



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente

Catarina Isabel Garcia Mendes

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente

Catarina Isabel Garcia Mendes

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

CAPACITAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO DEPENDENTE

Catarina Isabel Garcia Mendes

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Júri:

Presidente: Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues (Doutorada em Enfermagem)

**Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Setúbal**

Arguente: Sandra Maria Miranda Xavier (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Orientador: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (Doutorada em Enfermagem)

**Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da
Universidade de Évora**

27 de julho de 2020

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, e de forma especial aos familiares cuidadores, que me abriram as suas portas e partilharam comigo momentos das suas vidas, sem eles este projeto não seria concretizado!

À minha orientadora, a Professora Ermelinda que me acompanhou e apoiou, demonstrando toda a sua paciência pelas minhas inseguranças, ultrapassadas, ao longo deste percurso!

À Enfermeira Sílvia por me ter recebido tão bem, me ter ensinado tanto e me ter ajudado a percorrer este caminho, foi um gosto conhecer-te e trabalhar contigo!

A toda a equipa multiprofissional da UCC pelo acolhimento, colaboração e ajuda!

À Marisa e à Milene, pelo empenho neste projeto!

À minha amiga Sónia pelas palavras diárias de amparo e encorajamento!

À Vera, minha irmã de coração, pelo apoio incondicional! Nos bons e maus momentos estiveste sempre presente com a tua paciência, dedicação e amizade!

Aos meus amigos que estiveram sempre presentes, com palavras de apoio e incentivo!

Ao meu Toni pelo amor e pelo empenho no projeto que decorre em paralelo com este, a construção da nossa casa!

À minha Mãe, a minha melhor amiga, a minha âncora! Tens estado a vida toda ao meu lado, sem o teu esforço, dedicação e compreensão não teria conseguido chegar aqui!

A TODOS o meu sincero OBRIGADA!

RESUMO

Com o aumento do índice de envelhecimento e, por sua vez, do grau de dependência dos idosos, tem surgido cada vez mais, a preocupação com os cuidados às pessoas desta faixa etária. Na maioria dos casos, estes cuidados são prestados pela família. O familiar cuidador é assim o principal pilar da prestação de cuidados ao idoso dependente, sendo necessário conhecer as suas necessidades/dificuldades.

Ancorado na Metodologia do Planejamento em Saúde foi desenvolvido o projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente”.

A partir da caracterização dos familiares cuidadores e dos seus discursos sobre as suas práticas com o familiar dependente, necessidades e apoios, constatou-se como principais dificuldades a aceitação, adaptação à doença e forma como lidam com a doença do familiar. As necessidades expressas foram de apoio formal, nomeadamente, existência de estruturas de centro de dia. Verificaram-se também, necessidades de formação ao nível da higiene, dos cuidados à pele e da gestão do tempo.

No sentido de dar resposta às necessidades/dificuldades encontradas, emergiu o Manual do Cuidador “Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO”, instrumento de suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador.

A avaliação do projeto, pela perspetiva da equipa multiprofissional da UCC, atesta a sua relevância na capacitação do cuidador, no aumento da literacia do cuidador e nas estratégias para o cuidador cuidar de si próprio.

Palavras-Chave/Descritores: Envelhecimento, Dependência, Familiar Cuidador, Capacitação

ABSTRACT

With the increase in the aging rate and, in turn, the degree of dependence of the elderly, there has been an increasing concern with care for people of this age group. In most cases, this care is provided by the family. The family caregiver is thus the main pillar of care for the dependent elderly, and it is necessary to know their needs / difficulties.

Anchored in the Health Planning Methodology, the project “Training the Family Caregiver for the Dependent Elderly” was developed.

From the characterization of the family caregivers and their speeches about their practices with the dependent family member, needs and support, it was found that the main difficulties were acceptance, adaptation to the disease and the way they deal with the family member's disease. The expressed needs were for formal support, namely, the existence of day care facilities. There were also training needs in terms of hygiene, skin care and time management.

In order to respond to the needs / difficulties encountered, the Caregiver Manual “When Caring for ME, I take care of the OTHER” emerged, a support instrument that facilitates the training of the family caregiver.

The evaluation of the project, from the perspective of the UCC multiprofessional team, attests to its relevance in the training of the caregiver, in increasing the literacy of the caregiver and in the strategies for the caregiver to take care of himself.

Keywords/Descriptors: Aging, Dependency, Family Caregiver, Training

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- APAV – Associação Portuguesa Apoio à Vítima
- ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CLASE – Conselho Local Ação Social de Estremoz
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECL – Equipa de Coordenação Regional
- ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte Cuidados Paliativos
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- IPSS – Instituições de Solidariedade Social
- NUTSIII – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Índice

INTRODUÇÃO	12
1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
1.1- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....	15
1.2- CUIDADOR INFORMAL.....	17
1.1.2- A valorização e a corresponsabilização do familiar cuidador	19
1.2.2- Políticas e respostas existentes ao nível da prestação de cuidados	20
2- ANÁLISE DO CONTEXTO	23
2.1- CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	23
2.2- CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.....	25
3- METODOLOGIA	27
3.1- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	28
3.2- PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E DE ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.3- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	30
4- ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	31
4.1- RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO.....	31
4.2- CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO.....	31
4.3- CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO.....	32
5- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	35
6- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	37
6.1- FUNDAMENTAÇÕES DAS INTERVENÇÕES.....	37
6.2- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS.....	41
6.3- RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS.....	41
6.4- CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	42

6.5- ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	42
6.6- CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	43
6.7- COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO.....	43
7- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	44
7.1- AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	44
7.2- DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS.....	44
7.3- AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	45
8- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E MOBILIZADAS.....	47
CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE I – Guião de entrevista.....	64
APÊNDICE II – Consentimento informado livre esclarecido.....	68
APÊNDICE III – Grelha de apoio à codificação dos dados.....	72
APÊNDICE IV – Pedido de autorização à Comissão de Ética e Saúde da ARSA.....	80
APÊNDICE V – Manual do Cuidador “Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO”.....	83
APÊNDICE VI – Cronograma do projeto.....	140
APÊNDICE VII – Artigo científico.....	142
APÊNDICE VIII – Questionário pontos fortes e fracos.....	144
ANEXOS.....	147
ANEXO I – Parecer 10/2019/CE favorável da Comissão de Ética e Saúde da ARSA...	148

Índice de Figuras

Figura 1: NUTSIII.....	23
Figura 2: Alentejo Central.....	24
Figura 3: Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde.....	27

Índice de Quadros

Quadro 1: População do concelho por faixas etárias e género em 31-12-2017.....	24
Quadro 2: Identificação das necessidades/dificuldades do familiar cuidador.....	38
Quadro 3: Construção do Manual do Cuidador.....	40
Quadro 4: Orçamento do projeto.....	43
Quadro 5: Matriz de Análise SWOT – avaliação do projeto.....	46

INTRODUÇÃO

No final do século XX, as sociedades modernas depararam-se com um importante crescimento do número de pessoas dependentes. A dependência surge associada a doenças físicas e mentais devido ao ritmo desgastante de vida, mas, especialmente ao aumento da longevidade. Esta é determinada pela melhoria dos cuidados de saúde e das condições de vida das populações, contribuindo para tal a evolução científica e tecnológica. Se por um lado, a Medicina promoveu a esperança de vida, por outro lado, promoveu também o número de doenças crónicas, incapacitantes que se podem perpetuar, aumentando assim a quantidade de pessoas dependentes (Saraiva, 2011).

Segundo a atualização do Cenário Central das Projeções de População Residente 2015- 2080, elaborada em 2019, pelo Instituto Nacional de Estatística [INE], é de realçar o processo de envelhecimento demográfico, quer pela redução da proporção de jovens na população total, quer pelo aumento da proporção de população com 65 ou mais anos. O índice de envelhecimento poderá quase duplicar, passando de 159,4 para 291,0 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2019).

As determinantes individuais biológicas, genéticas e psicológicas influenciam a forma como se envelhece e o aparecimento de doenças ao longo da vida, com maior prevalência na pessoa idosa. O declínio das funções cognitivas associado ao envelhecimento está relacionado com fatores externos, sejam eles comportamentais, ambientais ou sociais. Tanto as determinantes como os fatores externos são responsáveis pelo aparecimento de doenças incapacitantes no idoso (Sequeira, 2010).

As políticas implementadas nas últimas décadas em Portugal, ao nível da saúde, visam corresponder às alterações demográficas e ao aparecimento de cada vez mais doenças crónicas, existindo uma notória preocupação com os cuidados às pessoas idosas, assim “emerge a necessidade manter os idosos no domicílio, a cargo de um familiar, que normalmente assume a responsabilidade de assegurar uma vida digna e o mais confortável possível”(Sousa, 2012:99).

O ato de cuidar é um forte constituinte das relações humanas, estando intimamente relacionado com o contexto familiar. Tal como defende (Cachada, 2017:33), “cuidar pressupõe uma relação entre duas pessoas, esta pode ser estabelecida de várias formas, com uma enorme variedade de sentimentos associados, sendo que cada adulto é um potencial cuidador”.

O cuidado informal muitas vezes é despoletado por uma doença na família, ocorre de forma repentina e sem preparação prévia. Assume este cuidado, o familiar, o cônjuge da mesma idade ou

um filho, maioritariamente do género feminino, tornando-se o prestador de cuidados a longo prazo (Alves, 2018).

O familiar cuidador presta todo o tipo de cuidados ao seu familiar, pelo que, deverá deter conhecimentos acerca da doença da pessoa cuidada, bem como adquirir novas competências para que se sinta capacitado para lidar com a doença do outro. A pessoa que cuida é única e tem as suas próprias potencialidades e necessidades, sendo necessário implementar ações que transmitam conhecimentos sobre como cuidar de si própria (Castro, L., Souza, D., Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R., & Teixeira, H. (2016).

Promover o empoderamento dos familiares cuidadores e intervir precocemente representa benefícios para os cuidadores e pessoas cuidadas, assim como para os sistemas sociais e de saúde, permitindo ganhos em saúde e redução de custos. A ausência de apoio e suporte torna os cuidadores mais vulneráveis com efeitos nefastos a nível individual, familiar, social e económico (Teixeira, et al., 2017).

Com base nos pressupostos referidos, surge o Relatório de Estágio, elaborado no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que pretende relatar o projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o estágio final, assim como, descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas nos momentos de estágio, que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade do Alentejo Central, entre 16 de setembro de 2019 e 28 de janeiro de 2020.

O projeto desenvolvido designado por “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente” está ancorado à metodologia de Planeamento em Saúde, e apresenta como **objetivo geral: promover a capacitação do familiar cuidador do idoso dependente, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**. Especificamente, pretende identificar as necessidades/dificuldades do familiar cuidador dos utentes integrados em ECCI e construir um manual do cuidador como suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador.

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em capítulos que se interligam e complementam. No primeiro capítulo faz-se um breve enquadramento conceptual sobre a temática, com uma abordagem ao envelhecimento/dependência e aos cuidados informais. Seguidamente, a análise do contexto onde consta uma descrição do contexto em que se desenvolveu o Estágio Final, com a caracterização dos recursos humanos e materiais.

O terceiro capítulo contempla a metodologia adotada, descrevendo os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de aplicação dos mesmos e análise de dados, assim como as considerações éticas. No quarto capítulo procedemos à análise da população/utentes,

nomeadamente a sua caracterização geral e os cuidados e necessidades específicas. No quinto capítulo apresentamos a análise reflexiva dos objetivos, seguida por uma análise reflexiva sobre as intervenções, sexto capítulo, onde consta a fundamentação das intervenções, uma reflexão sobre as estratégias acionadas, os recursos materiais e humanos envolvidos no projeto, os contactos e parcerias desenvolvidas, a análise orçamental, o cumprimento do cronograma e a comunicação e divulgação do projeto.

Posteriormente, no sétimo capítulo elaborámos uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, com a avaliação dos objetivos, a descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas e a avaliação da implementação do projeto.

Precedendo a conclusão, torna-se pertinente uma reflexão crítica sobre os momentos de estágio e as competências mobilizadas e adquiridas ao longo deste percurso. No final são apresentadas as principais conclusões do presente trabalho, as referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, da Norma da American Psychological Association [APA] – 6ª edição e as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2ª versão) do Instituto Politécnico de Portalegre.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

O envelhecimento apresenta-se como um dos acontecimentos mais marcante na sociedade, com implicações a vários níveis.

Segundo a atualização do Cenário Central das Projeções de População Residente 2015-2080, elaborada pelo INE e divulgada a 14 de junho de 2019: o processo de envelhecimento demográfico acentuar-se-á, devido à redução da proporção de jovens na população total e ao aumento da proporção de população com 65 ou mais anos; o índice de envelhecimento poderá quase duplicar, passando de 159,4 para 291,0 idosos por cada 100 jovens; a população mais idosa, com 65 ou mais anos de idade, irá aumentar de 2,2 milhões para 2,8 milhões de pessoas; a população com menos de 15 anos de idade diminuirá, entre 2018 e 2080, passando dos atuais 1,4 milhões para menos de 1 milhão em 2080; a população em idade ativa diminuirá, passando de 6,6 milhões em 2018 para 4,1 milhões em 2080; o índice de dependência de idosos poderá duplicar, passando de 33,9 para 67,8 idosos por 100 pessoas potencialmente ativas (INE, 2019).

O envelhecimento do ponto de vista demográfico só começou a ser estudado a partir dos anos 50 do século XX, como resultado do desenvolvimento científico, tecnológico e económico atingido por países europeus e norte-americanos. Foi uma dificuldade estabelecer e definir uma idade cronológica para a velhice. A Organização Mundial de Saúde [OMS] , em 1972, definiu-a como o período da vida durante o qual o enfraquecimento das funções mentais e físicas se faz sentir cada vez com mais intensidade do que em períodos anteriores da vida (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010).

É difícil delimitar uma data a partir da qual se possa considerar as pessoas como sendo “velhas” pois o envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da vida (Sequeira, 2010).

A Organização Mundial de Saúde fez uma tentativa de uniformizar critérios e convencionou que “(...) o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde” (Ricarte, 2011:27).

O conceito de envelhecimento tem sofrido múltiplas alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com a cultura, as crenças, as atitudes, os conhecimentos e as relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

O envelhecimento pode ser definido como a diminuição geral das capacidades, como uma fase de aumento de vulnerabilidade e de aumento de dependência no meio familiar. Numa visão mais positiva, o envelhecimento é encarado como fonte de sabedoria, bom senso e serenidade (Fechine & Trompieri, 2012).

Segundo Rosa (2012), o envelhecimento individual pode ser dividido em envelhecimento cronológico e biopsicológico. O cronológico é definido como o que resulta da idade, sendo universal, progressivo e obrigatório. É uma etapa do processo de desenvolvimento humano. Por sua vez, o envelhecimento biopsicológico pode ser visto como menos linear, sendo mais flexível em termos de idade, vivido por cada pessoa de forma diferente.

Relativamente ao conceito “biológico” de envelhecimento, este refere-se ao nível molecular, celular, tecidual e orgânico do indivíduo, “enquanto o conceito psíquico é a relação das dimensões cognitivas e psicoafectivas, interferindo na personalidade e afeto. Desta maneira falar de envelhecimento é abrir o leque de interpretações que se entrelaçam ao cotidiano e a perspectivas culturais diferentes” (Fechine & Trompieri, 2012:107).

Importa salientar que o envelhecimento, apesar de analisado de diversas perspectivas é um processo normal, gradual, irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo na vida do ser humano (Galado, 2018).

As determinantes individuais biológicas, genéticas e psicológicas influenciam a forma como se envelhece e o aparecimento de doenças ao longo da vida, com maior prevalência na pessoa idosa. Por outro lado, o declínio das funções cognitivas associado ao envelhecimento está relacionado com fatores externos (comportamentais, ambientais e sociais). Todos esses fatores são responsáveis pelo aparecimento de situações de doença e incapacidade do idoso (Sequeira, 2010).

As pessoas idosas têm maior probabilidade de apresentar vários problemas de saúde, designadamente o aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, contudo, o aumento da esperança média de vida pode por si só não implicar situações de dependência. É, porém, espectável e naturalmente aceite que o aumento da idade altere progressivamente a autonomia das pessoas idosas fazendo com que necessitem de ajuda de familiares, apoios sociais ou outros para a realização das atividades do dia a dia e até mesmo atividades no âmbito do autocuidado (Cabral, Ferreira, Silva, & Marques, 2013).

Como já foi referido, e com consenso na comunidade científica, com o aumento da longevidade existe maior probabilidade de surgirem condições que limitam a autonomia da pessoa idosa, originando situações de dependência.

