestir pelo membro que não ajuda. Só depois se veste o lado são.

Verificar sempre se a roupa fica bem esticada, para evitar originar zonas de pressão.

Alimentação

Em situação de doença é frequente a perda de apetite, assim como a perda de peso, independentemente da quantidade e variedade dos alimentos ingeridos.





Alimentação

Cuidados a ter na alimentação

- Oferecer as refeições a horas e não esperar que a pessoa se lembre de as pedir (por vezes não tem a noção das horas)
- A pessoa deve estar bem acordada e sentada durante as refeições;
- Se possível, deve permitir que a pessoa se alimente sozinha (pode cortar os alimentos, se for mais fácil);
- Após as refeições, deverá mante-la sentada, pelo menos 30min, para ajudar a digestão.

Se a pessoa tossir ou engasgar-se, com frequência, quando bebe ou come, não insista.

Perguntar

À equipa de saúde se é seguro continuar a alimentar.

Proporcionar uma alimentação variada e equilibrada

- Escolher os alimentos favoritos e apresenta-los de forma apelativa;
- Servir cinco a seis pequenas refeições ao longo do dia;
- O pequeno-almoço deverá ser uma refeição reforçada, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- Escolha alimentos fáceis de mastigar (pode sempre experimentar triturar a carne, o peixe e os ovos na sopa);
- Se a pessoa estiver muito magro, oferecer alimentos calóricos (sumos de fruta, batidos, leite-creme, gelados, pudins)
- Oferecer cerca de 6 a 8 copos de água por dia (nos intervalos das refeições) - Os idosos têm uma perceção diminuída da sede, não sentem muita sede e ficam saciados rapidamente;
- Escolha líquidos ligeiramente espessos, caso a pessoa apresente dificuldade em engolir (batidos de leite, de fruta, iogurtes, gelatina)



Não esquecer de lavar a boca antes e depois das refeições!



Alimentação – Sonda Nasogástrica

O que é uma sonda nasogástrica e para que serve?

É um tubo colocado numa narina que vai até ao estômago e serve para administrar alimentos, líquidos e medicamentos a pessoas que apresentam dificuldades de deglutir (engolir)

Cuidados especiais com a sonda

- O adesivo do nariz deverá ser trocado, de preferência, todos os dias (ter cuidado de não retirar a sonda do lugar);
- Limpar o nariz da pessoa, diariamente.

Como preparar os alimentos?

- Os alimentos devem ser triturados, de consistência líquida (para não obstruir a sonda);
- Os alimentos devem estar mornos (para não provocar queimaduras).



Se a sonda nasogástrica sair do sítio (exteriorizar) não deve voltar a introduzir.

Contactar a equipa de saúde (para verificar o posicionamento e a sua funcionalidade)



Alimentação – Sonda Nasogástrica

Antes da refeição

- Deve estar na posição de sentado (elevar a cabeceira da cama ou apoiar com almofadas). Se não for possível, deverá deitá-lo de lado (para evitar aspiração dos alimentos para os pulmões);
- Verificar se a sonda está bem posicionada, o adesivo bem colocado e colado e, ainda se a sonda é visível no interior da boca;
- Se a sonda estiver mais de 5 cm deslocada da medida estabelecida (observe e decore qual a posição da sonda, ou faça uma marca na sonda) - **contactar a equipa de saúde.**

Verificar se a sonda está no estômago

- Com uma seringa, tente aspirar a sonda e, se fluir conteúdo, a sonda está bem colocada ➔ Agora pode alimentar o doente;
- Verificar o volume de conteúdo aspirado: se este for igual ou superior à última refeição administrada, introduza novamente o conteúdo. Esperar cerca de 1 hora.
- Recomeçar a alimentação com um chá e verificar se foi bem tolerado ao fim de 1 hora; Após esse tempo, poderá passar para alimentos mais consistentes.



Sempre que tirar a tampa da sonda deverá fechar (clampar) a sonda com a mão, para evitar a entrada de ar e a saída de líquido



Alimentação – Sonda Nasogástrica

Durante a refeição

Dar a refeição lentamente. Suspender a seringa de alimentação acima da cabeça da pessoa.
(facilita a descida dos líquidos)

Após alimentar a pessoa, por sonda, esta deve permanecer sentado, pelo menos de 30 minutos.
(facilita a digestão)

No final da refeição, introduzir uma seringa com água para lavar a sonda.

Ao longo do dia, deverá instilar água com a seringa
(6 a 8 copos), pela sonda.

O intervalo entre as refeições não deverá ultrapassar as 3 horas.



Mobilização & Prevenção de Quedas

**O EXERCÍCIO FÍSICO
DIMINUI O RISCO DE QUEDA!**
Melhora o tempo de reação.
Melhora a flexibilidade e o equilíbrio.
Melhora a força.
Diminui a perda de massa óssea.



Mobilização

Quais os exercícios que o idoso pode fazer?

Usando uma cadeira:

Exercício 1

Sente em uma cadeira estique e dobre o joelho de uma das pernas.



Repetir de 10 a 15 vezes em cada perna.

Exercício 2

Levante e sente na cadeira.



Repetir de 10 a 15 vezes.

Em pé e apoiando em algo firme:

Exercício 3

Fique na ponta dos pés, volte, apoie nos calcanhares e levante os dedos dos pés e volte.



Repetir de 10 a 15 vezes.

Exercício 4

Estique uma das pernas para trás e volte.



Repetir de 10 a 15 vezes em cada perna.

Exercício 5

Tire um (01) dos pés do chão dobrando o joelho e conte até 30 (trinta).



Conte até 30 (trinta) em cada perna.

Exercício 6

Marche no mesmo lugar, Levante os joelhos alternadamente.



Desce, não conte em voz alta (resposta).



Se algum dos exercícios provocar dor ou desconforto não deve ser realizado!

Prevenção de Quedas



Colocar luzes de presença no trajeto quarto/casa de banho.



Colocar os móveis de modo a que não impeçam a circulação.



Manter o chão livre de objetos.



Os interruptores devem estar ao alcance da pessoa.



O andarilho deve ter a altura adaptada, em que a parte superior deve estar alinhada com a anca (trocânteres).



Casa de banho ajustada às necessidades.



Nas escadas deve ser colocado corrimão bilateral, 75cm acima dos degraus e colocar fita adesiva colorida com cerca de 2,5cm, na beira de cada degrau.



Evitar tapetes soltos.




Travar sempre a cadeira de rodas e remover os descansos de pés antes das transferências.



Cadeira/Cadeirão deve ter uma altura que permita à pessoa estar sentada com os dois pés no chão e com os joelhos dobrados a 90º. (Os assentos baixos podem ser compensados com a colocação de almofadas)




Mobilização de Doentes Acamados



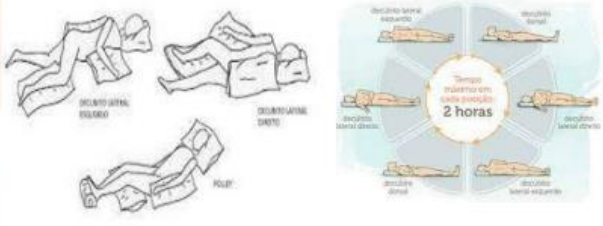
Para diminuir o risco de aparecimento de feridas e problemas de circulação

- Proporcionar que o doente alterne entre a cama e a cadeira;
- Mudar a posição da pessoa na cama com frequência (se possível de 2 em 2 horas), posicionando-a sobre o lado esquerdo, o lado direito e de costas;
- Utilizar um colchão ou almofadas que evitem a pressão (conforme as indicações da equipa médica ou de enfermagem);
- Fazer massagem, com creme hidratante, para ativar a circulação e prevenir o aparecimento de úlceras de pressão.