Sequeira(2010:5), citando a recomendação nº 98 (9) relativa à dependência do Conselho de Europa, definiu dependência como “o estado em que se encontram as pessoas que, por perda de

autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das actividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais”. Na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a dependência:

“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 actividades da vida diária” (Decreto-Lei 101/2006:3857).

A dependência está relacionada com uma necessidade de outro para a realização de tarefas, sejam elas inerentes ao autocuidado, ou à necessidade de se relacionar com o meio, enquanto que a autonomia diz respeito à capacidade de gerir a sua vida, ou seja, tomar decisões sobre si (Sequeira, 2010).

Sempre existiram pessoas dependentes, a dependência não é um fenómeno novo, no entanto, na sociedade atual tornou-se um problema complexo com implicações a nível económico, social e político.

Na maioria dos casos, é a família a prestadora de cuidados ao idoso dependente, no entanto, com as múltiplas alterações sociais e as alterações na estrutura familiar, tem-se vindo a assistir ao condicionamento das possibilidades de apoio da família aos mesmos.

Na tentativa de dar resposta ao crescente envelhecimento da população e conseqüente aumento de pessoas idosas com dependência surgiram, nos últimos anos, alterações das políticas de saúde, especialmente ao nível do reforço dos serviços de apoio domiciliário e recentemente, a criação do Estatuto do Cuidador Informal.

1.2- CUIDADOR INFORMAL

Na sociedade atual, o aumento do envelhecimento populacional, bem como de doenças crónicas, degenerativas e progressivas tem vindo a impor desafios constantes às famílias e, conseqüentemente, aos cuidadores informais.

Uma pessoa que adquira algum grau de dependência, necessita de outra pessoa que se possa responsabilizar e assegurar a satisfação das suas necessidades humanas básicas (Pereira,2012). Surge assim a necessidade de cuidar.

O ato de cuidar é um ato primordial existente desde sempre, sendo um forte constituinte das relações humanas. O cuidar está intimamente relacionado com o contexto familiar, apesar das al-

terações que este viveu nas últimas décadas. Tal como defende Cachada, (2017:33), “cuidar pressupõe uma relação entre duas pessoas, esta pode ser estabelecida de várias formas, com uma enorme variedade de sentimentos associados, sendo que cada adulto é um potencial cuidador”.

Os cuidadores informais são pessoas que cuidam de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado, realizando-se este fora do âmbito profissional ou formal (Alves & Teixeira, 2016).

Em Portugal, só recentemente o cuidador informal viu o seu papel reconhecido. Aprovado pelo Parlamento, por unanimidade, a 5 de julho de 2019 e promulgado pelo Presidente da República a 6 de Agosto, apenas a 6 de Setembro do mesmo ano foi publicado o Estatuto do Cuidador Informal, anexo à Lei nº 100/2019. Ficaram assim regulados os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabeleceram-se as respetivas medidas de apoio.

O estatuto considera que existem 2 tipos de cuidadores informais, o principal e o não principal.

Cuidador informal principal:

“...o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” (Lei nº100/2019:9)

Cuidador informal não principal:

“...o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” (Lei nº100/2019:9)

Cerca de 80% dos cuidados em toda a União Europeia são prestados por cuidadores não profissionais que o fazem de forma não remunerada. O cuidador informal típico é do género feminino, familiar da pessoa cuidada, com idade compreendida entre os 45 e os 75 anos (Teixeira, et al., 2017).

Estima-se que o valor anual dos serviços prestados pelos cuidados dos familiares, apenas a pessoas idosos, ascenda a 375 biliões de dólares. A Associação Cuidadores Portugal, em 2016, estimou o valor do trabalho realizado pelos cuidadores informais em Portugal, tendo por referência o salário mínimo mensal, em aproximadamente 4 biliões de euros anuais (Teixeira, et al., 2017).

1.2.1- A valorização e a corresponsabilização do familiar cuidador

Decorrente das políticas implementadas nas últimas décadas em Portugal, ao nível da saúde, com vista a corresponder à alteração demográfica e ao aparecimento de cada vez mais doenças crónicas, “emerge a necessidade de manter os idosos no domicílio, a cargo de um familiar, que normalmente assume a responsabilidade de assegurar uma vida digna e o mais confortável possível” (Sousa 2012:99).

Segundo Alves (2018:30), “o cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, assumindo dessa forma o papel de cuidador informal”. O mesmo autor refere que o cuidador informal muitas vezes surge na sequência de uma doença no seio familiar, e que este papel é assumido, normalmente, por um cônjuge da mesma idade, maioritariamente do género feminino, sendo o seio familiar o prestador de cuidados a longo prazo.

Importa referir que os cuidadores informais:

“...são em grande parte dos casos membros da família e torna-se um conceito mais abrangente, na medida em que prevê que não deve existir apenas um único cuidador, mas sim uma família cuidadora, que se articula entre si, com o familiar com dependência e com os recursos da comunidade” (Pereira, 2012:25).

Existe um número crescente de idosos cada vez mais dependentes em que os familiares asseguram os cuidados básicos no seu dia-a-dia, sendo estes designados por familiares cuidadores. Na consulta da literatura confirmamos que a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada é maioritariamente filial e conjugal (Landeiro, et al,2015; Galado,2018; Pereira 2018).

Tal como defende Sousa (2012:99) “assumir o papel de cuidador informal de um idoso, geralmente decorre de forma inesperada e sem preparação prévia, reveste-se de particularidades e exigências...”. Segundo a mesma autora, “à falta de retaguarda crescem dificuldades para as quais os cuidadores não estão preparados física e psicologicamente” (Sousa, 2012:99).

De acordo com Castro, et al., (2016), o cuidador informal deverá possuir conhecimentos acerca da doença da pessoa cuidada, bem como adquirir novas competências para que se sinta capacitado para lidar com a doença do outro. A função de cuidador informal vai muito além da assistência, da prevenção e da vigilância de doenças. A pessoa que cuida é única e tem as suas próprias potencialidades e necessidades, sendo necessário implementar ações de formação que transmitam conhecimentos sobre como cuidar de si própria (Castro et al., 2016).

Martínez, Cardona & Gómez-Ortega (2016) concluíram no seu estudo que as maiores dificuldades relatadas pelos cuidadores são: a mobilização e transferência da pessoa cuidada, o uso adequado da mecânica do corpo, a gestão de oxigenioterapia, a gestão da comunicação e emoção, seguidas de outras necessidades como cuidados gerais, comunicação com pessoas surdas e cegas, cura, massagem e gestão da medicação.

Neves, Sequeira, Mar, Sousa e Ferre-Grau (2017), numa revisão integrativa da literatura constataram que as necessidades de informação de cuidadores podem ser agrupadas em três temas principais: conhecimento e habilidades, recursos potenciais e estratégias de enfrentamento e bem-estar.

Os familiares cuidadores de idosos dependentes estão expostos a mudanças na sua vida pessoal, familiar, profissional e social. Mudanças estas que têm efeitos negativos na sua saúde física e/ou mental (Fernandes et al, 2016, Castro et al, 2016, Martínez, & al,2016).

Apesar dos aspetos negativos que o cuidar de um idoso dependente acarreta, o familiar cuidador consegue nutrir sentimentos de solidariedade, amor e carinho por estar a cuidar de quem gosta (Castro et al., 2016).

1.2.2- Políticas e respostas existentes ao nível da prestação de cuidados

Em Portugal, tal como noutros países da Europa verificaram-se, nas últimas décadas, alterações demográficas resultantes do aumento da longevidade e da população idosa e da redução da natalidade e da população jovem, o que exerce um forte impacto na sociedade como um todo exigindo adaptações e respostas por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso do sistema de saúde e da segurança social (Landeiro, 2016).

Segundo o conceito de Envelhecimento Ativo proposto pela OMS em 2002, a melhoria da qualidade dos anos de vida ganhos com o aumento da longevidade, dependerá do empenho de cada um, sendo agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo, garantindo as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (Landeiro, 2016).

A promoção do envelhecimento ativo não se limita às condições de saúde, é fundamental observar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, entre outros. A comunidade e a família desempenham um papel fundamental na forma como se envelhece (Landeiro, 2016).

Decorrentes do progressivo envelhecimento da população, assim como do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, verificavam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos no final da década de 2000. Surgiam necessidades de saúde, assim como sociais que requeriam respostas novas e diversificadas que fossem ao encontro de

idosos com dependência funcional, de utentes com patologia crónica e de pessoas com doença incurável em estado avançado e/ou em fase terminal (Ferreira & Rodrigues, 2012). Surge assim a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] pelo Decreto de Lei nº 101/2006 de 6 de junho, um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho, da Solidariedade, da Segurança Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social (Administração Central do Sistema de Saúde, 2020).

A RNCCI tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (ACSS,2020).

Os cuidados continuados integrados são cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência que visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias:

- Unidades de internamento: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos;
- Unidades de ambulatório: unidade de dia e de promoção de autonomia;
- Equipas hospitalares: equipas de gestão de altas, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- Equipas domiciliárias: equipas de cuidados continuados integrados, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (SNS,2020).

A RNCCI no âmbito da saúde mental permitiu que a prestação de cuidados se estendesse a pessoas com problemas de saúde mental, respondendo a situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência decorrentes de doença mental grave (SNS,2020).

Verificámos que dentro da RNCCI a Unidade de Longa Duração e Manutenção [ULDM] e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados [ECCI] são as tipologias que mais resposta apresentam para as necessidades/dificuldades do familiar cuidador.

A ULDM destinada a pessoas com doenças ou processos crónicos, independentemente do grau de dependência, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou nouro tipo de unidade, dispõe de internamentos para descanso do cuidador, por um período máximo de 90 dias/ano (SNS,2020).

A ECCI destina-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados. Um dos critérios de referência para a ECCI são as necessidades de suporte e capacitação do cuidador informal (SNS,2020).

A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro aprova o Estatuto do Cuidador Informal, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio, tais como alterações ao Código dos Regimes Contributivos, instituir o Rendimento Social de Inserção, a criação de projetos piloto experimentais, entre outras.

O referido documento foi construído tendo como base a integração de várias propostas, de grupos formais criados pelo Governo (com elementos do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social), de iniciativas parlamentares e de grupos organizados de cidadãos.

Posteriormente foi publicada a Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro que regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do estatuto do cuidador informal. No entanto, o estatuto avançou apenas em 30 municípios escolhidos pelo Governo em abril do presente ano, mediante projetos piloto experimentais. A aplicação do estatuto nos restantes municípios está prevista para julho de 2020.

O Estatuto do Cuidador Informal define medidas de apoio ao cuidador, das quais destacamos o aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em relação aos cuidados a prestar à pessoa cuidada (Lei nº100/2019 de 6 de setembro).

Destacamos também a referência da pessoa cuidada para unidades de internamento, no âmbito RNCCI, devendo as instituições da RNCCI e da RNCCI de saúde mental assegurar a resposta adequada, permitindo o descanso do cuidador (Lei nº100/2019 de 6 de setembro).

2- ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1- CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A região Alentejo, em termos territoriais é a maior região de Portugal, compreende uma área total de 31 551 km² (Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2014). O Alentejo é demarcado a norte pela região Centro, a este pela Espanha, a oeste pelo Oceano Atlântico e pela região de Lisboa e a Sul pelo Algarve. Pode dizer-se que o Alentejo é formado por cinco NUTSIII [Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos], 58 municípios e 392 freguesias (figura 1).



Figura 1: NUTSIII

Fonte: (PORDATA, 2019)

Consultado em <https://www.pordata.pt/O+que+sao+NUTS>

Em 2017, a população total residente da região Alentejo era de 711.950, destes 390.563 eram mulheres contrastando com 366.739 homens (INE,2018).

Ao Alentejo Central é composto por 14 concelhos (figura 2), o que corresponde a uma área de 7.228 551 Km². Em 2017 apresentava uma população de 166.726 habitantes, sendo 80.261 do género masculino e 86.465 do género feminino.



Figura 2: Alentejo Central

Fonte: Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2014

O concelho de Alentejo Central onde decorreu o estágio apresenta uma área de 513,80 km², sendo constituído por 9 freguesias. A população residente é de 12 975 habitantes, sendo que predomina o género feminino, conforme os dados do quadro 1. O concelho apresenta uma densidade populacional de 25,3 habitantes/km² (INE, 2018).

População residente			
Faixa etária em anos	Nº de Pessoas residentes	Género Feminino	Género Masculino
0-14	1 414	755	659
15-24	1 147	580	567
25-64	6 589	3 235	3 354
+65	3 825	1 606	2 219
+75	2 416	977	1 439
Total H/M	12 975	6 176	6 799

Quadro 1: População do concelho por faixas etárias e género em 31-12-2017

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Anuário Estatístico do Alentejo 2017

É de realçar que no concelho em questão o índice de envelhecimento se situa nos 270,4 e o índice de dependência dos idosos nos 49,4. Há ainda a assinalar o aumento do índice de longevidade, cerca de 63,2 o que indica o aumento de esperança de vida, aspeto que acompanha a tendência nacional e internacional (INE, 2018).

No concelho as famílias clássicas têm vindo de um modo geral a sofrer alterações quanto ao número de indivíduos. O número de famílias com 1 ou 2 elementos tem vindo a aumentar consideravelmente, enquanto que o número de famílias, com mais elementos, tem vindo a

diminuir.

A evolução de famílias unipessoais com 65 ou mais anos, apresenta uma taxa de variação entre, 2001 e 2015, de 11,3% na Região Alentejo, 12,9% no Alentejo Central. De acordo com o Diagnóstico do Alentejo Central, houve um crescimento na maioria dos concelhos, de famílias unipessoais, a grande maioria constituídas por indivíduos do sexo feminino (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

2.2- CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde decorreu o estágio foi criada 2009, é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central e encontra-se sob a responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA). Apresenta como principal objetivo prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (CLASE, 2019).

A UCC fica sediada no mesmo edifício que os restantes serviços dos Cuidados de Saúde Primários [CSP]. O espaço físico é composto por sala de formação, casa de banho, vestiário, cinco gabinetes diferenciados (Saúde Escolar, Equipa de Coordenação Local [ECL], ECCI, Equipa Comunitária de Suporte Cuidados Paliativos [ECSCP] e enfermeira coordenadora), sala de convívio e secretaria.

Para deslocações exteriores a UCC dispõe de duas viaturas automóveis.

Funciona todos os dias do ano, nos dias úteis das 8h às 20h e nos fins de semana e feriados das 9h às 16h.

A UCC implementa atividades de acordo com a estratégia orientadora dos três eixos de intervenção das UCC, que são o Plano Nacional de Saúde Escolar, os Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Coordenação Local [ECL]) e a Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce).

A ECCI assegura a prestação de serviços domiciliários, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma do seu domicílio. A equipa, está integrada na RNCCI e tem resposta para 20 utentes do concelho (CLASE, 2019).

A Equipa ECL apresenta como principais funções a avaliação e gestão de utentes para ingresso nas diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e acompanhamento das Unidades e Equipas da Rede. A ECL tem como área de abrangência 3 concelhos do Alentejo Central (CLASE, 2019).

A UCC é formada por uma equipa multidisciplinar, integrada por sete enfermeiras e uma administrativa. Dispõe a tempo parcial de fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, bem como, médico de Medicina Geral e Familiar. A equipa multiprofissional participa em Projetos de Intervenção Comunitária, assegurando o atelier de saúde, na Academia Sénior do município, projeto de Envelhecimento Ativo, Prevenção de Quedas e na comemoração de efemérides.

3- METODOLOGIA

O projeto apresentado ao longo deste relatório está ancorado à Metodologia do Planeamento em Saúde.

Segundo Imperatori & Giraldes (1982:6), “o planeamento da saúde é um instrumento de otimização dos sempre escassos recursos, seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado, com vista a atingir os objetivos fixados, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”.

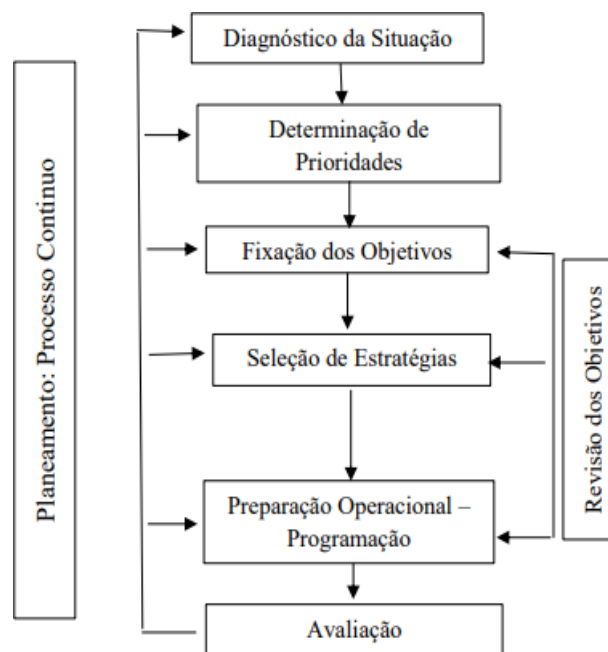


Figura 3: Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde

Fonte: Imperatori & Giraldes, Metodologia do Planeamento da Saúde, 1982

Conforme nos mostra a figura 3, Imperatori & Giraldes (1982) identifica seis etapas do processo de planeamento: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. Podemos observar que é um processo contínuo e dinâmico, onde não podemos considerar uma etapa do planeamento como totalmente concluída, pois, na fase seguinte, é possível voltar à etapa anterior e recolher informações pertinentes que levem a repensar a mesma.

3.1- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados é o meio através do qual se mede determinado fenómeno ou se colhem dados numa investigação sendo a escolha deste determinado pela natureza do problema de investigação (Appolinário, 2004).

Antes de iniciar o estudo o investigador deve conhecer os vários instrumentos de colheita de dados, bem como vantagens e desvantagens de cada um, de modo a escolher o instrumento que melhor se adapta à natureza do problema de investigação e ao objetivo do estudo.

A **entrevista** foi o instrumento sobre o qual recaiu a nossa opção, uma vez que é o método de eleição para colheita de dados na investigação qualitativa, preferencialmente utilizada nos estudos exploratórios descritivos, sendo “um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um investigador que recolhe dados e um respondente que fornece as informações” (Fortin, 2009:375).

Ao utilizar a entrevista o investigador pretende “examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; servir como principal instrumento de medida e servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados” (Fortin, 2009:375).

Optou-se pela entrevista semiestruturada. Para tal elaborou-se um guião (Apêndice I) com base nas questões de investigação, nos objetivos do estudo e na literatura consultada.

A “entrevista semidirigida consiste numa interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo” Gauthier (2003:282).

A entrevista semiestruturada é dirigida por tópicos ou questões sobre as quais a mesma será conduzida, criando-se uma estrutura. São feitas determinadas perguntas, mas os entrevistados têm liberdade de falarem sobre o assunto e de exprimirem as suas opiniões. O entrevistador não necessita colocar as perguntas na ordem em que as anotou e sob a formulação prevista (Bell & Pais,1997).

Para avaliar o projeto e as potenciais interferências que nele podem surgir, utilizámos um **questionário de pontos fortes e fracos** o qual foi aplicado à equipa de saúde da UCC.

O objetivo do questionário de pontos fortes e fracos do projeto foi identificar os aspetos mais relevantes deste e designá-los como ponto forte ou fraco, interno ou externo ao mesmo.

Os dados do questionário foram convertidos numa matriz *SWOT* e procedeu-se à sua análise. Escolhemos a utilização da análise *SWOT* pois esta permite-nos “obter informação precisa, concreta e sistematizada” (Caldeira,2015:198).

Os acrónimos *SWOT*, significam S (strengths), pontos fortes; W (weaknesses), pontos fracos; O (opportunities), oportunidades; e T (threats), ameaças. Ao aplicar a análise *SWOT* avaliámos os pontos fortes e fracos do ambiente interno do projeto, sendo considerados os fatores sobre os quais é possível exercer controle. Avaliámos também as ameaças e oportunidades que fazem parte do ambiente externo ao projeto, sobre as quais não é possível exercer controle (Caldeira,2015).

3.2- PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a aplicação das entrevistas, procedeu-se à seleção aleatória dos entrevistados.

Posteriormente, o elo de ligação do estudo, neste caso a Enfermeira Supervisora, iniciou o contato telefónico com os familiares cuidadores selecionados, tendo sido explicado a cada um:

- O interesse da investigadora em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo;
- Dos direitos que lhe pertencem para livremente aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorresse qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito;
- De que será, enquanto “Elo de ligação”, o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa.

Neste contacto telefónico a investigadora apresentou-se, assim como o estudo, os objetivos do mesmo e a razão da realização da entrevista. Marcou ainda a primeira visita ao domicílio do familiar cuidador para entregar o consentimento informado livre esclarecido e marcar nova visita para realizar a entrevista, de acordo com a disponibilidade do mesmo.

Na segunda visita ao domicílio do familiar cuidador a investigadora recolheu o consentimento informado livre esclarecido e procedeu à entrevista. Cada entrevista teve a duração aproximada de 30 minutos tendo sido estabelecida uma relação empática com cada familiar cuidador, para que estes pudessem expressar livremente as suas vivências e sentimentos em relação ao cuidar do idoso dependente no domicílio. Foram realizadas um total de 6 entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em registo áudio que posteriormente foi transcrito na íntegra para suporte informático. Cada uma foi codificada com um número de forma a preservar o anonimato do familiar cuidador.

Para a análise de conteúdo realizada ao corpus formado, orientado por uma estratégia de categorização fundamentalmente indutiva, em que após a identificação e delimitação das unidades de registo, estas são organizadas em subcategorias e posteriormente em categorias que descrevem o campo semântico das unidades (Bardin, 2006).

3.3- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na realização de um trabalho científico devem ser respeitados os princípios éticos devendo ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais (Declaração de Helsínquia, 2013).

De acordo com Fortin (2009) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

Assim, uma vez que os participantes do estudo são familiares que cuidam do idoso dependente no domicílio e, salvaguardando os seus direitos e possíveis danos, o estudo foi primeiramente submetido à autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARSA, tendo recebido o Parecer10/2019/CE favorável (Anexo I).

Em Portugal, o dever de informar é objeto de regulação nos regimes deontológicos dos diferentes profissionais de saúde. Segundo a norma n.º 015/2013, emanada pela Direção-Geral da Saúde [DGS], independentemente de exercerem em instituição pública ou privada e do vínculo contratual a que se obrigam, os profissionais de saúde devem procurar o consentimento informado da pessoa que a eles recorre, respeitando o “princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos” (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Redigimos um formulário de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice II), documento em duplicado, sendo uma das cópias entregue aos familiares cuidadores que fizeram parte da investigação, tendo-se previamente apresentado o projeto e esclarecido as dúvidas relativas ao mesmo. Foi reforçada a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados.

Solicitámos autorização para gravar em registo áudio as entrevistas com a respetiva garantia de anonimato. A confidencialidade prevaleceu no tratamento dos dados sendo atribuída a cada entrevista um código.

Todos os participantes assinaram o consentimento informal com a garantia de que a qualquer momento podiam pedir exclusão do projeto.

Foram assim cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

4- ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Para a realização de um trabalho de investigação é necessário definir quais os participantes na mesma, ou seja, a população. Segundo Gauthier (2003), a população é o conjunto de elementos sobre os quais incide a análise.

Para Fortin (1999:202), população é “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”, sendo a população alvo, “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

4.1- RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

O instrumento de colheita de dados, entrevista semiestruturada, foi aplicada a 6 familiares cuidadores de idosos dependentes, utentes da ECCI, com alta no ano de 2018.

Constituímos uma amostra aleatória simples. Os processos dos utentes com alta no ano 2018 foram numerados, começando no número 1.

Foi critério de inclusão o utente da ECCI apresentar idade ≥ 65 anos e ser cuidado por um familiar.

Segundo Polit e Hungler (1995) na investigação qualitativa obtêm-se elevadas quantidades de dados narrativos, tornando-se impossível para o investigador a utilização de amostras grandes e representativas para obter os dados, pelo que o número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10). O número de participantes é estabelecido em função da saturação dos dados, ou seja, quando os dados já não acrescentam novas informações (Fortin,2009).

4.2- CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

A amostra foi constituída por 6 familiares cuidadores de idosos dependentes, todos do género feminino, com idades compreendidas entre os 40 e os 81 anos, com uma média de idades de 68,6 anos (Apêndice III).

Quando se questionou há quanto tempo cuida do idoso dependente, os cuidadores indicaram entre seis meses e 10 anos.

“A cuidar dele acamado estou há 3 anos, mas há já 2 anos que lhe dava banho, vestir E1; “6 anos” E2; “6 anos” E3; “6 meses” E4; “4 anos” E5; “10 anos” E6.

Os cuidados de higiene, vestuário e mobilização, higiene da casa e da roupa, preparação e administração de medicamentos e cuidados com a alimentação foram os cuidados referidos pelos familiares quando questionados acerca dos cuidados que prestam ao idoso.

“Dou comer, (...) lavo roupa, faço comida, dou os medicamentos, (...) preparo os medicamentos numa caixinha, (...).” E1

“Fazia-lhe tudo, dava-lhe comida à boca, já mais tarde não conseguia sozinha (...) ajudar-me a dar o banho. Mas eu continuava a levá-lo todos os dias (...dava conta (...) dos medicamentos, da tensão, dos diabetes)” E2

“Fazia de tudo, dava-lhe o banho com a ajuda dele, preparava-lhe o comer (...).” E3

“Tomar banho, era o principal (...) tratava da lida da casa (...).” E4

“(...) faço-lhe tudo (...) refeições, mudar a fralda, dar a medicação, higiene aos fins de semana.” E5

4.3- CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO

Em seguida serão apresentadas as principais categorias e subcategorias que emergiram dos discursos analisados, o que nos permitiu conhecer as necessidades/dificuldades dos familiares cuidadores que constituíram a amostra (Apêndice III).

Através da categoria **consequências de ser familiar cuidador** foram observadas afirmações ao nível das seguintes subcategorias: perda laboral (desemprego), sentir-se aprisionada, diminuição de recursos económicos e falta de tempo para conviver.

“...eu ia até ao café com 4 amigas que eu tinha, isso acabou.” (E1)

” ... trabalhava tive de me desempregar...” (E2)

“...financeiro, tive de deixar de trabalhar... não tenho a mesma disponibilidade para conviver” (E5)

Quando questionados acerca do que mudou de forma negativa na sua vida desde que prestam cuidados ao familiar, surge a categoria **impacto negativo**. Nesta categoria foram observadas referências que foram divididas nas seguintes subcategorias: sentimentos de tristeza, falta de conviver, menos liberdade para sair e financeiro. Menos liberdade para sair é referido por 3 familiares cuidadores:

“...quando vou a ver alguma coisa, vou sempre a correr ...” (E1); “Tinha menos liberdade para sair ...” (E4); “Não podemos sair para lado nenhum ...” (E6).

Na tentativa de perceber se os familiares cuidadores recebem apoios/ajudas, quais são os apoios e qual a importância dos mesmos, da análise dos resultados emergiram as categorias **apoios/ajudas** e a categoria **importância dos apoios/ajudas**.

Os participantes deste estudo demonstram possuir apoio da família, dos vizinhos, apoio formal (instituições e outros) e apoio da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, como referem: “*Sim.do lar ... uma senhora aos sábados...vem o meu filho levantá-lo e deitá-lo...peço à vizinha para dar uma olhadela...*” (E1); “*Sim...a genra...e o filho... as Enfermeiras (UCC)...*” (E3).

A categoria **importância dos apoios/ajudas** foi dividida em subcategorias: apoio moral, apoio físico, orientação e alívio. Salienta-se que o apoio moral é o que mais surge nas narrativas: “*Tudo muito importante...eu às tantas estava desorientada... elas (enfermeiras) vinham cá orientavam o oxigénio...*” (E2); “*Foi sim, foi muito, muito...os filhos também me ajudavam*” (E4); “*Sim, ajudou a ele e a mim...ele tava aquele bocadinho com elas (UCC), ...e eu ficava um cadinho mais aliviada*” (E6).

Da narrativa dos participantes emergiu ainda a categoria **dificuldades sentidas** onde foi possível identificar 7 subcategorias: prestar cuidados de higiene e vestuário, mobilização, cuidados à pele, aceitar a doença, lidar com a situação, adaptação à doença e falta de tempo.

Constata-se que aceitar a doença, adaptação à mesma e lidar com a situação de doença do seu familiar são referidos pela maior parte dos cuidadores:

“*Foi em lidar com isto...*” (E2)

“*...quando as enfermeiras chegavam e que não estava a colaborar bem a ferida, eu pra mim sentia tudo mal...*” E3

“*A adaptação à doença dele...*” (E4)

“*...lidar com isto tudo...*” (E5)

Para tentar perceber o que podia ajudar a minorar os problemas sentidos pelos familiares cuidadores, após a análise dos resultados emergiu a categoria **apoios para minorar os problemas sentidos**. Nesta categoria foram observadas referências que foram divididas nas seguintes subcategorias: centro de dia, alguém para fazer companhia, apoio da equipa da UCC.

“*Pedia para vir cá a fisioterapia, ...só a visita das enfermeiras anima-o... ir para o centro de dia aqui na terra...podia ajudar*” (E1)

“*... haver voluntários para vir passar tempo com a pessoa... seria bom, mesmo para a pessoa distrair e ouvir outras conversas*” (E5)

“*...centro de dia era bom para ele ter mais convívio...*” (E6)

Importa referir que os familiares cuidadores que relatam a necessidade de estruturas de apoio formal, neste caso, centro de dia, residem em aldeias periféricas à capital do concelho onde a referida estrutura não existe. Noutro relato o centro de dia existe, mas não dispõe de meios de transporte para utentes com mobilidade reduzida.

No que se refere à categoria **necessidades de formação**, constatou-se que 3 cuidadores referiram necessidade de formação. Estas surgem ao nível da higiene, dos cuidados à pele e da gestão do tempo.

“A coisa que mais me atrapalhava eram as manchas na pele que apareciam ou aquelas coisinhas nas unhas...” E2

“... ajudar a dar o banho ali na banheira...era capaz de ter sido melhor alguém explicar-me” (E4)

“...ajudar a lidar com a falta de tempo... isso era importante” (E5)

Após a análise dos resultados verificámos que as principais dificuldades do familiar cuidador prendem-se com a aceitação e adaptação à doença do familiar, a forma como lidam com a doença do mesmo e a falta de tempo. Referiram também dificuldades na prestação de cuidados de higiene e mobilização.

As necessidades expressas são maioritariamente de apoio formal, no sentido da inexistência de estruturas de centro de dia. Por outro lado, relatam necessidades de formação ao nível da higiene, dos cuidados à pele e da gestão do tempo.

5- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Após a elaboração do diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião entre a mestranda, a enfermeira supervisora clínica e a equipa de saúde da ECCI no sentido de apresentar e discutir os resultados obtidos, assim como definir as prioridades do projeto.

Os critérios para definir as prioridades devem contemplar a relação entre o problema, o fator de risco, a gravidade do problema, a pertinência, os recursos, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1982). Deste modo, neste projeto foram delineadas intervenções para as dificuldades/necessidades identificadas, nomeadamente, para as necessidades de formação, no sentido de capacitar o familiar cuidador para cuidar de si e do idoso dependente.

Segundo a metodologia do planeamento, depois de realizado o diagnóstico de situação e hierarquizadas as prioridades é necessário definir os objetivos. Para Imperatori e Giraldes, 1982:43) afixação dos objetivos “é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

Os objetivos deverão ser pertinentes, concretos, exequíveis e mensuráveis, de forma a possibilitar uma correta avaliação dos mesmos (Tavares,1990).

Após a realização do diagnóstico de situação, identificadas as necessidades e definidas as prioridades, foi definido como **objetivo geral**:

- ✓ Promover a capacitação do familiar cuidador do idoso dependente, em contexto de ECCI, até dezembro de 2020.

Com o aumento do índice de envelhecimento e, por sua vez, do grau de dependência dos idosos, tem surgido cada vez mais a preocupação com os cuidados às pessoas desta faixa etária. Na maioria dos casos, estes cuidados são prestados pela família. O cuidador familiar/informal muitas vezes é despoletado por uma doença na família, sendo este papel assumido, normalmente, por um cônjuge da mesma idade, maioritariamente do género feminino, tornando-se o prestador de cuidados a longo prazo (Alves,2018).

Cada vez mais as redes informais de apoio, onde a família se destaca, assumem um papel crucial nos cuidados ao idoso dependente, revelando-se um enorme desafio para os profissionais de saúde desenvolver estratégias de intervenção para dar resposta às necessidades específicas do familiar cuidador e do idoso. É imprescindível a capacitação do primeiro, de modo a obter as

competências necessárias para cuidar de si e do outro.