Contactar Equipa de Saúde

Se verificar que a pele do doente apresenta zonas avermelhadas





Mobilização de Doentes Acamados & Prevenção de Quedas

Movimentar o doente acamado

- Verificar se todos os obstáculos e barreiras foram retirados do caminho;
- Antes do levantar, sentar a pessoa na beira da cama e verificar se manifesta tonturas;
- Informar a pessoa para onde se vai mobilizar, de forma a que os movimentos sejam iguais;
- Contar até três para que ambos se mexam ao mesmo tempo;
- Ao rodar para fazer a mobilização, rode os seus pés ao mesmo tempo que o corpo, para prevenir lesões na sua coluna e joelhos;



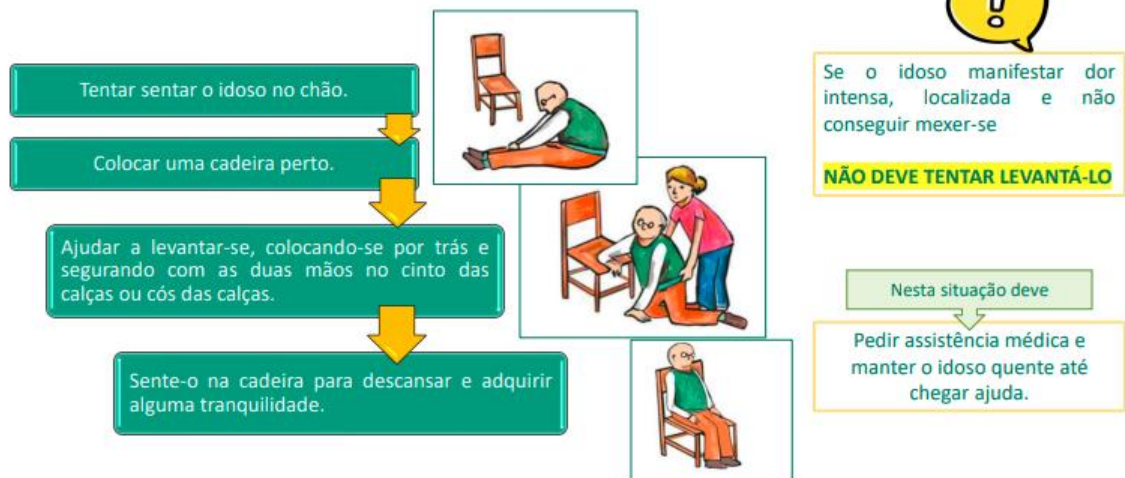
Se a pessoa começar a cair

Não resista à queda.

Acompanhe-o suavemente e proteja-se a si e ao doente para não se magoar. Proteja a cabeça da pessoa para que não bata no chão.



Em caso de queda, o que fazer!



Prevenção de Úlceras de Pressão

ÚLCERAS DE PRESSÃO
Feridas que surgem quando os doentes não conseguem movimentar-se e permanecem por longos períodos na mesma posição.



Prevenção de Úlceras de Pressão

Medidas para prevenir o aparecimento de Úlceras de Pressão


- Manter a pele bem limpa, seca, aplicando creme hidratante e massajando.
- Quando mobilizar a pessoa, deve levantá-la e nunca arrastá-la na cama.
(a fricção causa lesões na pele)
- Mudar o doente de posição, sempre que possível, de 2/2 h.
- Usar almofadas para aliviar a pressão do corpo.

Fatores que condicionam o aparecimento e agravamento de úlceras de pressão


- Pessoa muito magra
- Pessoa com excesso de peso
- Transpira muito
- Incontinência de urina e fezes

Prevenção de Úlceras de Pressão


Decúbito dorsal



Sentado em cadeira de rodas



Decúbito lateral



Os locais mais comuns onde surgem Úlceras de Pressão

Posição de Decúbito Dorsal	Posição de Decúbito Lateral	Posição Sentada
<ul style="list-style-type: none"> • Nuca; • Omoplata; • Cotovelos; • Cóccix (base da espinha); • Calcanhares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orelha; • Ombro; • Costelas; • Cotovelo; • Anca (quadril); • Joelhos (face externa); • Maléolo; • Região lateral do pé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Omoplatas; • Região sagrada; • Região isquiática; • Calcanhares.

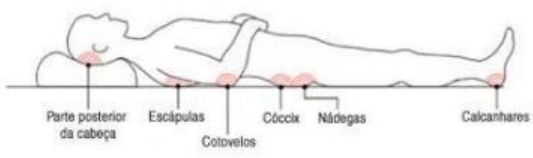
Prevenção de Úlceras de Pressão

atenção

Se o doente exibir uma zona da pele ruborizada/vermelha e que não desaparece após alívio da pressão, poderá indicar o início de uma úlcera de pressão.

O que fazer?

Massajar apenas a zona envolvente (massajar na zona afetada pode causar danos).



Mantém a lesão na pele!

Contactar a equipa médica ou de enfermagem para observar e avaliar.





Redes de Apoio à população residente no Concelho

Recursos de Saúde

Hospital de referência: Hospital Beatriz Ângelo

Outros recursos comunitários:

- Adexo-Associação de Doentes Obesos e Ex obesos de Portugal;
- Associação Comunitária de Saúde Mental de Odiveelas;
- Centro Comunitário de Saúde Mental de Odiveelas;
- Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos;
- Sempre Mulher (Associação de apoio a mulheres com cancro da mama).

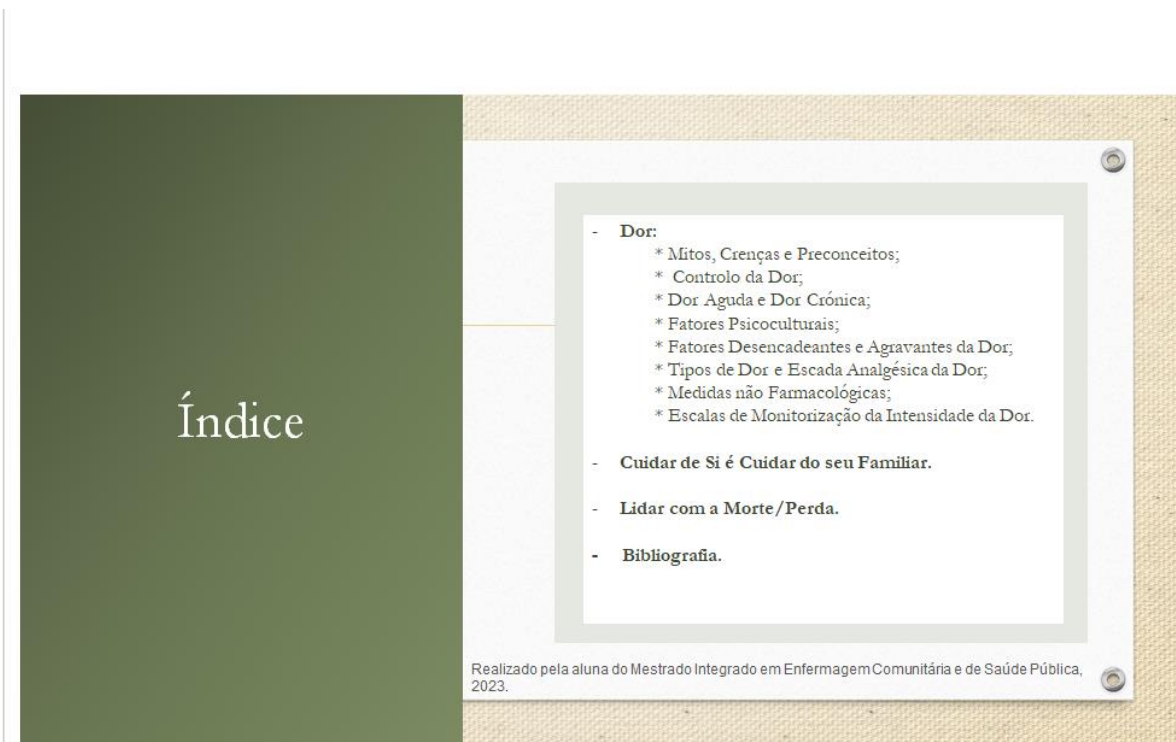
Cuidadores Informais
Espaço Cuidador

- **Sessões formativas mensais**, na última quarta-feira de cada mês, entre as 14h e as 16h (conforme as necessidades dos cuidadores);
- **Grupo de Ajuda Mútua**: apoiado por psicólogos, enfermeiros da UCC. Disponível entre as 14h e as 16h, na 2ª quarta-feira de cada mês;
- **Sessões de Bem-Estar**: apoiado por parceiros da área de saúde mental (Projeto Pro-Actus);
- **O Bem-Estar de Quem Cuida**: apoiado por parceiros da Universidade Sénior (Grupo de Voluntariado de Coração aberto);
- Workshops/Webinares