Assim, delinearam-se como **objetivos específicos**:

- ✓ Identificar as necessidades/dificuldades do familiar cuidador dos utentes integrados em ECCI;

São vários os estudos, a nível nacional e internacional, que identificam as necessidades/dificuldades dos familiares cuidadores, no entanto, no Alentejo não existiam dados acerca desta temática. No sentido de elaborar o presente projeto de intervenção comunitária foi necessário recolher dados junto dos familiares cuidadores do concelho alentejano onde o projeto vai ser implementado.

- ✓ Construir um manual do cuidador como suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador.

Em 1986 na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, foi realçada a importância dos profissionais de saúde na capacitação das pessoas para aprenderem ao longo de toda a vida, favorecendo e privilegiando a educação para saúde (DGS,2016).

Promover o empowerment dos cuidadores informais e intervir precocemente representa benefícios para os cuidadores e pessoas cuidadas, assim como para os sistemas sociais e de saúde ao nível da redução de custos. A ausência de apoio e suporte torna os cuidadores mais vulneráveis com efeitos nefastos a nível individual, familiar, social e económico (Teixeira, et al., 2017).

Salientamos o papel que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública devem ter no processo de capacitação de grupos, neste caso, atuando junto dos cuidadores familiares/informais diretamente e desenvolvendo intervenções direcionadas para a promoção da saúde e prevenção da doença.

6- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

6.1- FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a primeira fase do planeamento operacional é a elaboração do projeto e contém o estudo pormenorizado das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas. O “projecto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico” (Imperatori e Giraldes, 1982:86).

Na preparação operacional do projeto é necessário definir as atividades a implementar de modo a alcançar os objetivos traçados.

“cada actividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da actividade; se possível: o objectivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da actividade.” (Tavares 1990:169)

De forma a atingir os objetivos do presente projeto foi considerado como fio condutor o Modelo de Promoção da Saúde *Precede- Proceed*. A estrutura do modelo foi desenvolvida em 1970 por Green e Kreuter, tendo evoluído como modelo de planeamento de programas de promoção da saúde. Em 1980 foi desenvolvida a estrutura do modelo *Proceed* (Pedroso & Brito, 2014).

O Modelo de Promoção da Saúde *Precede- Proceed* planeia uma sequência de atuações que simplificam o desenho e implementação de medidas de apoio/corretivas, de modo a promover a saúde e o bem-estar, assim como, prevenir a doença/problema (Pedroso & Brito, 2014). Este modelo é constituído por duas fases: a primeira - *Precede* - consiste na realização do diagnóstico de situação de um grupo previamente identificado; a segunda etapa - *Proceed* - consiste na implementação de estratégias de promoção de saúde envolvendo os profissionais de saúde. Na segunda fase ocorre também a avaliação das estratégias de intervenção, tornando-se crucial uma planificação eficaz, um financiamento útil, organização, formação e supervisão dos recursos humanos (Pedroso & Brito, 2014).

A Carta de Ottawa que emergiu da 1ª Conferência Internacional para a promoção da saúde que decorreu em 1986, define promoção da saúde como:

“O processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo, ou grupo, devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, bem como satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. (DGS, 2016:1).

O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020 defende “a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (DGS, 2015:14)

Na promoção da saúde, a capacitação exprime a atuação em parceria com as pessoas/grupos, de modo a alcançar o seu empoderamento para a saúde. Para tal é necessário mobilizar recursos humanos e materiais, conceder o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais, assim como a participação em políticas públicas que afetam a saúde, no sentido de promover e defender a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Delimitadas as estratégias, é necessário especificar pormenorizadamente as atividades a realizar, de modo a determinar como é que cada uma dessas atividades deve ser realizada, os recursos necessários para tal e a calendarização detalhada, tendo em vista os resultados que se pretende obter com o projeto (Imperatori & Giraldes, 1982).

No presente relatório escolhemos apresentar a fundamentação das intervenções desenvolvidas correspondente a cada um dos objetivos específicos traçados, não esquecendo que foi a combinação de todas as intervenções que contribuíram para a concretização do objetivo geral.

- Para dar resposta ao objetivo “*Identificar as necessidades/dificuldades do familiar cuidador dos utentes integrados em ECCI*”, a realização das entrevistas aos familiares cuidadores foi fundamental, assim como a análise de conteúdo das mesmas. Inicialmente procedemos ao envio do pedido de autorização para realizar o estudo à Comissão de Ética e Saúde da ARSA (Apêndice IV) e após parecer favorável à realização do projeto (Anexo I), procedemos de acordo com o explanado no ponto 3.2.

O quadro 2 esquematiza o referido anteriormente.

OBJETIVO	ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	AValiação DA ATIVIDADE
Identificar necessidades/dificuldades do familiar cuidador dos utentes integrados em ECCI	Realização das entrevistas aos familiares cuidadores	Mestranda Enfermeiro supervisor (elo de ligação)	De 20 a 28 de junho de 2019	Domicílio dos familiares cuidadores	Entrevista	Realização efetiva da atividade

Quadro 2: Identificação das necessidades/dificuldades do familiar cuidador

Fonte: Elaboração própria

- Para alcançar o objetivo “*Construir um manual do cuidador como suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador*”, procedemos às seguintes atividades:

- Apresentação do diagnóstico de situação à equipa de saúde da UCC

Envolver a equipa de saúde da UCC foi crucial para implementar e desenvolver o projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente”. Deste modo, no dia 1 de outubro de 2019, foi realizada uma sessão onde foram apresentados os resultados obtidos no diagnóstico de situação, tendo sido discutido com a equipa a priorização de necessidades, os objetivos, assim como as estratégias e intervenções delineadas.

- Elaboração do Manual do Cuidador “Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO” (Apêndice V)

A elaboração do manual decorreu entre outubro de 2019 e janeiro de 2020. Foi realizada pesquisa e consulta de manuais de apoio ao cuidador informal já existentes, no sentido de investigar o que foi feito para uma problemática semelhante, por forma a criar um manual inovador. O referido manual pretende dar sugestões, orientações e esclarecimentos, de uma forma simples, acerca dos cuidados que o cuidador deve ter consigo próprio, assim como, dos cuidados que presta à pessoa dependente. Pretende também estimular o envolvimento entre o cuidador, a pessoa cuidada, a equipa de saúde e a comunidade, com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida de ambos.

- Reuniões periódicas com a equipa de saúde para discussão e reflexão sobre a elaboração do manual do cuidador

Foram realizadas reuniões periódicas no sentido de promover a colaboração e o envolvimento da equipa no projeto.

Compareceram cerca de 95% dos elementos da equipa de saúde das UCC nas reuniões, mostrando-se motivados e bastante participativos na discussão e reflexão sobre o processo de construção do manual.

- Reuniões com a ilustradora, autora dos desenhos do manual do cuidador e com a designer gráfica, responsável pelo trabalho gráfico e pela paginação do mesmo

No decurso das reuniões realizadas com a designer gráfica e com a ilustradora foi notório a sua dedicação e empenho neste projeto.

▪ Disponibilização do Manual do Cuidador aos familiares cuidadores

Após as devidas diligências junto do ACES do Alentejo Central, o Manual do Cuidador “**Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO**” será entregue aos familiares cuidadores dos utentes da ECCI. Esta atividade será desenvolvida pelas enfermeiras da ECCI a partir de julho de 2020 e decorrerá por um período de 6 meses.

Por forma a esquematizar o referido anteriormente, elaborámos o quadro 2 onde se enumeram as atividades definidas para o objetivo específico, os parâmetros: quem, quando, onde e como, assim como a avaliação.

OBJETIVO	ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE
Construir um manual do cuidador como suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador	Apresentação do diagnóstico de situação à equipa de saúde da UCC	Mestranda Equipa de saúde UCC	1 de outubro de 2019	Sala de reuniões da UCC	Método ativo/participativo	(nº participantes/ nº elementos da equipa da UCC) x100
	Elaboração do Manual do Cuidador “ Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO ”	Mestranda; Professora Orientadora; Enfermeira supervisora; Ilustradora; Design gráfica Colaboração: equipa de saúde da UCC	De outubro de 2019 a janeiro de 2020	Instalações da UCC	Método ativo/reuniões	Manual do Cuidador “ Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO ”
	Reuniões com a equipa de saúde da UCC	Mestranda; Equipa de saúde da UCC	De outubro de 2019 a janeiro de 2020	Instalações da UCC	Método ativo/participativo	(nº participantes/ nº elementos da equipa da UCC) x100
	Reuniões com a ilustradora e com a designer gráfica	Mestranda; Ilustradora; Designer gráfica	De dezembro de 2019 a janeiro de 2020	Domicílio da mestranda	Método ativo/participativo	Manual do Cuidador “ Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO ”
	Disponibilização do Manual aos familiares cuidadores	Enfermeiras da ECCI	De junho a dezembro de 2020	Domicílio dos cuidadores	Método ativo	Realização efetiva da atividade

Quadro 3: Construção do Manual do Cuidador

Fonte: Elaboração própria

6.2 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

A seleção de estratégias é a etapa do planeamento em saúde que possibilita delinear qual o processo mais apropriado para responder aos diagnósticos de enfermagem identificados como prioritários, e assim atingir os objetivos estabelecidos. Segundo Imperatori & Giraldes (1982:65), estratégia de saúde é “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

Nesta etapa do planeamento em saúde, quanto maior for o conhecimento sobre a problemática abordada, maior será a probabilidade de analisar o problema sobre várias perspetivas e propor novas formas de abordar o mesmo. Importa também conhecer estratégias utilizadas em projetos semelhantes, no sentido de identificar os principais obstáculos e a sua origem, permitindo construir estratégias alternativas (Tavares,1990).

Após identificados os problemas prioritários a intervir, definidos os objetivos e metas a atingir, foram delineadas as estratégias mais adequadas. Assim, para dar resposta ao objetivo geral traçado foram definidas como estratégias:

- ✓ Seguir o Modelo de Promoção da Saúde *Precede-Proceed* de Green e Kreuter;
- ✓ O envolvimento de todos os elementos da equipa de saúde da UCC;
- ✓ Criação de parcerias que permitam o enriquecimento do projeto.

O envolvimento de todos os elementos da equipa de saúde da UCC, assim como a criação de parcerias (descritas no ponto 6.4.) são essenciais para o sucesso, continuidade e sustentabilidade do projeto.

6.3- RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Na metodologia de planeamento em saúde é essencial definir os recursos humanos, materiais e financeiros, bem como delimitar as necessidades de recursos ao longo do tempo, pois deles depende a viabilidade da execução do projeto planeado (Imperatori & Giraldes, 1982).

Os recursos planeados devem ser otimizados e apropriados às necessidades do projeto, pois só assim é possível garantir o sucesso das intervenções, bem como a sua continuidade (Tavares,1990).

Na operacionalização do projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente” foram necessários vários recursos, de salientar os recursos humanos, pois sem o envolvimento e empenho destes a execução do projeto seria posta em causa.

- Recursos humanos:

- ❖ Professora Doutora Ermelinda Caldeira, orientadora pedagógica do projeto;
- ❖ Enfermeiras supervisoras clínicas;
- ❖ Mestranda;
- ❖ Equipa de saúde da UCC;
- ❖ Familiares cuidadores que aceitaram participar no estudo;
- ❖ Designer gráfica;
- ❖ Ilustradora.

- Recursos materiais:

- ❖ Computador, impressora e projetor;
- ❖ Material consumível (folhas A4, fotocópias, tinteiro de impressora, etc.).
- ❖ Viatura automóvel.

- Recursos físicos:

- ❖ Domicílio dos familiares cuidadores;
- ❖ Instalações da UCC.

6.4- CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

É necessário conhecer os recursos disponíveis na comunidade com vista à criação de parcerias que permitam envolver o maior número de atores, de modo a alcançar o sucesso do projeto. Para tal e no decorrer deste projeto foram realizados contatos com a designer gráfica, a ilustradora e a tipografia com o intuito de elaborar o Manual do Cuidador “**Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO**”.

6.5- ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Todos os projetos têm custos próprios, sendo necessário realizar uma análise orçamental para a previsão dos recursos financeiros.

O projeto “Capacitar o familiar cuidador do idoso dependente”, tem um orçamento previsto de 2.670,00€ (quadro 4), sendo os gastos maioritariamente com materiais consumíveis, horas de trabalho dos profissionais envolvidos e custos referentes às deslocações.

RECURSO	ESPECIFICAÇÃO	CUSTO
Material Consumível	Computador	Recurso da UCC
	Projetor	Recurso da UCC
	Gravador de voz	Recurso da mestrande
	Folhas A4	50,00€
	Fotocópias	30,00€
	Impressão do manual	60,00€
Custos Gerais	Eletricidade, internet	200,00€
Recursos Humanos	Enfermeiro	2.000,00€
	Designer gráfica	180,00€
	Ilustradora	50,00€
Combustível	Deslocações (carro próprio)	100,00€
	TOTAL	2.670,00€

Quadro 4: Orçamento do projeto

Fonte: Elaboração própria

6.6- CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma é uma representação gráfica que identifica o tempo e as atividades que integram o projeto. Constitui-se uma ferramenta fundamental no planeamento e organização das atividades, ditando quando cada uma é iniciada e terminada seguindo uma sequência (Imperatori & Giraldes, 1982).

Assim sendo, definimos um cronograma para o projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente”, que foi cumprido (Apêndice VI).

6.7- COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A comunicação e divulgação de um projeto é fundamental para o sucesso do mesmo. Por forma a divulgar o resultado do diagnóstico de situação, onde foram identificadas as dificuldades/necessidades dos familiares cuidadores de idosos dependentes, utentes da ECCI de um concelho do Alentejo Central elaborámos um artigo científico (Apêndice VII). Com este artigo pretendemos que a investigação seja de domínio público, permitindo a transferência de conhecimento para os profissionais de saúde que abordam esta temática diariamente.

7- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é uma importante etapa do processo contínuo e dinâmico do planeamento em saúde. Segundo (Imperatori & Giraldes, 1982:127), “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir”. Considerada a última fase do Planeamento em Saúde, a avaliação deve ser precisa e pertinente, pois só assim é possível determinar o sucesso ou o insucesso do planeamento (Imperatori & Giraldes, 1982).

Na avaliação do projeto é fundamental realizar o controle da execução das intervenções desenvolvidas, de modo a comparar com o diagnóstico de situação e com os objetivos definidos inicialmente. Transversal a todo o processo do planeamento, a avaliação poderá conduzir a um novo diagnóstico, assim como à reformulação dos objetivos definidos (Imperatori & Giraldes, 1982); (Tavares,1990).

7.1- AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A implementação do projeto exigiu momentos de reflexão acerca do planeamento e desenvolvimento do mesmo, no sentido de concretizar os objetivos delineados.

O projeto tem como objetivo geral promover a capacitação do familiar cuidador do idoso dependente, em contexto de ECCL.

No decorrer da implementação do projeto, o objetivo específico “*Identificar as necessidades/dificuldades do familiar cuidador dos utentes integrados em ECCL*”, foi concretizado através da realização das entrevistas aos familiares cuidadores e posterior análise das mesmas, o que correspondeu ao diagnóstico de situação.

Relativamente ao objetivo específico “*Construir um manual do cuidador como suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador*” este foi alcançado em janeiro de 2020, no término do Estágio Final. Com o envolvimento e empenho de todos os intervenientes surge o Manual do Cuidador, “**Ao Cuidar de MIM, Cuido do Outro**” (Apêndice IV).

7.2- DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

O processo de avaliação ocorreu ao longo de todo o projeto, mediante um acompanhamento metódico e ativo das ações desenvolvidas nas diversas fases de implementação do mesmo.

Nas várias reuniões com a equipa de saúde da UCC, o projeto foi constantemente avaliado e foram introduzidas as medidas corretivas necessárias à execução dos objetivos estabelecidos.

As reuniões com os atores envolvidos no projeto foram pautadas por momentos de discussão e reflexão, no sentido de construir um manual adequado às necessidades/dificuldades do cuidador.

7.3- AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Para avaliar o projeto e as potenciais interferências que nele podem surgir, utilizámos um questionário de pontos fortes e fracos o qual foi aplicado à equipa de saúde da UCC (Apêndice VIII). Os questionários permitiram avaliar as dinâmicas internas (forças e fraquezas), as dinâmicas externas (oportunidades e ameaças) do projeto “Capacitação do familiar Cuidador do Idoso dependente”, assim como a apresentação de sugestões de melhoria ao projeto. Foram entregues 10 questionários, tendo sido devolvidos 7 devidamente preenchidos, obtendo-se, uma taxa de resposta de 70%.

Os resultados do questionário de pontos fortes e fracos do projeto foram convertidos numa matriz *SWOT* (quadro 5). Após estabelecer os elementos da matriz *SWOT*, cruzaram-se as oportunidades com as forças e as fragilidades com as ameaças, no sentido de criar estratégias para minorizar aspetos negativos e maximizar potencialidades (Caldeira,2015).

No que concerne às dinâmicas internas no projeto, foram identificadas forças e fraquezas do mesmo. As forças (aspetos positivos no contexto, objetivos e resultados alcançados) que emergiram para a avaliação do projeto foram: capacitar o cuidador para prestar melhores cuidados, aumentar a literacia do cuidador, o ensino de estratégias para cuidar de si, permitir o acesso à informação por parte do cuidador e o ensino/esclarecimento de dúvidas ao cuidador.

Como podemos constatar os aspetos mais focados como forças do projeto prendem-se com a capacitação e formação do familiar cuidador.

Na análise das dinâmicas externas foram identificadas as oportunidades, aspetos da envolvente que podem ser aproveitados e potenciados, e as ameaças, aspetos da envolvente que podem impedir que os objetivos sejam atingidos. Assim, foram evidenciadas como oportunidades: a criação de protocolos/parcerias com outras unidades de saúde existentes na comunidade, a divulgação do manual junto das entidades que colaboram com a UCC e a criação de grupos de apoio/formação/voluntariado para complementar o projeto.

Relativamente às ameaças identificadas, estas foram: o analfabetismo e a baixa literacia de alguns cuidadores, e o pouco envolvimento dos profissionais de saúde.

As sugestões apresentadas para permitir a continuidade, a sustentabilidade e a melhoria do projeto recaíram na criação de um grupo de apoio ao cuidador, de modo a criar uma complementaridade entre os dois. Foi ainda sugerida a divulgação do projeto junto das diferentes unidades de saúde do concelho.

No sentido da avaliação da eficácia do projeto, após a entrega do manual aos familiares cuidadores pelas enfermeiras da ECCI, e de um período de 6 meses de utilização deste, será aplicado um questionário aos familiares cuidadores identificando a pertinência do manual e a sua importância como facilitador na prestação de cuidados.

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino/ esclarecimento de dúvidas ao cuidador ▪ Permitir o acesso à informação por parte do cuidador ▪ Capacitar o cuidador para prestar melhores cuidados ▪ Aumentar a literacia do cuidador ▪ Ensino de estratégias para cuidar de si 	
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de protocolos/parcerias com outras unidades de saúde existentes na comunidade ▪ Divulgação do manual juntos das entidades que colaboram com a UCC ▪ Criação de grupos de apoio/formação/voluntariado para complementar o projeto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixa literacia dos cuidadores ▪ Analfabetismo dos cuidadores ▪ Pouco envolvimento dos profissionais de saúde

Quadro 5: Matriz de Análise SWOT – avaliação do projeto

Fonte: Elaboração própria

8- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E MOBILIZADAS

Ao longo do percurso realizado, desde o Estágio I ao Estágio Final, foi possível adquirir e consolidar conhecimentos, os quais proporcionaram a aquisição das competências comuns ao Enfermeiro Especialista, assim como, competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo o enfermeiro especialista “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019:4744).

As competências comuns do enfermeiro especialista, “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019:4744).

No que concerne às **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**: *“Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*, podemos referir que foram respeitados todos os princípios éticos e aspetos legais inerentes à prática profissional, assim como à investigação em enfermagem. Relativamente à prática profissional, no decorrer dos estágios as decisões tomadas foram baseadas em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando o sigilo profissional e atuando sempre de forma a garantir os interesses dos indivíduos. Na investigação em enfermagem, os aspetos éticos foram acautelados e respeitados, em consonância com Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e com a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSA. De acordo com as normas e procedimentos éticos de investigação garantimos a confidencialidade/anonimato, pelo que se incluíram neste Relatório as autorizações obtidas e salvaguardámos o respeito pelas instituições e por todos os participantes no projeto, impossibilitando a sua identificação. Como tal, pensamos ter adquirido as referidas competências.

Em relação às **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**: *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro”*, para o desenvolvimento desta competência, contribuiu a metodologia de trabalho desenvolvida pela equipa,

onde a sua ação assenta em construção de planos de atuação, nas diferentes áreas, como a saúde escolar, a monitorização da ECCL, com metas e indicadores previamente definidos a nível nacional, que requerem posteriormente a avaliação, e redefinição de estratégias de atuação.

Destacamos também a participação ao longo dos estágios em projetos já implementados pela equipa no âmbito da saúde escolar, da comemoração de dias festivos, tais como o dia mundial da alimentação saudável, dia mundial da diabetes, entre outros. Colaborámos com os enfermeiros da de uma UCC do Alentejo Central, na busca pelas melhores práticas, baseadas na mais recente evidência científica, procurando a melhoria dos processos assistenciais. Promovemos sempre um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança dos indivíduos/ grupos. As atividades executadas privilegiaram um ambiente seguro, ao nível da gestão do risco, nomeadamente na prevenção de incidentes relacionados com a prática clínica. Pelo descrito anteriormente, pensamos ter igualmente adquirido competências neste domínio.

No que diz respeito às **competências do domínio da gestão dos cuidados**: *“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”*, acompanhámos e colaborámos com a Enfermeira Supervisora, no desempenho das suas funções enquanto especialista em enfermagem comunitária e responsável pela ECL. No decorrer da realização do projeto de intervenção comunitária, adotámos (sob supervisão) uma posição de liderança e de responsabilidade na equipa, reconhecendo as divergências e as correlações de papéis e funções de todos os seus membros. Assim sendo, pensamos ter adquirido competências no referido domínio.

Relativamente às **competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**: *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”*, confirmamos um enorme desenvolvimento do autoconhecimento da pessoa e do enfermeiro, pois, foi possível com a ajuda das orientadoras (clínica e pedagógica), gerir emoções e sentimentos, no sentido de obter respostas eficazes.

Adotámos uma busca por oportunidades de aprendizagem, assim como, uma pesquisa contínua pela melhor e mais recente evidência científica e pelo aumento do nível de conhecimentos acerca da prestação de cuidados na comunidade. Sustentámos a nossa atuação com base nos princípios éticos e legais que regulam a nossa profissão, procurando utilizar métodos científicos eficientes, como a metodologia do Planeamento em Saúde. Realizámos um artigo científico, contribuindo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Pensamos ter adquirido, também, competências neste domínio.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desempenha um papel fundamental nos Cuidados de Saúde Primários, pois

“tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE,2015:16482).

De acordo com o Regulamento nº428/2018 da Ordem dos Enfermeiros as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são:

✓ **Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:**

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelece prioridades em saúde de uma comunidade;
- Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

A elaboração do projeto de intervenção comunitária “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente” permitiu adquirir competências específicas, mobilizando conhecimentos da metodologia do Planeamento em Saúde. Assim, na primeira etapa, foi realizado o diagnóstico de situação através da aplicação do instrumento de colheita de dados, a entrevista, aos familiares cuidadores de idosos dependentes, utentes da ECCI. Seguidamente foram definidos os objetivos face à priorização das necessidades estabelecidas, delineadas as intervenções e estratégias a executar. A avaliação foi constante ao longo do desenvolvimento do mesmo, o que permitiu a discussão e a adaptação das intervenções aos constrangimentos que foram surgindo.

✓ **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:**

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;
- Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

Tendo em vista a promoção da saúde, a capacitação significa atuar em conjunto com pessoas/comunidades de modo a obter o seu empoderamento para a saúde, mobilizando recursos humanos e/ou materiais, concedendo o acesso às informações de saúde, simplificando assim a evolução de competências pessoais e apoiando o acesso ao conhecimento das políticas públicas que afetam a saúde, no sentido de proteger e promover a sua saúde (OE,2015).

O projeto de intervenção explanado ao longo deste relatório teve como objetivo geral promover a capacitação do familiar cuidador, através da construção de um manual de apoio ao cuidador, onde foram mobilizados conhecimentos em diversas áreas inerentes às necessidades dos mesmos. Na elaboração do manual foi tido em conta o contexto e os recetores da mensagem que se pretende difundir, optando-se por uma linguagem simples, breve e adequada. Além do referido, foram integrados e mobilizados neste processo, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.

Foi também possível através das visitas domiciliárias realizadas em contexto de estágio, adquirir e mobilizar a referida competência, pois foram momentos privilegiados onde podemos capacitar os cuidadores, informando-os, esclarecendo-os de modo prepará-los para tomar decisões responsáveis.

✓ **Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde:**

- Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

No desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso dependente”, houve a preocupação de ter em atenção os objetivo e metas preconizadas pelo PNS, na medida em que “as atividades relacionadas com a saúde, desde a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de cuidados, são motor de desenvolvimento, valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social” (DGS, 2015:4).

Segundo o PNS, no eixo estratégico da cidadania em saúde, o individuo é visto como “central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança” (DGS,2015:14). Da mesma forma, o individuo “deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela

defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva” (DGS,2015:14). Ao promover a capacitação dos familiares cuidadores é possível alcançar ganhos em saúde, melhorando a sua qualidade de vida, assim como a do idoso dependente.

Concomitantemente, o projeto, vai de encontro às linhas orientadoras do eixo das políticas saudáveis,

“O desenvolvimento de políticas saudáveis visa a criação de impactos positivos para a saúde da população e a redução de impactos negativos. Estas políticas devem ser traduzidas em melhores condições ambientais, socioeconómicas e culturais, que favoreçam uma melhor saúde individual, familiar e coletiva” (DGS,2015:18).

Os princípios orientadores da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, foram também levados em consideração, na medida em que “Promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável , 2017:18).

No contexto de estágio foram desenvolvidas diversas atividades que nos permitiram participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização dos diferentes programas de saúde, indo de encontro aos objetivos do PNS.

✓ **Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico:**

- Proceda à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geográfica.

A recolha sistemática e continuada de dados, assim como o tratamento e transmissão de informação acerca dos vários fatores que determinam a saúde e a doença, são fundamentais no planeamento e gestão de recursos da saúde, proporcionando os componentes para atuar de forma eficaz sobre fatores de risco, no sentido de contribuir para melhorar os níveis de saúde das populações (DGS,2020). O percurso, no que concerne à metodologia do Planeamento em Saúde teve início com o diagnóstico da situação de um grupo específico, os familiares cuidadores de idosos dependentes, onde foi feita a colheita de dados das necessidades/dificuldades dos mesmos.

Importa realçar que as competências adquiridas na elaboração do projeto foram fundamentais para o desenvolvimento do papel de Enfermeiro Especialista, no entanto, a participação em diversas atividades da UCC, no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar, dos Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa de Coordenação Local) e da Intervenção na Comunidade foi também muito importante para a mobilização de conhecimentos.

Ao longo deste processo o desenvolvimento de competências de investigação em enfermagem e o aperfeiçoamento de conhecimentos ao nível da transposição da teoria para a prática foi constante, requerendo um enorme esforço pessoal.

Paralelamente às competências referidas anteriormente, o Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação- Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permitiu adquirir competências que conferem o Grau de Mestre.

De acordo com o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, capítulo III, Artigo 15º, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, para que seja conferido o Grau de Mestre, numa determinada área especializada, é necessário:

“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;”

Desenvolvemos e aprofundámos os conhecimentos adquirido na licenciatura, foi executado um projeto de intervenção comunitária e foi elaborado um artigo científico original.

Foram também adquiridas e desenvolvidas competências de investigação através da realização do diagnóstico de situação para a realização do qual nos socorremos dos métodos e técnicas de investigação, em particular da investigação qualitativa.

“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;”

Para a realização do Estágio I e do Estágio Final, assim como o desenvolvimento do projeto foi necessário mobilizar e aplicar os conhecimentos adquiridos anteriormente. Ao longo deste percurso foram surgindo constrangimentos e situações adversas que foram resolvidos, permitindo o desenvolvimento da nossa capacidade de compreensão e resolução dos problemas.

“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;”

Demostrámos apresentar capacidade para lidar com algumas questões complexas que surgiram na elaboração do projeto e no contexto dos estágios, desenvolvendo soluções e tendo sempre em conta as implicações éticas e sociais das nossas decisões.

“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 ambiguidade;”

No decorrer deste percurso tivemos um feedback positivo acerca da comunicação dos resultados do diagnóstico de saúde, assim como das restantes etapas da metodologia do Planeamento em Saúde. Para a aquisição desta competência foi muito relevante a participação ativa em diversas reuniões e atividades que nos diferentes contextos de estágio, por exemplo, reuniões com a equipa multiprofissional da ECL, reuniões com a equipa da ECCI, atividades comemorativas de datas assinaladas.

“e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

As competências adquiridas ao longo deste mestrado, isto é, nas atividades letivas, em contexto de estágio e na elaboração do projeto de intervenção comunitária irão possibilitar uma aprendizagem contínua de forma independente e auto-orientada.

Perante o disposto anteriormente, consideramos que a realização do estágio em contexto dos Cuidados de Saúde Primários, a elaboração do projeto (tendo por base a metodologia de Planeamento em Saúde), do qual resultou o Manual do Cuidador, **“Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO”** permite-nos integrar os requisitos essenciais para a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública deste relatório.

CONCLUSÃO

A sociedade atual está constantemente a sofrer alterações. O aumento do envelhecimento populacional, assim como de doenças crônicas, degenerativas e progressivas tem vindo a colocar desafios aos governos, comunidades, famílias e conseqüentemente, aos cuidadores informais.

Nos últimos tempos as estruturas familiares sofreram alterações, no entanto, continuam a ser as famílias quem assume os cuidados necessários às pessoas idosas dependentes. O papel de familiar cuidador impõe uma multiplicidade de esforços e muita dedicação, o que leva a alterações significativas na vida dos cuidadores, surgindo necessidades que têm impacto negativo a nível físico, psicológico, social e financeiro.

Desempenhar o papel de cuidador altera a vida de quem cuida, pois se por um lado surgem as dificuldades, exigências e responsabilidades, por outro emergem sentimentos de amor, carinho, solidariedade e de dever cumprido.

Os familiares cuidadores assumem, atualmente, nas políticas de saúde um lugar de destaque, pelo que é importante identificar as suas necessidades/dificuldades no contexto sociodemográfico onde se inserem. No âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública este conhecimento permitirá, com base na metodologia de Planeamento em Saúde, o planeamento de estratégias de intervenção.

Face ao exposto pareceu-nos relevante desenvolver um estudo que permitisse identificar as dificuldades/necessidades dos familiares cuidadores de idosos que prestam cuidados em contexto domiciliário. O estudo descritivo simples de abordagem qualitativa, foi realizado a uma amostra de 6 familiares cuidadores de idosos dependentes, utentes da ECCI.

Considerando os resultados obtidos, em muito semelhantes aos estudos relatados na literatura, verificou-se que a população deste estudo é exclusivamente do género feminino com uma média de idade de 68,6 anos, revelando que são eles também idosos.

As principais dificuldades e necessidades do familiar cuidador prendem-se com a aceitação e adaptação à doença, a forma como lidam com a doença do familiar e a falta de tempo. As necessidades expressas são maioritariamente de apoio formal, no sentido da inexistência de estruturas de centro de dia. Por outro lado, relatam necessidades de formação ao nível da higiene, dos cuidados à pele e da gestão do tempo.

Assim, após a realização do diagnóstico de situação foi determinado pela mestranda, em con-

junto com equipa e orientadora pedagógica, construir de um manual de apoio como suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador.

Surge o Manual do Cuidador “**Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO**”, que pretende ser uma ferramenta de uso diário para o cuidador. Está dividido em duas partes, a primeira parte dirige-se ao próprio cuidador e aos cuidados que deve ter consigo. Na segunda parte aborda os cuidados que são prestados à pessoa dependente. Seguidamente explícita os apoios sociais, recursos na comunidade e os contatos úteis.

Importa referir que este estudo decorreu no mesmo ano em que, no nosso país, foi aprovado e publicado, o Estatuto do Cuidador Informal. Constatámos, no contato direto com os cuidadores, que era algo muito desejado, no entanto, mantém-se a expectativa de conhecer as reais medidas de apoio do mesmo.

O cuidado informal da pessoa idosa em contexto familiar é provido de responsabilidades específicas, que estão delimitadas no seio da família, sendo muitas vezes difícil para o cuidador expressar as suas necessidades, acabando estas por passar despercebidas à sociedade em geral e ao poder político local. Apesar de existirem vários estudos nesta área, esperamos que os resultados deste seja mais um contributo para profissionais, assim como para decisores políticos locais no sentido de operacionalizar respostas às necessidades sentidas pelos familiares cuidadores.