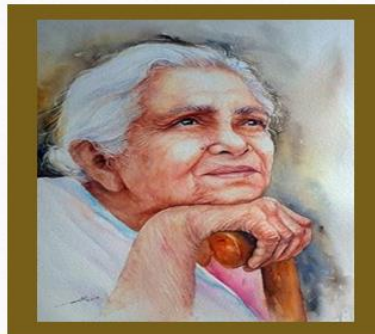
The infographic has a grey background with a white header bar containing the title and a small magnolia flower icon. It is divided into two main sections by a vertical line. The left section is titled 'Recursos de Saúde' and lists a reference hospital and several community resources. The right section is titled 'Cuidadores Informais' and lists various support activities for informal caregivers.

Bibliografia

- Câmara Municipal Odivelas. (2022). <https://www.cm-odivelas.pt/>.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. D. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde*. 3ª edição. Escola Nacional de Saúde Pública
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da saúde 2021*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). "Circular Normativa n.º 13/DGCG" (julho). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2022). *Aces Loures/Odivelas*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/blufs/3/30029/Pages/default.aspx>
- Naz, S. (2017). Application of dorothea orem's theory into nursing practice. *J Rehman Med Inst*, 3(3-4), 46-50. https://www.researchgate.net/publication/354089402_9_APPLICATION_OF_DOROTHEA_OREM%27S_THEORY_INTO_NURSING_PRACTICE
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *CIPE® Versão 2019 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Organização das Nações Unidas. (2022). *Envelhecimento. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2*. Ministério da Saúde.
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M. J. (...) Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais*.
- United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2022). *Relatório de Portugal (2018-2022): 4TH Cycle of Review and Appraisal of The Implementation of The Madrid internacional plano f action on ageing and its regional implementation strategy (MIPAA/RIS)*. <https://unece.org/statistics/documents/2022/01/reports/mipaa20-report-portugal>
- Sequeira, C. (2020). *Cuidar de idosos com dependência física e Mental*. 2ª Edição. Lidel.



DOR



Dor

“Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”

International Association for the Study of Pain, 2001

**É uma experiência individual subjetiva e multidimensional.
Perturba e interfere na qualidade de vida.**

O controlo da dor é um direito de cada pessoa.


Comportamento Doloroso – São todas as formas de comportamento que refletem a experiência dolorosa.

Softimento – São as respostas afetivas negativas geradas pela dor.

Dor – É a percepção consciente do estímulo doloroso.

Nocicepção - São os sinais que chegam ao SNC, como resultado da ativação de receptores sensoriais especializados, os nociceptores, que fornecem informação sobre o dano dos tecidos.

Modelo Multidimensional da Dor



O diagrama ilustra o Modelo Multidimensional da Dor através de quatro círculos concêntricos. O círculo mais interno é rotulado 'Nocicepção' e é de cor azul clara. O segundo círculo é rotulado 'Dor' e é de cor azul escura. O terceiro círculo é rotulado 'Sofrimento' e é de cor roxo claro. O círculo mais externo é rotulado 'Comportamento Doloroso' e é de cor roxo escuro.



**MITOS, CRENÇAS
E
PRECONCEITOS**

- Estímulos idênticos produzem o mesmo nível de dor em todas as pessoas (o limiar de percepção dolorosa é influenciado por fatores físicos, psicossociais e culturais, modificando de pessoa para pessoa, ou na mesma pessoa conforme a situação).
- As pessoas dizem quando têm dor.
- A dor só existe na presença de lesão (a dor é: «uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou possíveis, expressa como se essas lesões existissem»).

**MITOS, CRENÇAS
E
PRECONCEITOS**

- As pessoas devem ser encorajadas a «aguentar» a sua dor.
- Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor.
- “Não posso fazer mais nada” para o alívio da dor.

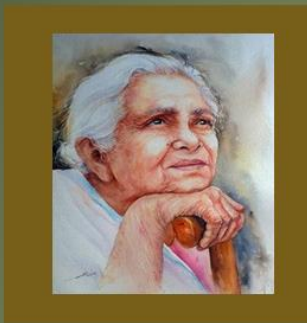
- Todas as pessoas têm direito ao melhor controlo da dor;
- A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;
- A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;
- A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa;
- A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
- Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor.



Controlo da Dor

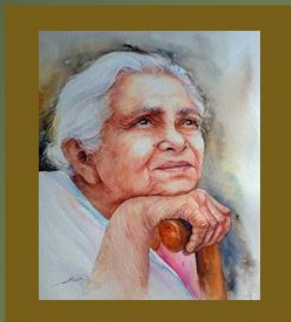
Dor Aguda & Dor Crónica

Dor Aguda



- É provocada por uma lesão interna ou externa.
- A intensidade está relacionada com o estímulo desencadeante.
- Pode ser claramente localizada.
- Tem uma função clara de advertência e de proteção.
- Tem início recente e a sua duração é provavelmente limitada.

Dor Crônica



- Apresenta uma duração superior 3 – 6 meses.
- Não está associada à ocorrência que a provocou.
- Torna-se, por direito próprio, numa doença.
- A sua intensidade deixa de estar interligada com o estímulo causal.
- Perdeu a função de advertência e proteção.
- Representa um desafio terapêutico.



Fatores Psicoculturais

- Religião e Crenças
- Ansiedade
- Raiva
- Hostilidade
- Depressão
- Estratégias para lidar com a Dor

Fatores Psicoculturais



Ativar o Windows

Realização de Esforço

Alimentação

Compressão do local

Movimento

Peso

Repouso

Fatores desencadeantes ou agravantes da Dor

Ativar o Windows



Tipos de Dor



- Cutânea ou Superficial**
Localizada com precisão
- Fantasma**
Permanência da memória de Dor depois da amputação
- Profunda**
Músculos
Tendões
Articulações
- Nociceptiva**
Dor causada por uma excessiva estimulação dos nociceptores (receptores) localizados na pele, vísceras e outros órgãos
- Neuropática**
Dor que resulta por lesão parcial ou total dos nervos do Sistema Nervoso Sentral ou do Sistema Nervoso Periférico

Escada Analgésica da Dor

Escada Analgésica da Dor

NÃO OPIÓIDES (dor leve)
AINE
PARACETAMOL
METAMIZOL

OPIÓIDES FRACOS (dor moderada)
TRAMADOL
CODEÍNA

OPIÓIDES FORTES (dor severa)
MORFINA
FENTANILO
OXCODONA
HIDROMORFONA
BUPRENORFINA
TAPENTADOL

Coadjuvantes
Podem ser adicionados em qualquer altura dependendo da clínica: corticosteroides, ansiolíticos (benzodiazepinas), anticonvulsivantes ou antidepressivos.