No decorrer deste projeto surgiram limitações, uma delas foi a inexperiência da mestranda na utilização do instrumento de colheita de dados, a entrevista, assim como, no referencial metodológico utilizado na análise e interpretação de dados resultantes das mesmas, exigindo um grande empenho. Outra das limitações foi a dificuldade apresentada por alguns cuidadores para verbalizarem as suas necessidades e dificuldades, verificando-se mais dificuldade nos cuidadores analfabetos.

Devido ao curto espaço temporal para a execução do projeto e o objetivo geral traçado, não foi possível observar resultados a longo prazo. A equipa da ECCI demonstrou muito interesse no projeto e pretende, após as devidas diligências, entregar o manual na primeira visita domiciliária, onde se realiza o acolhimento do utente.

Deste modo, consideramos ter atingido os objetivos propostos, adquirido e mobilizado competências enquanto mestre e enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Analisando todo este processo de aquisição de competências, importa referir que desenvolvemos a nossa atividade profissional numa unidade de cuidados de saúde personalizados há relativamente pouco tempo, cerca de 3 anos e esta experiência (prestação de cuidados de saúde numa comunidade) foi extremamente gratificante, permitindo crescimento pessoal e profissional.

Acreditamos que com trabalho, empenho e com a aquisição de competências específicas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública será possível melhorar os cuidados prestados no nosso dia a dia, advindo daí benefícios para a comunidade. Foi esta convicção que nos permitiu, apesar das muitas dificuldades sentidas, não desistir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2020). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *In Administração Central do Sistema de Saúde*. Disponível em www2.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestãoRedeServiçRecursosemSaúde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx
- Alves, J. B., & Teixeira, A. (2016). Cuidadores Portugal. *In Cuidadores Portugal*. Disponível em www.cuidadoresportugal.pt
- Alves, N. M. (2018). Cuidando, lado a lado - Otimização de estratégias de atuação na capacitação do cuidador informal. *In Repositório da Universidade de Évora*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/23263>
- Appolinário, F. (2004). *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção de conhecimento científico*. São Paulo, Brasil: Atlas SA.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2010). Manual Títono - Apoio a Pessoas Idosas. *In Associação Portuguesa de Apoio à Vítima*. Disponível em http://www.apav.pt/intranet16/images/manuais/manuais_intranet/Manual_Titono.p
- Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bell, J., & Pais, J. M. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação: Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. Lisboa, Portugal: Gradiva.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., & Marques, T. (2013). *PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL Usos de Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Fundação Manuel dos Santos.
- Cachada, C. R. (2017). Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar. *In Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo*. Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1828>
- Caldeira, E. (2015). Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar. *In Universidade de Lisboa*. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20228>

- Castro, L., Souza, D., Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R., & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte Social. *In Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2: Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, 1346-1355*. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/892>
- Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central [CIMAC]. (2014). *In Alentejo Central*. Disponível em <http://www.cimac.pt/pt/alentejo-central>
- Conselho Local Ação Social de Estremoz. (2019). *Diagnóstico Social 2019 - 2022*. Rede Social de Estremoz, Estremoz, Portugal.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013). Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. *In Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*. Disponível em <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. [DGS] (2013). Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. *In Direção-Geral da Saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). PLANO NACIONAL DE SAÚDE-REVISÃO E EXTENSÃO A 2020. *In Direção-Geral da Saúde*. Disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *A Promoção da Saúde—A Carta de Ottawa*. *In Direção-Geral da Saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025, Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016). *In Direção-Geral da Saúde*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Vigilância Epidemiológica. *In Direção-Geral da Saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx>
- Decreto-Lei nº 109/2006 de 6 de junho. *In Diário da República nº101/2006, Série I - A, 3856 - 3865*. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/declei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *In Diário da República n.º 38/2008, Série I, 1182 - 1189*. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. *In Diário da República, n.º 176/2016, Série I, 3159 - 3191*. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/htm>
- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES QUE ACONTECEM COM O IDOSO COM O PASSAR DOS ANOS. *In International Scientific Journal*, 1(7),106-197.doi: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *In Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 675-682. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>
- Ferreira, N. L., & Rodrigues, V. C.(2012). Avaliação do impacto da polimedicação nas verbas de internamento nas unidades de longa duração e manutenção. *In Revista de Enfermagem Referência, serIII(6)*, 17-24. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1160>
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência
- Fortin, M.F (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019). O que são NUTS?. *In PORDATA* Disponível em: <https://www.pordata.pt/O+que+sao+NUTS>
- Galado, M. (2018). Serpa Promove a Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais! *In Repositório Universidade de Évora*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/23529>
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures, Portugal: Lusociência
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal:Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística.[INE] (2018). Anuário Estatístico da Região Alentejo 2017. *In Instituto Nacional de Estatística*. Disponível em https://www.ine.pt/ine_novidades/RN2017/alentejo/2/
- Instituto Nacional de Estatística (2019). Estimativas de População Residente em Portugal 2018. *In destaque,informação à comunicação social*. Disponível em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227920&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

- Landeiro, M. (2016). Tecnologias educacionais interativas - contributo para o desenvolvimento de conhecimentos dos familiares cuidadores. *In Repositório Aberto da Universidade do Porto*. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82527>
- Landeiro, M., Peres, H., & Martins, T. (2015). AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES INFORMACIONAIS DOS CUIDADORES DOMICILIARES. *In Revista de Enfermagem da UFSM(5)*, 486-498. doi:10.5902/2179769216886
- Lei nº100/2019 de 6 de setembro. *In Diário da República n.º 171/2019, Série I, 3 - 16*. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Martinez, R., Cardona, E., & Gomez-Ortega, O.(2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *In Revista Cuidarte, 7(1(2016):(enero-junio), 1171-84*. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- Neves, P., Sequeira, C., Mar, L.-F., Sousa, L., & Ferre Grau, C. (2017). Information needs of family caregivers of dependent. *In International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. doi:<https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4.5>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *In Diário da República, 2.ª Série – N.º26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 428/2018. 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. *In Diário da República, n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, 19354 - 19359*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento n.º 348/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *In Diário da República, 2.ª série — N.º 118 — 19 de junho de 2015, 16481-16486*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Pedroso, R., & Brito, I. (2014). Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. *In Unidade de Investigação*

- em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).* Disponível em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=editionDetails&id_edicao=76
- Pereira, D. C. (2012). Avaliação inicial do familiar cuidador : estudo de adequação de um instrumento. *In Repositório Comum Escola Superior de Enfermagem do Porto.* Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/9341>.
- Pereira, M. S. (2018). Cuidadores informais: dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida. *In Repositório Comum do Instituto Politécnico de Portalegre.* Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/28267>
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.* Porto Alegre, Brasil: Gradiva.
- Portaria nº 2/2020 de 10 de janeiro. *In Diário da República n.º 2/2020, Série I, 5 -9.* Disponível em <https://data.dre.pt/eli/port/2/2020/01/10/p/dre>
- Ricarte, L. F. (2011). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho de Ribeira Grande. *In Repositório Aberto da Universidade do Porto.* Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/19131>
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa* (Vol. 26). Lisboa, Portugal: Fundação Manuel dos Santos.
- Saraiva, D. M. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. *In Repositório Científico Universidade Coimbra.* Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/17858>
- Sequeira, C. (2010). *CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL.* Lisboa, Portugal: LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). Cuidados Continuados. *In Serviço Nacional de Saúde.* Disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>
- Sousa, P. M. (2012). Cuidados informais na velhice: um estudo com familiares de idosos com demência. *In Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.* Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1683>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Nascimento, R.(2017). MEDIDAS DE INTERVENÇÃO JUNTO DOS CUIDADORES INFORMAIS. Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. *In Assembleia da República*. Disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true>

World Health Organization [WHO] (1978). DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *In Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

APÊNDICES

Apêndice I – **Guião de entrevista**

GUIÃO DE ENTREVISTA

Esta entrevista tem como objetivo identificar as principais necessidades/dificuldades dos Familiares Cuidadores de Idosos dependentes, utentes da ECCI Estremoz com alta no ano de 2018.

TEMAS	OBJETIVOS	QUESTÕES/TÓPICOS
-Legitimação da entrevista	-Legitimar a entrevista	<p>-Informar o entrevistado sobre o estudo, explicando-lhe o objetivo da entrevista, tempo e duração da mesma;</p> <p>-Solicitar autorização para a gravação da mesma, garantindo a confidencialidade e o anonimato da mesma;</p> <p>-Solicito ainda a leitura e assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.</p> <p>-Garantir que todas as informações obtidas só serão utilizadas para este estudo.</p>
- Dados sociodemográficos	-Caraterizar o Cuidador Informal	<p>Q.1- Género;</p> <p>Q.2- Idade ≤ a 40 anos ____ 41 a 45 anos ____ 46 a 50 anos ____ 51 a 55 anos ____ 56 a 60 anos ____ 61 a 65anos ____ 66 a 70anos ____ 71 a 75anos ____ 75 a 80 anos ____ ≥ a 81 anos ____</p>
- O Cuidador Informal e o cuidado	-Analisar o que é ser Cuidador Informal	Q.3-Há quanto tempo presta cuidados ao seu familiar?

		<p>Q.4- Quais os motivos que o levaram a responsabilizar-se por cuidar do seu familiar?</p>
<p>-Caraterização dos cuidados prestados</p>	<p>- Identificar quais os cuidados prestados bem como o tempo despendido para tal;</p> <p>- Identificar os apoios recebidos pelos cuidadores para cuidar do idoso.</p>	<p>Q.5- Que cuidados presta ao seu familiar?</p> <p>Q.6- Quantas horas por dia despende a cuidar do seu familiar?</p> <p>Q.7- Quais os cuidados a que dá mais importância?</p> <p>Q.8- Recebe algum apoio/ajudas para cuidar do seu familiar?</p> <p>Q.8.1 – Se sim que apoios/ajudas recebe para cuidar?</p> <p>Q. 8.2 - Considera que essas ajudas são importantes para si? Porquê?</p>
<p>- Repercussões no Cuidador Informal</p>	<p>- Identificar as dificuldades percecionadas pelo cuidador para o cuidar;</p> <p>Identificar as necessidades percecionadas pelos Cuidadores Informais no cuidar;</p>	<p>Q.9 -O fato de ser Cuidador Informal teve consequências na sua vida pessoal, familiar, social ou financeira?</p> <p>Q.9.1 - O que mudou de forma negativa na sua vida desde que presta cuidados ao seu familiar?</p> <p>Q.10-Enquanto Cuidador que dificuldades sente?</p> <p>Q.11-Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar?</p> <p>Q. 12 - O que poderia ajudar a minorar os problemas que sente por estar a cuidar do seu familiar?</p> <p>Q.13 -Sente necessidade de formação relacionada com</p>

		os cuidados que necessita prestar?
--	--	------------------------------------

Apêndice II – **Consentimento informado livre esclarecido**



Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participar no projeto “Promover a capacitação do Familiar Cuidador do Idoso dependente, em contexto de ECCI, até dezembro de 2020”.

Caro(a) Senhor (a)

Eu, Catarina Isabel Garcia Mendes, enfermeira e atualmente aluna do 3º Mestrado em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tenho como supervisoras Clínicas a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Inês Polme e a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Sílvia Noruegas, enfermeiras na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

Solicito a sua participação voluntária para uma entrevista, gravada em registo áudio, que tem como objetivo identificar as principais necessidades/dificuldades dos Familiares Cuidadores de Idosos dependentes, utentes da ECCI [REDACTED] com alta no ano de 2018.

Saliento que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá um ano após a defesa da tese de mestrado. Sublinho que os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.

No caso de surgirem dúvidas e/ou necessidade de qualquer esclarecimento poderá entrar em contato com a investigadora e/ou com a Enfermeira Supervisora Clínica através dos contactos:

Investigadora: Catarina Mendes

Enfermeira Supervisora Clínica: [REDACTED]

Endereço Postal: [REDACTED]

Endereço eletrónico: [REDACTED]

Telefone fixo: [REDACTED]

A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento.

O tempo médio da entrevista será de 30m aproximadamente.

Os recursos utilizados e as despesas recorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo da investigadora.

Se pretender esclarecer algum assunto em relação ao tratamento dos seus dados poderá contactar diretamente o Encarregado da Proteção dos Dados do IPP através dos contactos:

Endereço Postal: Praça do Município,11 | 7300-110 Portalegre

Endereço eletrónico: epd@ippportalegre.pt

Telefone fixo: 245 301 500

Se pretender esclarecer algum assunto em relação ao tratamento dos seus dados poderá contactar diretamente o Encarregado da Proteção dos Dados da ARS Alentejo através dos contactos:

Endereço Postal: Largo Jardim do Paraíso, n.º 1 | 7000-864 Évora

Endereço eletrónico: epd@arsalentejo.min-saude.pt

Telefone fixo: 266 758 770

O próprio pode também apresentar uma reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados (ver em: <https://www.cnpd.pt/>), caso não estejam a ser cumpridos os devidos cuidados com os seus dados.

Nome legível da investigadora: Catarina Isabel Garcia Mendes

___/___/___ Assinatura_____

Nome legível da Enfermeira Supervisora Clínica: [REDACTED]

___/___/___ Assinatura_____

Nome legível da Orientadora Pedagógica: Ermelinda Caldeira

___/___/___ Assinatura_____

Unidade de Saúde: Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED]

Contato institucional da investigadora e da Enfermeira Supervisora Clínica: [REDACTED]

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

Nome do profissional de saúde: _____

___/___/___ (data) Assinatura _____

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

Nome: _____

___/___/___ (data) Assinatura _____

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUIDO POR 3 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO,

DESTINANDO-SE UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

Elaborado de acordo com a Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

Apêndice III – **Grelha de apoio à codificação dos dados**

Grelha de apoio à codificação dos dados
Entrevista individual ao familiar cuidador

Área de análise	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Caraterização sociodemográfica	1. Idade	1. Entre 40 e 81anos	E1 - 81anos E2 - 63anos E3 - 79anos E4 - 75anos E5 - 40anos E6 - 74anos
	2. Género	1. Feminino	E1 – Feminino E2 - Feminino E3 - Feminino E4 - Feminino E5 - Feminino E6 - Feminino
Familiar cuidador e o cuidado	1.Duração do cuidado	1.Intervalo de tempo 0 aos 5anos 6 aos 10anos	E1- “a cuidar dele acamado estou há 3 anos, mas há já 2 anos que que lhe dava banho, vestir “ E2- “6 anos” E3- “6 anos” E4- “6 meses” E5- “4 anos” E6 - “10 anos”
	2.Responsabilização pelo cuidar do familiar	1.Solidariedade conjugal 2.Motivos económicos 3.Preservação da família 4.Sentimentos de amor e carinho	E1- “(...) a gente não tem dinheiro para ele ir para um lar e o meu filho trabalha e a minha nora e eu não posso dar cabo da vida deles (...)” E4- “...eu sentia-me com forças para o ajudar...” E2-“(...)mas ele aquele bocadinho da família, ele teve sempre ,pronto, conheceu-me sempre a mim e teve a perceção da família e ele não se queria separar da família (...) optei por o trazer para casa, já bastava o sofrimento que ele tinha...”