Podem associar-se aos analgésicos não opióides mas não devem associar-se aos opióides fracos

Podem associar-se aos analgésicos não opióides mas não devem associar-se aos opióides fracos

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
dor Leve Moderada Severa

Complementar com medidas não farmacológicas

Fonte: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2020

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As medidas não farmacológicas, a maior parte das Situações, **não excluem** a possibilidade e necessidade de tratamento farmacológico – **Elas complementam-no!**

Vantagens Fácil Aplicação Baixo Custo Seguro	Podem ser do âmbito Cognitivo-Comportamentais Físicas Suporte Emocional
--	---

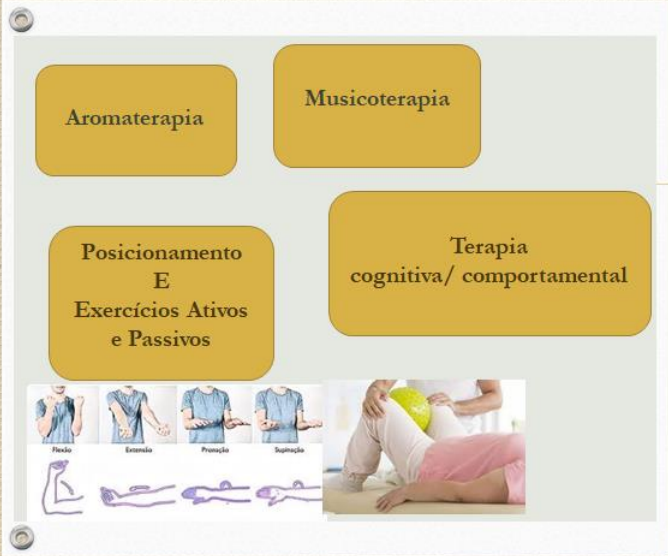


Medidas
Não
Farmacológicas

Toque Terapêutico	Promove: Apoio e segurança através do contacto; Relaxamento; Reduz Ansiedade.
Massagem	Facilita o Relaxamento; Diminui a Tensão Muscular



Medidas
Não
Farmacológicas



Aromaterapia

Musicoterapia

Posicionamento E Exercícios Ativos e Passivos

Terapia cognitiva/ comportamental

Flexão, Estiramento, Proneção, Supinação

Medidas Não Farmacológicas

ARTICULO 1



Escuta Ativa

Estimulação elétrica transcutânea

Banho relaxante

Treino de habilidades de coping

Medidas Não Farmacológicas



The infographic is presented on a light-colored, textured background. It features three rows of text, each with a yellow rounded rectangle on the left and a white rounded rectangle on the right. To the right of the text is a portrait of an elderly man with glasses and a mustache, wearing a green shirt, set within a gold-bordered frame. Below the portrait, the text 'Medidas Não Farmacológicas' is written in white on a dark green background.

Aplicação de frio e de calor	Diminui a Inflamação e Promove o Relaxamento Muscular
Imobilização	Alinhamento Correto
Distração / Relaxamento com imaginação	Aumenta o foco nas Sensações de Bem-Estar

Medidas Não Farmacológicas



The infographic features a background image of a blue and white nautilus shell. The title 'Escalas de Monitorização da Intensidade da Dor' is centered in a bold, black, serif font.

Escalas de Monitorização da Intensidade da Dor

Escalas de Monitorização da Intensidade da Dor

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Escala Numérica

Escala Numérica

Escala de Faces

Escala das faces (Wong-Baker)

0 Não há dor
2 Dor um pouco
4 Dor um pouco mais
6 Dor ainda mais
8 Dor muito mais
10 Dor mais do que nunca imaginava

**Cuidar de Si é
Cuidar do Seu
Familiar!**

É necessário aceitar que, cuidando de si próprio, estará em melhores condições para assumir os cuidados ao seu familiar.

Olhar por si não é algo caprichoso ou extravagante. É meramente uma necessidade.

Por isso:

1 - Reconheça os seus limites e estabeleça metas realistas:
compreenda o que consegue e o que não consegue fazer.

2. Esteja atento aos sinais de alarme:

é inato/natural possuir uma sensação de perda de controlo ocasional (ex. gritar com o familiar a cargo).

Você é uma pessoa humana e todos nós temos limites.

Atenção: se essa situação passar a ser frequente é sinal de que deve procurar ajuda. Não se sinta envergonhado. Tente evitar novos episódios.

Compreenda que tais atos são frutos da situação que está a experienciar.

3. Procure informação/literacia e aconselhamento sobre a doença do seu familiar ou sobre como prestar os cuidados, ou ainda outros temas que considera pertinente.

4. Tire tempo para si, Mime-se: Ex: Elabore uma lista de coisas que lhe proporcionam prazer e retome-as com regularidade.



5. Não dê relevância ou importância às críticas: Ex: as outras pessoas só conhecem um lado da situação, não se encontrando submetidos ao mesmo desgaste e pressão, por isso é fácil falar.

6. Não se isole e conserve e mantenha os seus contactos sociais: Ex: saia de casa, mude de ambiente, encontre e reúna-se com pessoas que já não está a algum tempo.

O convívio pode ajudá-lo a distrair-se, a falar de outros assuntos e a esquecer a sua rotina de cuidador informal.

7. Aprenda a lidar com o stress: identifique e coloque em prática algumas técnicas que lhe acalmam a tensão provocada pela situação de cuidar do seu familiar (ex: realizar uma caminhada, telefonar a uma pessoa amiga, etc.).

8. Partilhe com outras pessoas que estão ou estiveram em situação semelhante - Através delas conseguirá entender que não está sozinho, poderá aprender novas formas de lidar com a situação e compreender que “problema dividido é meio problema resolvido”.



9. Não descuide ou negligencie a restante família: Ela também precisa de si e pode oferecer-lhe a energia que necessita em alguns momentos.

10. Esteja disponível para aceitar a ajuda dos outros e os recursos da sua comunidade - Aceite a ajuda de outros familiares, amigos ou vizinhos quando estes se disponibilizam para ficar ou acompanhar o seu familiar a cargo, permitindo que tenha tempo para si.



- **Sessões formativas mensais**, na última quarta-feira de cada mês, entre as 14h e as 16h (conforme as necessidades dos cuidadores);
- **Grupo de Ajuda Mútua**: apoiado por psicólogos, enfermeiros da UCC. Disponível entre as 14h e as 16h, na 2ª quarta-feira de cada mês;
- **Sessões de Bem-Estar**: apoiado por parceiros da área de saúde mental (Projeto Pro-Actus);
- **O Bem-Estar de Quem Cuida**: apoiado por parceiros da Universidade Sénior (Grupo de Voluntariado de Coração aberto).



Espaço Cuidador



Lidar com a Morte/Perda

A MORTE/PERDA: UM PROCESSO NATURAL

A morte é uma realidade indiscutível nas nossas vidas, mesmo que a abordemos como o “último” grande tabu.

Segundo *Barros de Oliveira*,

“Caíram todos os tabus, como o do sexo, mas a morte é hoje, mais do que nunca, proibida de se mostrar, quase que uma coisa obscena ou pornográfica [...]”

A vivência do processo de luto mais ou menos “natural”, pode significar uma fronteira ténue entre uma reação natural e humana face à perda em considerável sofrimento e uma reação patológica, acabando por refletir na vida pessoal, social, profissional e saúde da pessoa.



Desta forma, torna-se relevante trabalhar na prevenção atempada e adequada evitando os efeitos negativos do processo de luto, de modo a que não passe para o lado patológico.

É importante existirem espaços e tempos, que possibilitem e promovam a partilha, preocupações, o questionamento dos medos, crenças e vivências sobre a experiência da morte e do luto.

Grupo de Ajuda Mútua - Acompanhamento por psicólogos, Enfermeiros da UCC.
Disponível entre as 14h e as 16h, na 2ª quarta-feira de cada mês.