		<p>5.Obrigação (filiar) de género feminino</p> <p>6.Dever social/moral</p>	<p>E3- “Levou porque o amor, o carinho (...)”</p> <p>E4- “...eu sentia-me com forças para o ajudar...”</p> <p>E5- “Porque pronto os meus irmãos estavam a trabalhar, eu estava a trabalhar mas não tinha trabalho fixo (...) então olha uma vez que era a rapariga fiquei eu a cuidar dela.”</p> <p>E6- “Senti-me capaz e senti que era a minha obrigação cuidar dele.”</p>
	<p>3.Cuidados prestados</p>	<p>1.Cuidados de higiene e vestuário</p> <p>2. Higiene da casa e da roupa</p> <p>3.Preparação e administração de medicamentos</p> <p>4.Cuidados com a alimentação</p> <p>5.Cuidados de mobilização</p>	<p>E1- “Dou comer, (...) lavo roupa, faço comida, dou os medicamentos, (...) preparo os medicamentos numa caixinha, (...)”</p> <p>E2- “Fazia-lhe tudo, dava-lhe comida à boca, já mais tarde não conseguia sozinha (...) ajudar-me a dar o banho. Mas eu continuava a levantá-lo todos os dias (...dava conta (...) dos medicamentos, da tensão, dos diabetes)”</p> <p>E3- “Fazia de tudo, dava-lhe o banho com a ajuda dele, preparava-lhe o comer (...)”</p> <p>E4- “Tomar banho, era o principal (...) tratava da lida da casa (...)”</p> <p>E5-“...fazia-lhe higiene, fazia-lhe tudo, entretanto, ela melhorou um bocadinho com fisioterapia começou a dar os seus passinhos e ela já fazia a sua higiene e vestia-se, o resto fazia eu na mesma (...) entretanto ela piorou, faço-lhe tudo novamente.....refeições, mudar a</p>

			<p>fralda, dar a medicação, higiene aos fins de semana.”</p> <p>E6- “Ajudo a dar banho (...) oriento os medicamentos (...) faço-lhe a comida.”</p>
4. Tempo diário despendido na prestação de cuidados	1. Número de horas	<p>E1- “Todo o dia...”</p> <p>E2- “Sempre 24h sobre 24h...”</p> <p>E3- “Todo o dia...24h sobre 24h (...)”</p> <p>E4- “Mais ou menos uma hora.”</p> <p>E5- “To sempre aqui praticamente, durante a semana dormo cá (...)”</p> <p>E6- “(...) todo o dia e toda a noite (...)”</p>	
5. Importância dos cuidados prestados	<p>1. Todos os cuidados que presta</p> <p>2. Cuidados de higiene e vestuário</p>	<p>E1- “(...) tudo é importante (...)”</p> <p>E2- “Para mim é tudo importante desde o banho, a higiene, ele levava insulina (...) para fazer a picada no dedo, (...) eles precisam de tudo não se pode separar, principalmente o meu marido estava dependente de tudo.”</p> <p>E3- “Tudo importante (...)”</p> <p>E4- “Ajudá-lo a lavar-se e vestir-se.”</p> <p>E5- “É tudo importante.”</p> <p>E6- “É tudo importante.”</p>	

	<p>6. Apoios/ajudas</p>	<p>1. Apoio Formal 2. Familiares 3. Vizinhos 4. Equipa da UCC</p>	<p>E1- “Sim...do lar (...) uma senhora aos sábados (...) vem o meu filho levantá-lo e deitá-lo (...) Peço à vizinha para dar uma olhadela, (...)”</p> <p>E2- “Sim. Apoio domiciliário do Lar, a equipa dos cuidados continuados, os filhos, a psicóloga (...), no fim a equipa dos Cuidados Paliativos (...)”</p> <p>E3- “Sim...a genra (...) e o filho..... As Enfermeiras (UCC)...”</p> <p>E4- “Sim. Apoio dos meus filhos (...) Vinham as enfermeiras (...)”</p> <p>E5- “Sim...apoio domiciliário do lar e dos meus familiares.” E6- “Recebi das enfermeiras (...) e dos meus filhos, (...)”</p>
	<p>7. Importância dos apoios/ajudas</p>	<p>1. Apoio moral 2. Apoio a nível físico 3. Orientação 4. Alívio</p>	<p>E1- “Muito importantes, porque não havia outra solução...as senhoras enfermeiras foram umas santas (...)” E2- “Tudo muito importante (...) eu às tantas estava desorientada.... elas (enfermeiras) vinham cá orientavam o oxigénio (...)” E3- “Importantíssimos...não podia ter tido mais do có que tive...correu tudo muito bem.” E4- “Foi sim, foi muito, muito...os filhos também me ajudavam.” E5- “Sim, é uma ajuda...só de manhã, mas temos de pagar (IPSS)...” E6- “Sim, ajudou a ele e a mim...ele tava aquele bocadinho com elas (UCC), (...) e eu ficava um cadinho mais aliviada.”</p>

<p>Repercussões no familiar cuidador</p>	<p>1. Consequências de ser familiar cuidador</p>	<p>1. Perda laboral (desemprego) 2. Sentir-se aprisionada 3. Diminuição de recursos económicos 4. Falta de tempo para conviver</p>	<p>E1- “Não sou pessoa de sair mas gostava muito de ir á missa, (...) e eu ia ate ao café com 4 amigas que eu tinha, isso acabou, eu não me sinto bem, abalar para qualquer lado e deixá-lo aqui (...) há mais dificuldades, é fraldas, é pomadas (...), medicamentos, a reforma dele quase abala, (...).”</p> <p>E2- “Muitas... até hoje, trabalhava tive de me desempregar, a nível económico nem falar nisso é bom, tive 6 anos metida aqui, (...) e tava sempre aqui.”</p> <p>E3- “Saímos, (...) vínhamos a... aviar a nossa casa, fazer de tudo (...) A vida piorou, basta ser só a reforma (...) Damos todos bem, convivemos menos, tamos todos velhotes (...).”</p> <p>E4- “Saímos, ele tinha um carrinho (...) era assim que a gente fazia (...) mais despesa, mais cuidados para ele (...).”</p> <p>E5- “Sim... financeiro, tive de deixar de trabalhar (...) não tenho a mesma disponibilidade para conviver.”</p> <p>E6- “Sim, realmente... não posso abalar, abalar assim de qualquer maneira (...) trabalhava e tive de deixar de trabalhar.”</p>
------------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>2. Impacto negativo</p>	<p>1. Sentimentos tristes 2. Falta de conviver 3. Menos liberdade para sair 4. Financeiro</p>	<p>E1- “Não tenho alegria nenhuma (...) quando vou a ver alguma coisa, vou sempre a correr (...)” E2- “Foi negativo para mim, muito porque eu sou uma pessoa que gosta muito de conviver (...) ia sempre aflita quando abalava daqui.” E4- “Tinha menos liberdade para sair (...)” E5- “A nível financeiro...do dinheiro (...)” E6- “Não podemos sair para lado nenhum (...)”</p>
	<p>3. Dificuldades sentidas</p>	<p>1. Prestar cuidados de higiene e vestuário 2. Mobilização 3. Cuidados à pele 4. Adaptação à doença 5. Lidar com a situação 6. Aceitar a doença 7. Falta de tempo</p>	<p>E1- “Era o banho, vesti-lo, levantá-lo e deitá-lo (...)” E2--“(...) se aparecia uma mancha o que devia fazer (...) às vezes apareciam aquelas coisinhas de lado da unha e ficava logo toda aflita (...)” “Foi em lidar com isto (...) tive uma revolta muito grande (...)” E3- “(...) quando as enfermeiras chegavam e que não estava a colaborar bem a ferida, eu pra mim sentia tudo mal, depois começava a contribuir para melhor e eu ponha-me melhor, (...)” E4- “A adaptação à doença dele (...)” E4- “Era o banho, para o fim não tinha forças para o ajudar (...)” E5- “(...) lidar com isto tudo e arranjar também um cadinho de tempo para mim.”</p>

			E6- “Tinha dificuldade em dar o banho na banheira (...).”
4. Apoios para minorar os problemas sentidos	<p>1. Centro de dia</p> <p>2. Alguém para fazer companhia</p> <p>3. Apoio da equipa UCC</p>		<p>E1- “Pedia para vir cá a fisioterapia, (...) só a visita das enfermeiras anima-o (...) ir para o centro de dia aqui na terra...podia ajudar (...) podia sair para ir medico com mais vagar, ir me aviar á cidade.”</p> <p>E3- “(...) falava muito com as enfermeiras (...).”</p> <p>E5- “(...) haver voluntários para vir passar tempo com a pessoa... seria bom, mesmo para a pessoa distrair e ouvir outras conversas.”</p> <p>E6- “(...) centro de dia era bom para ele ter mais convívio (...).”</p>
6. Necessidades de formação	<p>1. Cuidados de higiene</p> <p>2. Cuidados à pele</p> <p>3. Gestão do tempo</p>		<p>E2- “A coisa que mais me atrapalhava eram as manchas na pele que apareciam ou aquelas coisinhas nas unhas, (...).”</p> <p>E4- “(...) ajudar a dar o banho ali na banheira...era capaz de ter sido melhor alguém explicar-me.”</p> <p>E5- “(...) ajudar a lidar com a falta de tempo, (...) isso era importante</p>

Apêndice IV – **Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ARSA**

Exma. Sr.^a Presidente da Comissão de
Ética da Administração Regional de
Saúde do Alentejo, IP

Catarina Isabel Garcia Mendes, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Fronteira, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, a frequentar o 3º Mestrado em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tem como supervisoras clínicas a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Inês Polme e a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Sílvia Noruegas, enfermeiras na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

No âmbito do estágio, designado de estágio I, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos do estágio, que são identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do referido projeto na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz no âmbito da Equipa Cuidados Continuados Integrados.

O projeto pretende identificar as principais necessidades/dificuldades dos Familiares Cuidadores de Idosos dependentes, utentes da ECCI Estremoz com alta no ano de 2018. Para o desenvolvimento do projeto será seguida a metodologia de projeto seguindo as fases do planeamento em saúde, nomeadamente, diagnóstico de situação, planeamento, implementação e avaliação.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente às necessidades/dificuldades dos Familiares Cuidadores de Idosos dependente, pretende-se utilizar como instrumento de colheita de dados uma entrevista dirigida ao Familiares Cuidadores, tendo sido criado um guião de entrevista para o efeito.

Ressalvo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração, ficando já ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Atenciosamente


(Catarina Isabel Garcia Mendes)

Apêndice V – Manual do Cuidador “Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO”



MANUAL DO CUIDADOR



Ao Cuidar de MIM , Cuido do OUTRO





MANUAL DO CUIDADOR

**Ao Cuidar de MIM,
Cuido do OUTRO**

Título: Manual do Cuidador. Ao Cuidar de MIM , Cuido do OUTRO.

Elaborado por: Catarina Mendes no âmbito do Estágio Final do Curso 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;

Orientação Científica e Pedagógica: Professora Doutora Ermelinda Caldeira;

Supervisão Clínica: Enfermeira Sílvia Noruegas, Especialista em Enfermagem Comunitária;

Colaboração: Equipa Multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Estremoz;

Ilustração: Milene Prates;

Design Gráfico/Paginação: Marisa Maridalho;

Agradecimento: Familiares Cuidadores que participaram no estudo.

Estremoz, 2020.



INDICE

INTRODUÇÃO	7
1. QUEM É (CUIDADOR)	8
2. CUIDAR DE MIM	9
2.1. VIGILÂNCIA DE SAÚDE	9
2.2. ALIMENTAÇÃO	10
2.3. ATIVIDADE FÍSICA E RELAXAMENTO	11
2.4. GESTÃO DAS EMOÇÕES	18
2.5. ESTRATÉGIAS PARA PRESERVAR A SAÚDE	21
3. CUIDAR DO OUTRO	22
3.1. COMUNICAÇÃO	23
3.2. HIGIENE E VESTUÁRIO	24
3.2.1. O Banho	25
3.2.2. Pentear-se	29
3.2.3. Vestir-se	30
3.2.4. Higiene Oral	31
3.3. ALIMENTAÇÃO	33
3.4. MOBILIZAÇÃO	35
3.5. ÚLCERAS POR PRESSÃO	38
3.6. ELIMINAÇÃO	41
4. APOIOS SOCIAIS	44
5. RECURSOS DA COMUNIDADE	50
6. CONTATOS UTÉIS	54
7. BIBLIOGRAFIA	57

INTRODUÇÃO

Na sequência de um estudo realizado com os Familiares Cuidadores do concelho de Estremoz, onde se identificaram as suas principais necessidades/dificuldades surge o Manual do Cuidador “ Ao Cuidar de MIM, Cuido do OUTRO”.

As dificuldades identificadas pelos Familiares Cuidadores foram a aceitação e adaptação à doença do familiar, a forma como lidam com a doença do mesmo e a falta de tempo. Referem também dificuldades na prestação de cuidados de higiene e mobilização.

As necessidades expressas são maioritariamente de apoio formal e falta de estruturas de centro de dia em algumas aldeias do concelho. Por outro lado, relatam necessidades de formação ao nível dos cuidados de higiene, dos cuidados à pele e da gestão do tempo.

Com este manual pretende-se dar sugestões, orientações e esclarecimentos, de uma forma simples, acerca dos cuidados que deve ter consigo e dos cuidados que presta à pessoa dependente. Pretende-se também estimular o envolvimento entre o cuidador, a pessoa cuidada, a equipa de saúde e a comunidade, com vista a promover a saúde e a qualidade de vida de ambos.

1 QUEM É (O CUIDADOR)

O **Cuidador** é quem cuida de pessoas que estão física e/ou psicologicamente impedidas de realizarem as tarefas do dia a dia. São familiares, amigos, vizinhos ou pessoas organizadas da comunidade que de forma voluntária e não remunerada, se dispõem a cuidar de pessoas dependentes, assegurando a maior parte dos cuidados.

Geralmente é um familiar (esposa, filha ou pais), que vive mais próximo e com relação de afetividade, que assegura os cuidados, assumindo-se como Cuidador.

A exigência dos cuidados e as tarefas asseguradas pelos cuidadores são muito diversas, variam de caso para caso e ao longo do tempo, em função da evolução da doença e do grau de incapacidade.

Na maioria das situações, os cuidados prestados pelo Cuidador incidem sobre o trabalho doméstico (limpeza da casa, tratamento da roupa), a higiene pessoal, a alimentação (aquisição dos alimentos, preparação, confecção e apoio na toma das refeições), saúde (acompanhamento ao médico, aquisição de medicamentos, apoio nas tomas) e o transporte. São também prestados apoios sociais, emocionais, relacionais e de companhia.

2 CUIDAR DE MIM

Quando alguém muito próximo de nós adoece ou se torna dependente, esta situação pode prolongar-se no tempo, sendo imprevisível a sua duração.

Ao longo do tempo a prestação de cuidados pode tornar-se esgotante a nível físico e emocional comprometendo a sua saúde. Pense que se a sua saúde e o seu bem estar estiverem comprometidos, os cuidados que presta também estarão.

É importante aceitar que para poder continuar a cuidar do seu familiar, não se pode esquecer de cuidar de si próprio.

Assim deixamos alguns conselhos dos cuidados que deve ter consigo.

2.1. VIGILÂNCIA DE SAÚDE

- Não falte às consultas de vigilância do seu médico de família;
- Cumpra o esquema da sua medicação;
- Atualize a vacinação: Tétano, Hepatite B, Gripe (gratuita para pessoas com 65 anos ou mais e diabéticos);
- Participe nos rastreios organizados pela sua unidade de saúde ou existentes a nível nacional: Visão, Audição, Hipertensão Arterial, Diabetes, Cancro da Mama e outros.



2.2. ALIMENTAÇÃO

- Faça uma alimentação saudável que deve ser Completa (comer alimentos de cada grupo da roda dos alimentos e beber água), Equilibrada (comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão) e Variada (comer alimentos diferentes dentro de cada grupo).



Roda dos Alimentos

- Não fique mais de 3 horas sem comer. Não salte as refeições. Para sobremesa prefira fruta;
- Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa. O excesso de sal leva ao aumento da pressão do sangue e provoca hipertensão;
- Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros

alimentos ricos em açúcar para, no máximo, 2 vezes por semana;

- Não comece o seu dia sem tomar o pequeno almoço, e se possível tome-o ao mesmo tempo que a sua família;
- Prepare refeições completas para toda a família e com horas certas;
- Quando cozinha, faça sempre mais quantidade de comida do que a necessária para essa refeição, para ficar com “sobras”;
- Armazene refeições leves e saudáveis, como frutas ou queijo e bolachas integrais para os momentos em que está mais ocupado e necessita alimentar-se;
- Beba pelo menos 1,5l água ao longo do dia. Chá e infusões são também uma maneira saudável e saborosa de consumir água.

2.3. ATIVIDADE FÍSICA E RELAXAMENTO

Atividade Física:

Exercícios para o pescoço:

- Faça flexão da cabeça (encoste a cabeça ao queixo);



- Faça a extensão da cabeça (estenda a cabeça para trás, como se estivesse a olhar para o céu);



- Incline a cabeça lateralmente para um lado e para o outro (como se fosse tocar com a orelha no ombro).



(Adaptado de Ministério da Saúde, Guia Prático do Cuidador, 2008)

Exercícios para os ombros:

- Respire fundo, enchendo os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando cair os ombros rapidamente, fazendo depois movimentos circulares, gire os ombros para a frente e para trás.

(Adaptado de Ministério da Saúde, Guia Prático do Cuidador, 2008)



Exercícios para os braços:

- Gire os braços esticados para a frente e para trás, fazendo circulares.

(Adaptado de Ministério da Saúde, Guia Prático do Cuidador, 2008)



Exercícios para o tronco:

- Em pé apoie uma das mãos na cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o exercício com o outro braço.

(Adaptado de Ministério da Saúde, Guia Prático do Cuidador, 2008)



Exercícios para as pernas:

- Deitado de barriga para cima, apoie os pés na cadeira com os joelhos dobrados. Mantenha uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e depois volte à posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra perna.