É habitual o cuidador informal experienciar um conjunto de emoções, nomeadamente o choque, a culpa, a tristeza, a solidão ou até mesmo o alívio, aquando termina as funções de cuidador, após a morte da pessoa idosa/pessoa dependente ou na admissão em contexto residencial para idosos ou na Unidade de Cuidados Continuados.

É importante aprender a ter a capacidade de “desligar-se” do papel de cuidador.

Para refletirmos...

A morte informa-nos como é frágil e breve a nossa existência.
Por mais anos que vivamos, são insuficientes para realizar tantos projetos e tantos desafios.

Assim, viver é apenas a possibilidade de concretizar uma parte daquilo que somos e daquilo que sonhamos.



Para refletirmos...

Para quem acredita que a vida termina na morte... naquele último suspiro, acha este momento como a impossibilidade de qualquer possibilidade, porque simplesmente é o fim.

Mas... Se com a morte não terminar tudo?! Se houver qualquer coisa?!

Para refletirmos...

A forma como acreditamos sobre a morte, ajusta muito o modo como vivemos cada dia.

Poder-se-á dizer que só pode morrer bem quem tiver vivido bem e só poderá viver em plenitude quem assume, sem “tabu”, nem preconceito, «os últimos momentos».



Para refletirmos...

É neste estadió que entra a questão da fé... será que Deus existe ou não? E o que há para além disto?

Claro que Deus e a “vida para além disto...” não são certezas, não são convicções, não são objeto da ciência, mas são uma possibilidade existente.



Para refletirmos...

Passa por um refletir profundamente sobre o sentido último da vida, independentemente da religião ou crença religiosa, abrindo espaço e fundamento para a espiritualidade.

Uma espiritualidade que permaneça atenta a cada indivíduo, que não force, mas que abriga e acolhe, que não traz pré-conceitos, mas que se dispõe para acompanhar, ser parceira de viagem até aos últimos momentos.

Para refletirmos...

O amor subsiste para além dos “fins”, pois não precisa de tempo e nem se confina ao espaço.

O amor confirma que a vida continua “para além de...” O nosso “coração”, esse lugar sem “espaço” nem “tempo” que torna possível o eterno, para além do tempo e do espaço.

Há uma “coisa” que nunca morre – o **Amor**.

Bibliografia

- CHULC. (2018). TRC. 111 Avaliação e registo da dor enquanto 5º Sinal Vital;
- DGS. (2003). A dor como 5º Sinal vital - Registo sistemático da intensidade da dor;
- Intranet do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2008). DOR - Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- PQCE-SIE. (2019). Guia orientador - Registos da Avaliação da Dor Enquanto 5º Sinal Vital.
- Pinheiro, J, Branco, C., Leal, L. & Sebastião, Q. (2016). *Manual do Cuidador – Cuide de si, cuide dos seus*. Direção Regional da Solidariedade Social. Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel. https://usism.azores.gov.pt/wp/?page_id=1130
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e Mental*. 2ª Edição. Lidel.

Apêndice XI - Apresentação e divulgação dos resultados do projeto de intervenção comunitária à equipa da UCC do Concelho.

Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes

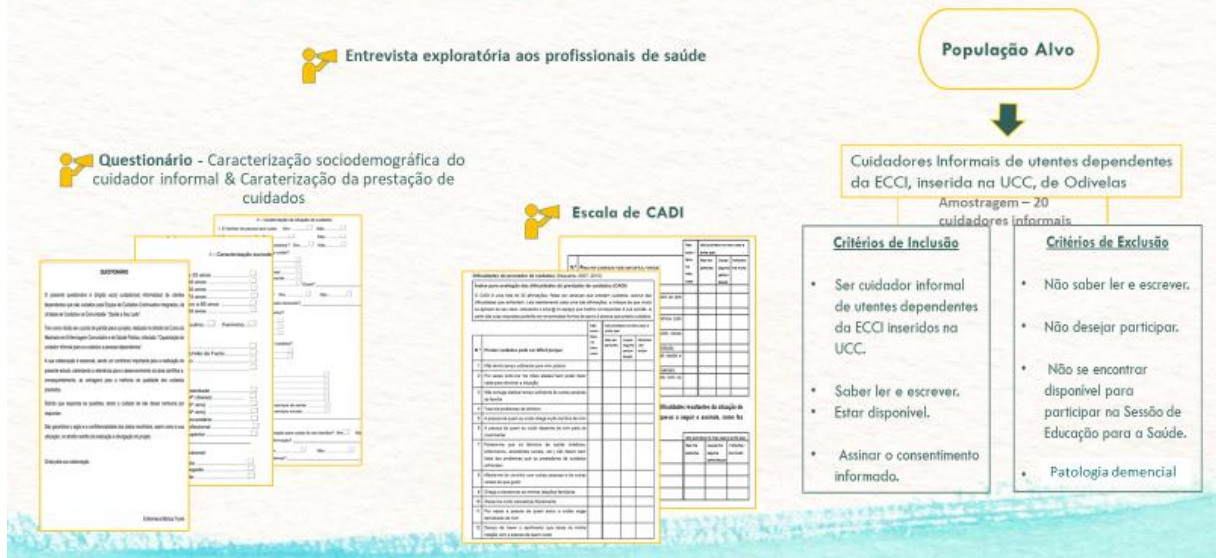
Apresentação e Divulgação dos Resultados do Projeto de Intervenção Comunitária

Formadora: Mónica Tomé
Orientadora Clínica: Enf^ª Olívia Serra

Sumário

- Metodologia – Instrumento de Colheita de Dados
- Enquadramento Teórico
- Diagnóstico de Situação de Saúde
- Necessidades Identificadas/ Determinação de Prioridades / População Alvo
- Definição de Objetivos
- Definição de Estratégias
- Atividades Planeadas
- Divulgação de Resultados
- Planeamento da Continuidade do Projeto
- Bibliografia

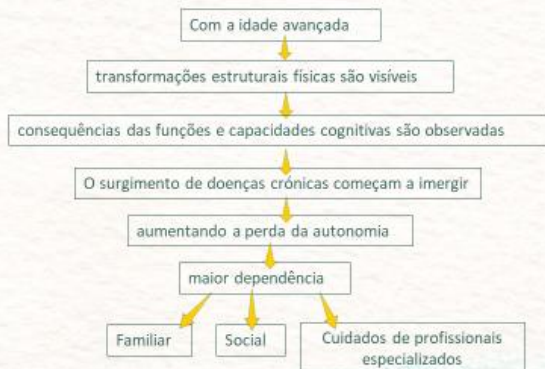
Metodologia - Instrumento de Colheita de Dados




Enquadramento Teórico


- A nível mundial** passarão de 962 milhões de pessoas idosas (2017) para 2,1 mil milhões (até 2050) e 3,1 mil milhões (até 2100) (Organização das Nações Unidas [ONU], 2022).
- A nível nacional** entre 2018 a 2080, o número de idosos irá duplicar, de 159 para 300 idosos, por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatísticas [INE], 2021).
- O cuidador é a pessoa que auxilia na identificação e na prevenção de uma doença ou incapacidade, assim como, aquele que dá resposta às necessidades da pessoa dependente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).
- Através dos avanços da medicina, o cuidador informal, depara-se com a necessidade de ter que desempenhar cuidados, cada vez mais complexos, sem que tenha apoios adequados e informação suficiente (Teixeira et al., 2017).

O envelhecimento da população foi uma das maiores conquistas do ser humano, no século XX, mas acabou por se transformar num dos maiores desafios do século XXI

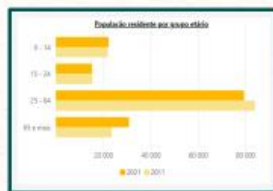


Diagnóstico de Situação de Saúde

 Concelho de Odivelas integrada uma área de 26,4 km²

 Município com uma população de 148.058 habitantes (INE, 2021).

População Envelhecida



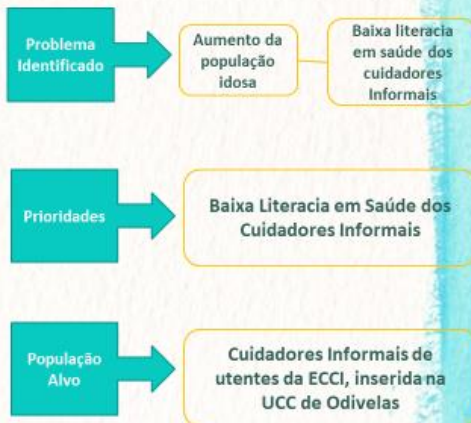
Índice de Dependência de Idosos

2011 - era de 24,8 idosos por 100 pessoas em idade ativa
2020 - era de 33,9 idosos em cada 100 pessoas em idade ativa
maio de 2022 - é de 33,29 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

Literacia em Saúde

- Em Portugal, 5 em cada 10 pessoas exibe níveis reduzidos de Literacia em Saúde;
- É país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde, com 8,6%, em comparação com a média europeia de 16,5%;
- Em relação à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta valores elevados (38,1%), em comparação com a média europeia (35,2%);
- A nível nacional, os grupos mais vulneráveis são pessoas com idades de 65 anos ou mais e com baixos níveis de escolaridade.

Necessidades Identificadas/ Determinação de Prioridades / População Alvo



Definição de Objetivos



Objetivo geral:

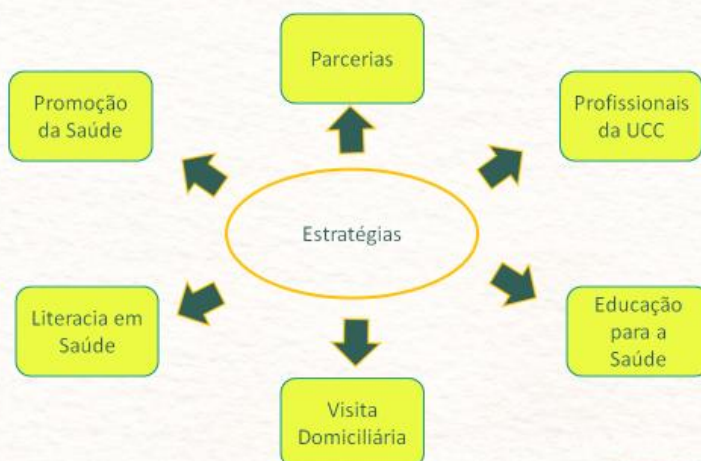
- Contribuir para a capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes.

Objetivos específicos:

- Conhecer as dificuldades e necessidades do cuidador informal
- Integrar as atividades de Literacia em Saúde nos projetos já existentes com os cuidadores informais
- Proporcionar à equipa UCC instrumentos para apoio aos cuidadores informais, na área na Literacia em Saúde
- Ensinar os cuidadores informais sobre cuidados a pessoas dependentes.

Definição de Estratégias

De modo a atingir os objetivos delineados foram definidas as seguintes estratégias



Atividades Planeadas



- ❖ Reuniões com equipa e parceiros;
- ❖ Aplicação do questionário e tratamento dos resultados;
- ❖ Ações de educação para a saúde;
- ❖ Elaboração de Portefólio para profissionais da UCC;
- ❖ Elaboração de folheto informativo para cuidadores informais;
- ❖ Divulgação dos resultados.

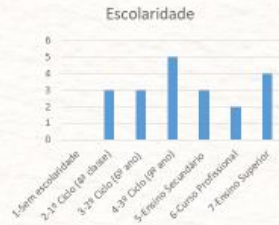
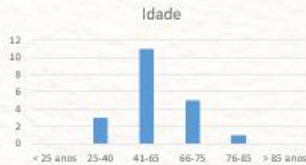
Divulgação de Resultados

Caracterização sociodemográfica do cuidador informal
&
Caraterização da prestação de cuidados

Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

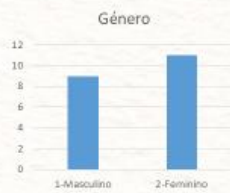


Divulgação de Resultados - Caracterização sociodemográfica do cuidador informal & Caracterização da prestação de cuidados



Situação Profissional

Empregado	30%
Desempregado	25%
Reformado	45%

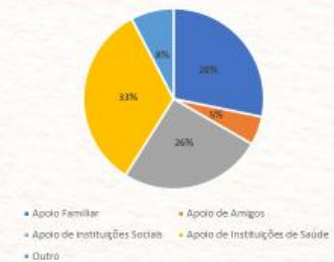


- ❖ 100% - São familiares da pessoa de quem cuidam
- ❖ 70% - São os únicos cuidadores
- ❖ 65% - É a 1ª vez que presta cuidados a pessoas dependentes
- ❖ 85% - Passa mais de 8 horas/dia a cuidar
- ❖ 50% - Presta cuidados há menos de 1 ano

Divulgação de Resultados - Caracterização sociodemográfica do cuidador informal & Caracterização da prestação de cuidados



Que tipo de ajuda dispõe para cuidar



Divulgação de Resultados - Caracterização sociodemográfica do cuidador informal & Caracterização da prestação de cuidados



70% - Não ter recebido algum tipo de formação

55% - Gostava de receber formação

Divulgação de Resultados – Escala de CADI



Questionário:
Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

↓
Agrega 30 questões

↓
Identifica as Necessidades/Dificuldades do Cuidador

↓
Problemas Relacionais
Restrições Sociais
Exigências do Cuidar
Reações ao Cuidar
Apoio Familiar
Apoio Profissional



A cada dificuldade, o cuidador tem 4 possibilidades de resposta

- ↓
- Não acontece no meu caso;
 - Acontece, mas não me perturba;
 - Acontece e causa-me alguma perturbação;
 - Acontece e perturba-me muito.

Divulgação de Resultados – Escala de CADI



Resultados Problemas Relacionais

Item 17 – Esta situação faz-me sentir irritado
65% - 25% Perturba Muito + 40% Causa Alguma Perturbação

Item 14 – A pessoa de quem cuida nem sempre ajuda tanto quanto poderia
60% - 30% Perturba Muito + 30% Causa Alguma Perturbação

Item 11 – Por vezes, a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim
50% - 25% Perturba Muito + 25% Causa Alguma Perturbação

Item 26 – Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação
70% - Não acontece no meu caso

Item 12 – Deixou de haver sentimento que havia na minha relação
60% - Não acontece no meu caso



Divulgação de Resultados – Escala de CADI



Resultados Restrições Sociais

Item 21 – A qualidade da minha vida piorou
85% - 30% Perturba Muito + 55% Causa Alguma Perturbação

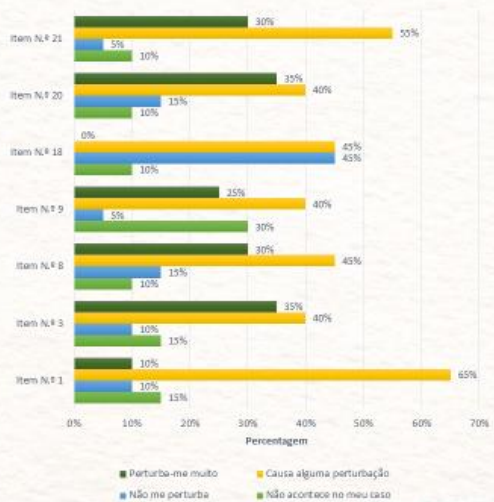
Item 3 – Não consigo dedicar tempo suficiente as outras pessoas da família
75% - 35% Perturba Muito + 40% Causa Alguma Perturbação

Item 20 – Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias
75% - 35% Perturba Muito + 40% Causa Alguma Perturbação

Item 8 – Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas
75% - 30% Perturba Muito + 45% Causa Alguma Perturbação

Item 9 – Chega a transtornar as minhas relações familiares
65% - 25% Perturba Muito + 40% Causa Alguma Perturbação

Item 1 – Não tenho tempo suficiente para mim
65% - Causa Alguma Perturbação



Divulgação de Resultados – Escala de CADI



Resultados de Exigências do Cuidar

Item 23 – A minha saúde ficou abalada

75% - 20% Perturba Muito + 55% Causa Alguma Perturbação

Item 10 – Deixa-me muito cansado fisicamente

70% - 35% Perturba Muito + 35% Causa Alguma Perturbação

Item 19 – Esta situação está a transtornar os meus nervos

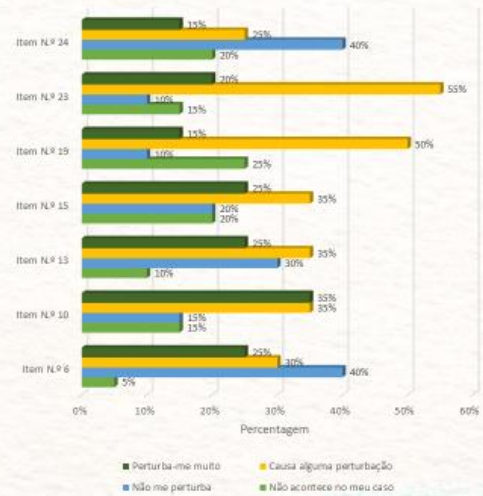
65% - 15% Perturba Muito + 50% Causa Alguma Perturbação

Item 13 – A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados

60% - 25% Perturba Muito + 35% Causa Alguma Perturbação

Item 15 – Ando a dormir pior por causa desta situação

60% - 25% Perturba Muito + 35% Causa Alguma Perturbação



Divulgação de Resultados – Escala de CADI



Resultados de Reações ao Cuidar

Item 2 – Por vezes, sinto-me de “mãos atadas” sem poder fazer nada

95% - 40% Perturba Muito + 55% Causa Alguma Perturbação

Item 29 – Não consigo sossegar, por estar preocupado com os cuidados

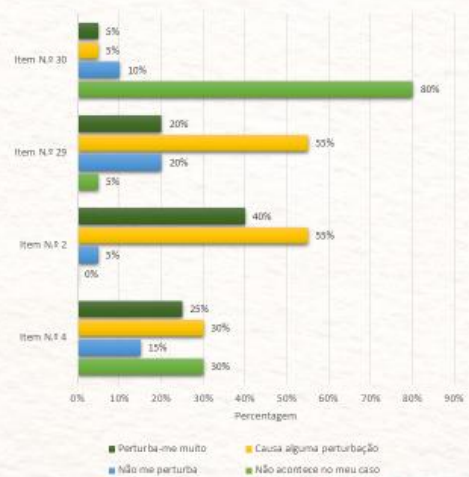
75% - 20% Perturba Muito + 55% Causa Alguma Perturbação

Item 4 – Traz-me problemas de dinheiro

55% - 25% Perturba Muito + 30% Causa Alguma Perturbação

Item 30 – Esta situação faz-me sentir culpado

80% - Não acontece no meu caso



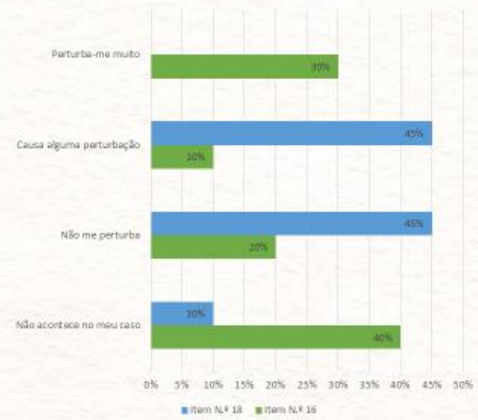
Divulgação de Resultados – Escala de CADI



Resultados do Apoio Familiar

Item 16 – As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria
40% - 30% Perturba Muito + 10% Causa Alguma Perturbação

Item 18 – Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria
45% - Causa Alguma Perturbação



Divulgação de Resultados – Escala de CADI

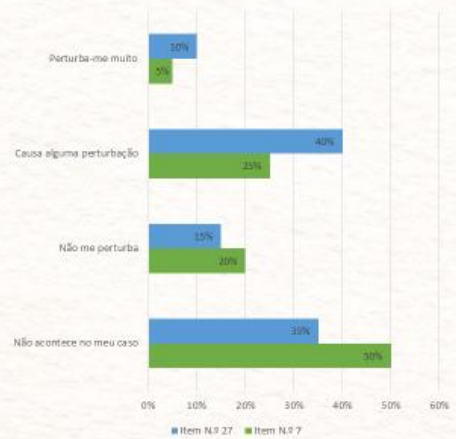


Resultados do Apoio Profissional

65% dos cuidadores informais referem que não recebem apoio suficiente dos serviços sociais e dos serviços de saúde – Item N.º 27

40% dos cuidadores informais referem que Causa Alguma Perturbação o apoio insuficiente dos serviços sociais e dos serviços de saúde

Item 7 – Parece-me que os técnicos de saúde não fazem ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam



Planeamento da Continuidade do Projeto

- ➔ Integração do projeto nos grupos de apoio aos cuidadores informais já existentes.
- ➔ Portefólio como elemento de ajuda/suporte aos profissionais de saúde.



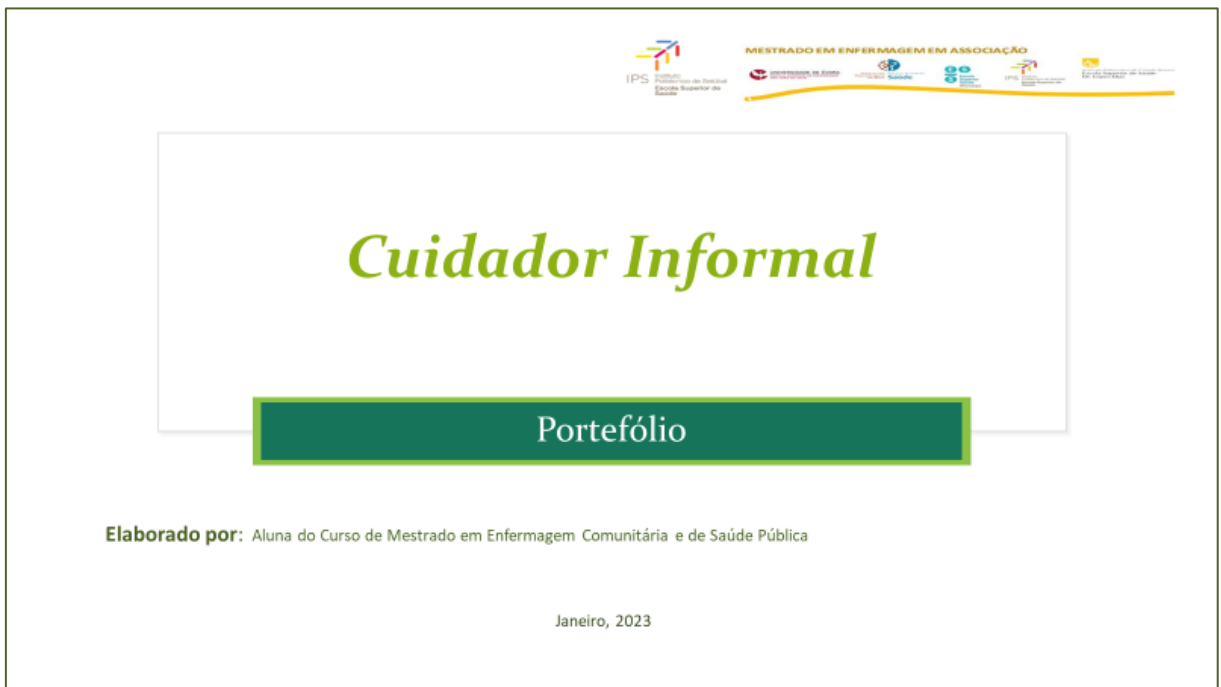
Bibliografia

- Câmara Municipal Odivelas. (2022). <https://www.cm-odivelas.pt/>
- Imperator, E. e Giraldes, M. D. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde*. 3ª edição. Escola Nacional de Saúde Pública
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da saúde 2021*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). "Circular Normativa n.º 13/DGCG" (julho). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2022). *Aces Loures/Odivelas*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/Pages/default.aspx>
- Naz, S. (2017). Application of dorothea orem's theory into nursing practice. *J Rehman Med Inst*, 3(3-4), 46-50. https://www.researchgate.net/publication/354089402_9_APPLICATION_OF_DOROTHEA_OREM%27S_THEORY_INTO_NURSING_PRACTICE
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *CIFE® Versão 2019 – Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Organização das Nações Unidas. (2022). *Envelhecimento. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2*. Ministério da Saúde.
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M. J. (...) Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais*.
- United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2022). *Relatório de Portugal (2018-2022): 4TH Cycle of Review and Appraisal of The Implementation of The Madrid internacional plano f action on ageing and its regional implementation strategy (MIPAA/RIS)*. <https://unece.org/statistics/documents/2022/01/reports/mipaa20-report-portugal>

Obrigada!



Apêndice XII – Capa do portefólio digital para profissionais da UCC do Concelho.



Apêndice XIII – Cronograma de atividades.

Ação \ Ano/Mês	2022						2023
	maio	Junho	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Validação da pertinência do problema e respetiva operacionalização							
Reunião com a Coordenadora da UCC do Concelho							
Reunião com a Equipa Multidisciplinar da ECCI							
Validação do Projeto							
Reunião com orientadora pedagógica							
Pedidos de Autorização e respetivas Respostas para Implementação do Projeto Intervenção Comunitária							
Elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde							
Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido							
Aplicação de Instrumento de Colheita de Dados e do Instrumento de Avaliação do Cuidador - CADI							
Análise dos Dados Recolhidos							
Determinação de Prioridades							
Fixação dos Objetivos							
Seleção das Estratégias							
Preparação Operacional							
Sessões de Educação para a Saúde							
Elaboração de um Guia Informativo de apoio para os profissionais da UCC do Concelho							
Elaboração de Portefólio Digital							
Elaboração do Artigo Científico							

Avaliação das Atividades Desenvolvidas								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apêndice XIV - Resumo do artigo científico.

Dificuldades e necessidades do cuidador informal nos cuidados a pessoas dependentes: Um estudo transversal

Difficulties and needs of the informal caregiver in caring for dependent people: A cross-sectional study

Dificultades y necesidades del cuidador informal en el cuidado de personas dependientes: un estudio transversal

Resumo

Enquadramento: Com a idade avançada, as doenças crónicas emergem, levando à perda da autonomia, maior dependência e maior necessidade de ajuda social, profissional especializado e cuidados complexos realizados pelo cuidador informal (CI), sem apoios adequados e informação suficiente.

Objetivo: Conhecer as dificuldades e necessidades do CI nos cuidados a pessoas dependentes.

Metodologia: Estudo transversal, utilizado questionário aplicado a uma amostra não probabilística por conveniência de 20 CI de pessoas dependentes. O questionário incluiu caracterização sociodemográfica, caracterização da prestação de cuidados e Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Escala de CADI).

Resultados: Os CI com idades 41- 65 anos (55%), 30% não têm escolaridade obrigatória, 85% prestam cuidados diários acima de 8h, manifestam falta de formação (70%), diminuição da qualidade de vida (85%), desgaste físico (75%), comprometimento nas relações sociais (75%) e familiares (75%).

Conclusão: Os CI revelam dificuldades a nível do cuidar da pessoa dependente, com necessidade de ser implementado novas estratégias e reforçar as existentes, para dar resposta às necessidades.

Palavras-chave: Pessoa dependente, cuidador informal; autocuidado; dificuldades; necessidades.

Apêndice XV - Avaliação das sessões de educação para a saúde.

Avaliação da Sessão Educativa

Título da sessão: *Cuidar de Pessoas Dependentes*

Formadora: Mestranda Mónica Tomé

Enf.ª Especialista Olívia Serra

Local: Sala de Reuniões - UCC de [REDACTED] (presencial e online)

Data da realização: 23 de janeiro de 2023

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Temáticas abordadas				
Qualidade da comunicação				
Organização da sessão				
Recursos utilizados				
Qualidade das instalações				
Apreciação global				

Início da sessão: 16h30

Duração: 60min

Grata pela sua colaboração.

Avaliação da Sessão Educativa

Título da sessão: *Dor e Medidas Não Farmacológicas & Estratégias para lidar com o Sofrimento e com a Morte*

Formadora: Mestranda Mónica Tomé

Enf.ª Especialista Olívia Serra

Local: Sala de Reuniões - UCC de [REDACTED] (presencial e online)

Data da realização: 25 de janeiro de 2023

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Temáticas abordadas				
Qualidade da comunicação				
Organização da sessão				
Recursos utilizados				
Qualidade das instalações				
Apreciação global				

Início da sessão: 16h30

Duração: 60min

Grata pela sua colaboração.

ANEXOS

Anexo I - Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI).

Dificuldades do prestador de cuidados (Sequeira, 2007, 2010)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

N.º	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				

13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
		Não aconteço no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
N.º	PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				

29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

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

N.º	PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

Fontes para citação da Escala:

Sequeira, Carlos. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers", Journal of Clinical Nursing 22, 3-4: 491 - 500. doi: [10.1111/jocn.12108](https://doi.org/10.1111/jocn.12108)

Sequeira C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Anexo II – Autorização do autor para utilizar a Escala de Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

Carlos Sequeira

21/06/2022,
15:44

Estimada Mónica Tomé

Informa-se que poderá utilizar o Índice de Avaliação das dificuldades do Cuidador Informal" (CADI) traduzido e validado para a população Portuguesa, no seu trabalho.

Mais se informa que os instrumentos devem ser utilizados na íntegra, podendo apenas ser alterados na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizados para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Anexo III – Resposta da Comissão de Ética da ARSLVT



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Mónica Tomé

monica.tome.santos@gmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6986/CES/2022

Assunto: Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 04.11.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo, com recomendações

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 Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Anexo IV – Resposta do Diretor Executivo do ACES.

ACES Loures Odivelas - Diretor Executivo <@arslvt.min-saude.pt> 11/07/2022
, 14:29

para **Olivia**, mim

Boa tarde Sras. Enfermeiras Mónica Tomé e [REDACTED]

Autorizo a prossecução do projeto de estágio nos termos propostos e peço-vos desculpa pelo atraso na resposta.

Cumprimentos,

[REDACTED]
Diretor Executivo
ACES [REDACTED]

Rua Manuel de Arriaga n.º 5 - Urbanização Terraços da Ponte
2685-160 Sacavém

Telef. 219492402

Anexo V – Autorização da Enfermeira Coordenadora da UCC do Concelho.



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos e a pedido da interessada Mónica Alexandra Pinto Tomé dos Santos, declara-se que a Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], pertencente ao ACES [REDACTED] apresenta disponibilidade para acompanhar a estudante no desenvolvimento do estudo: "Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes", nomeadamente no que concerne às condições estruturais e de logisticas para a sua realização, estando a equipa disponível para colaborar nas atividades decorrentes da investigação realizada.

UCC [REDACTED] 07 de outubro de 2022

A coordenadora da UCC [REDACTED]

[REDACTED] 
Enfermeira [REDACTED]

ACES Loures - Barcelos
Enfª [REDACTED]
Coordenadora da UCC [REDACTED]