(Adaptado de Ministério da Saúde, Guia Prático do Cuidador, 2008)



Relaxamento:

Apresentamos-lhe a seguir alguns exercícios de relaxamento muito simples de executar. Aprendê-los irá ajudá-lo não só a manter a calma nas situações difíceis do seu dia-a-dia, mas também a sentir-se melhor em termos gerais.

Exercício 1: A Respiração

- Coloque-se numa posição confortável (sentado ou deitado) num local calmo;
- Alivie qualquer peça de roupa que o aperte: sapatos, cinto, etc.;

- Feche os olhos e sinta a sua respiração;
- Repare se respira pelo nariz ou pela boca;
- Agora preste atenção ao seu corpo e sinta se existe alguma zona em maior tensão.
- Sinta a tensão, mas não tente fazer com que desapareça;
- Agora volte a concentrar-se na sua respiração e respire lenta e profundamente, entrando o ar pelo nariz e deita fora pela boca;
- Enquanto expira (deita fora) o ar, concentre-se nos músculos e repare como estes se vão descontraindo;
- Continue a respirar regularmente;
- Cada vez que inspira (entra o ar), sinta como o ar entra e ao expirar (deitar fora) sinta como, pouco a pouco, vai saindo do seu corpo;
- Continue agora a inspirar o ar e a expirá-lo de forma lenta, ritmada e profunda;
- Repita várias vezes;
- Ao expirar o ar, concentre-se no seu corpo, em especial nos músculos;
- É provável que sinta algum calor; talvez note que estão mais leves ou, pelo contrário, mais pesados;
- Sejam quais forem as suas sensações, desfrute delas enquanto continua a respirar lenta e profundamente;
- Pratique este exercício durante alguns minutos todos os dias.

(Adaptado de Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, Manual A Cuidar Consigo, 2014)

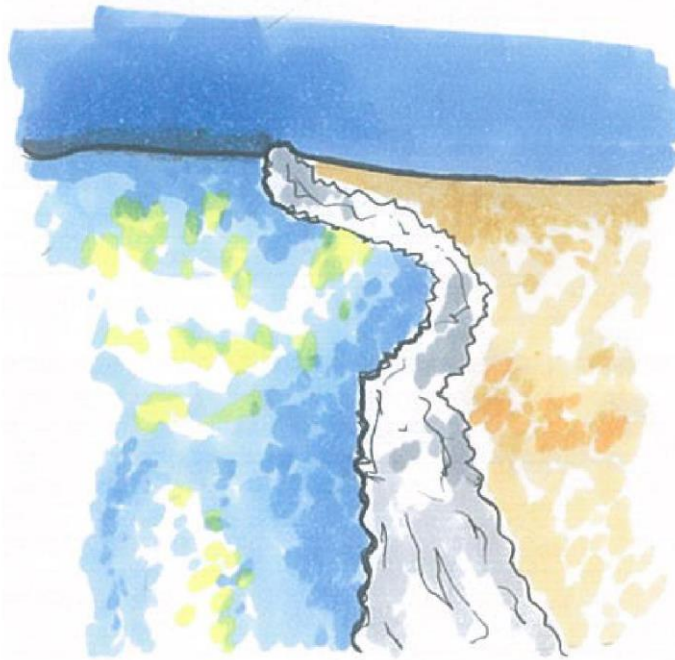
Exercício 2: A Palavra

- Coloque-se numa posição confortável, feche os olhos e respire como no exercício anterior;
- Enquanto continua a respirar lentamente, pense nestas palavras: calma, relax, tranquilo, relaxado, calmo ou outra semelhante;
- Escolha uma delas;
- Esta palavra servirá de chave para o seu relaxamento;
- Demore o tempo necessário para a escolher;
- Uma vez escolhida, repita-a mentalmente;
- Continue a respirar regularmente;
- Agora inspire (entra o ar) e, ao expirar (deitar fora) o ar, diga mentalmente a palavra que escolheu;
- Inspire novamente e, enquanto expira, volte a repetir mentalmente a palavra;
- Faça-o pausadamente;
- Continue a respirar lentamente e, ao expirar o ar, repita mentalmente a palavra;
- Realize este exercício durante alguns minutos;
- É possível que enquanto estiver a praticar este exercício surjam pensamentos ou imagens que o distraiam. Não se preocupe. Volte simplesmente a repetir a palavra escolhida. Continue a respirar e, enquanto expira (deitar fora) o ar, repita mentalmente a palavra que escolheu.
- Aconselha-se a praticar este exercício durante alguns minutos seguidos todos os dias.

(Adaptado de Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, Manual A Cuidar Consigo, 2014)

Exercício 3: O mar

Sente-se numa posição confortável. Feche os olhos. Respire devagar. Concentre-se na sua respiração e sinta como o ar entra no seu corpo e como sai dele. Enquanto continua a respirar, pense numa praia calma. Imagine a beira-mar. Observe como a água se aproxima e se afasta da areia. Imagine o movimento ondulante e tranquilo do mar. Continue a respirar de forma ritmada, pausada e tranquila e, entretanto, imagine como a água se aproxima e se afasta da orla do mar ao ritmo da sua respiração. Aproxima-se da areia quando inspira (entra o ar) e afasta-se quando expira (deita fora). Sinta como uma sensação de calma e tranquilidade o vai invadindo a pouco e pouco.



É possível que no início possa ser um pouco difícil imaginar esta cena como gostaria. Não se preocupe. Basta apenas voltar a tentar. Aos poucos e poucos será mais fácil. Pratique este exercício durante alguns minutos seguidos, se for possível diariamente e a uma hora em que o possa fazer sem interrupções, ou no momento em que sinta que as preocupações começam a invadi-lo.

(Adaptado de Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, Manual A Cuidar Consigo, 2014)

2.4. GESTÃO DAS EMOÇÕES

Ao longo da prestação de cuidados é normal surgirem sentimentos de frustração e de desespero. É necessário lidar com esses sentimentos de forma a não influenciarem negativamente a sua saúde.

Existem dicas práticas que o poderão ajudar a lidar com esses sentimentos:

- Identifique os seus sentimentos. Quais sente mais frequentemente e com maior intensidade. Tente entender a sua origem para os poder controlar o melhor possível;
- Expresse abertamente os seus sentimentos;
- Valorize e reconheça o esforço que está a realizar;
- A raiva irá, muitas vezes, tomar posse de si: tente sempre manter a calma;
- Não desanime face aos acontecimentos, tudo tem sempre uma parte positiva. Podemos sempre aprender alguma coisa.

- Não se culpe por tudo o que não está bem à sua volta. Deverá compreender que há coisas que podem correr mal;
- Esteja consciente dos seus limites. Aprenda a dizer NÃO a solicitações ou pedidos que não sejam urgentes;
- Estabeleça objetivos realistas para si, de acordo com o que consegue ou não fazer;
- Mantenha uma atitude otimista e motivadora para não cair na monotonia;
- Dedique algum tempo por dia a fazer algo de que goste sem sentir remorsos;
- Se os cuidados não lhe permitem sair com frequência, utilize o telefone para se manter em contacto com os seus amigos e/ou familiares;



- Se puder tire férias, pelo menos uma vez por ano. A seguir verá as coisas com maior serenidade;
- Aprenda a relaxar e aja com paciência perante situações que o possam descontrolar;
- Esteja atento aos sinais de alarme – é natural ter uma sensação de perda de controlo ocasional (ex. gritar com a pessoa a cargo), porque é humano e todos nós temos

limites. Mas, se essa situação começar a ser frequente é sinal de que deve procurar ajuda. Não insista ou fique envergonhado porque isso é fruto da situação que está a viver;

- Subdivida os problemas grandes para que fiquem mais fáceis de gerir resolvendo-os um a um;
- Conte com a ajuda de outros membros da família. Consulte-os, peça-lhes a sua opinião;
- Não dê importância às críticas – Ex: os outros só conhecem um lado da questão e não estão a passar pela mesma situação, por isso é fácil falar;
- Pratique uma atividade física regularmente, ajuda a reduzir o cansaço físico e psicológico;
- Reserve tempo para os familiares e amigos, mesmo que esse tempo tenha de ser programado como uma tarefa do seu dia a dia;
- Fale com outras pessoas que estão ou estiveram numa situação idêntica. Com elas poderá perceber que não está sozinho e aprender novas formas de lidar com a situação;
- Peça ajuda aos profissionais (assistente social, psicólogo, enfermeiros, etc.) ou nas instituições (câmara municipal, junta de freguesia, instituições de solidariedade social, etc.).
- Chore se ajudar, ria sem se sentir culpado.

(Adaptado de Governo dos Açores, Manual do Cuidador- Cuide de Si , Cuide dos Seus, 2016)

2.5. ESTRATÉGIAS PARA PRESERVAR A SAÚDE

- Quando se sentir cansado planeie dormir ao mesmo tempo que o seu familiar;
- Se tiver dormido pouco ao longo de vários dias seguidos peça a alguém que o substitua para dormir oito horas seguidas;
- Faça uma pausa sempre que necessitar, sem se sentir culpado. Estas pausas podem ser para descansar ou para sair;
- Não se aflija se as tarefas domésticas não forem executadas como é habitual. Procure desvalorizar a situação;
- Se trabalha fora de casa pondere a hipótese de pedir uma licença de assistência à família para as alturas de maior cansaço;
- Nas alturas em que se sente muito cansado recorra à sua equipa de saúde e informe-se sobre as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) para descanso do cuidador;
- Peça ajuda à sua família, amigos ou vizinhos quando se sentir muito sobrecarregado. Estes podem executar tarefas como cozinhar, fazer companhia à pessoa dependente, tomar conta das crianças;
- Peça a participação do seu familiar em relação a mudanças e decisões;
- Faça um plano de atividades para organizar melhor o seu tempo.

3 CUIDAR DO OUTRO

A percepção de qualidade de vida passa pelas oportunidades que a pessoa tem de se envolver e participar nas atividades do dia-a-dia. À pessoa dependente deve ser dada a oportunidade de participar nas atividades diárias promovendo a sua autonomia individual, integração e realização pessoal.

A pessoa em situação de dependência tem o direito a viver uma vida tão normal quanto possível. Incentive a pessoa a auto cuidar-se: a fazer a sua higiene, a vestir-se, a alimentar-se e a andar. Pentear-se, ajudar durante o banho, ajudar a vestir-se e a fazer as transferências são boas maneiras da pessoa se exercitar, manter a função do corpo e da mente, e de ser mais independente.

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

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

Fale devagar e articule bem as palavras, se necessário fale um pouco mais alto.

Fale com a pessoa da mesma forma que fala com qualquer adulto, mesmo que tenha algum problema de comunicação não a trate como uma criança.

Procure falar de temas do interesse da pessoa, comente a atualidade, veja com ela fotografias, desenvolva com ela atividades de que gosta.

Dê tempo à pessoa para que reflita e responda às perguntas.

Incentive a pessoa a exprimir os seus sentimentos, escute atentamente, mostre compreensão e transmita segurança.

Encoraje o convívio com amigos e familiares através de visitas ou telefonemas.

Ajude a pessoa a manter uma rotina recreativa. Por exemplo: leitura, escrita, jogar cartas, dominó.

3.2. HIGIENE E VESTUÁRIO

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

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

É importante para a pessoa ser capaz de participar mesmo nas mais pequenas atividades como segurar no sabonete,

lavar a cara, segurar no espelho, etc.

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

3.2.1. O Banho

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

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

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

O banho pode ser dado a qualquer hora, preferencialmente pela manhã, dado a pessoa apresentar mais energia, mas pode ser adaptado ao gosto da pessoa e à disponibilidade do cuidador.

No chuveiro:

- Se a pessoa tiver dificuldade de equilíbrio, providencie produtos de apoio para que se sente;
- Regule ou ajude a regular a temperatura da água;
- Ajude-a a entrar no banho e não a deixe sozinho;
- Estimule, oriente, supervisione e auxilie. Faça só aquilo que a pessoa não é capaz de fazer sozinha.
- Depois do banho, com a pessoa, sentada e em segurança,

deverá secar bem a pele e aplicar creme hidratante no corpo. Auxilie-a apenas nas regiões que ela não alcança.

(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Évora, Manual de Recursos do Cuidador Informal, 2016)



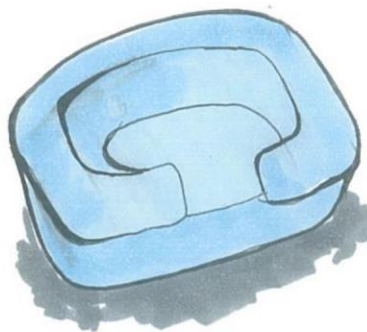
Casa de Banho Adaptada

Se necessário, faça adaptações técnicas na casa de banho:

- ✓ Barras de apoio junto à sanita, lavatório e banheira ou polibã;
- ✓ Tapete antiderrapante no fundo da banheira ou polibã;
- ✓ Fitas antiderrapantes junto à sanita, banheira/polibã e lavatório;
- ✓ Assento fixo na banheira/polibã.

Na cama:

- Utilize duas bacias de cores diferentes e duas manípulas distintas, específicas para cada função. Uma para a região genital e a outra para as restantes partes do corpo;
- Comece por lavar a cara. Se for dia de lavar a cabeça mude a água após a lavagem do cabelo;
- Para lavar o cabelo, cobrir com um resguardo (ou plástico) uma almofada, ou, se disponível, utilizar equipamento próprio (lavador de cabeça insuflável). Chegar a pessoa para a ponta da cama e apoiar a cabeça nessa almofada, com um balde ou bacia para receber a água. Depois de molhar a cabeça, use champô e molhe novamente até retirar a espuma, seque o cabelo;



Lavador de cabeça insuflável

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

- Com outra bacia, lave a região genital. Na mulher é importante lavar a vagina da frente para trás e no homem é importante lavar bem o pênis (puxe o prepúcio, pele sobre o pênis, para trás, efetue a higiene e volte a puxá-lo para a frente). Seque bem;
- Tape a parte superior do corpo com um lençol ou toalha;
- Faça o mesmo para a parte inferior do corpo. Coloque os pés numa bacia e lave bem entre os dedos. Seque bem;
- Vire a pessoa de lado na cama, para fazer a higiene das costas e da região anal. Seque e aplique creme hidratante; aproveite este momento para mudar os lençóis da cama;
- Termine de fazer a cama e coloque a pessoa numa posição confortável.

(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Évora, Manual de Recursos do Cuidador Informal, 2016)

IMPORTANTE:

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

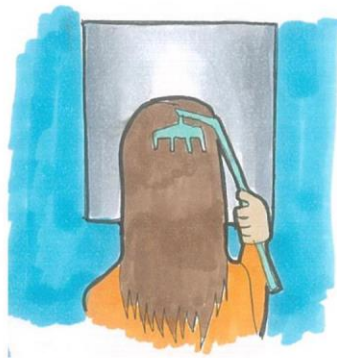
3.2.2. Pentear-se

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

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

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

(Adaptado de Governo dos Açores, Manual do Cuidador Cuidados à Pessoa Dependente: Promoção do Autocuidado e Lazer , 2016)



Ajudas técnicas para o pentear:

- ✓ Escova extensível;
- ✓ Pente extensível.

3.2.3. Vestir-se

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

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

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

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

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

(Adaptado de Governo dos Açores, Manual do Cuidador Cuidados à Pessoa Dependente: Promoção do Autocuidado e Lazer , 2016)



3.2.4. Higiene Oral

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

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

Se a pessoa que está a ser cuidada não consegue fazer a sua própria higiene oral, o cuidador deve ajudá-la da seguinte maneira:

- Colocar a pessoa sentada em frente ao lavatório e de preferência a um espelho para que ela possa visualizar o que estão a fazer (nunca efetue a higiene oral com a pessoa deitada, pois existe o risco de sufocar);
- Usar escova de dentes macia e sempre que possível usar também um desinfetante oral, sempre sem álcool, pois irá ajudar a limpar algum tipo de resíduo que fique acumulado e que a escova tradicional não consegue remover;
- Utilizar o fio dentário, para que se consiga chegar a zonas entre os dentes onde se acumula restos alimentares;
- Colocar uma pequena porção de pasta de dentes para evitar que a ocorra engasgamento ou para evitar que a pessoa a coma;
- Se a pessoa estiver inconsciente passe suavemente nos dentes, gengivas e língua uma compressa embebida em desinfetante oral;
- Coloque batom de cieiro ou vaselina nos lábios;

- Se a pessoa morder a escova, não tente retirá-la à força, o maxilar acabará por descontrair.
- Se a pessoa usar prótese dentária (dentadura), retire-a, escove e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio. Se a pessoa apresentar feridas na boca, tratar ou procurar a causa e colocar a dentadura apenas na hora das refeições;
- A prótese dentária é um bem precioso e indispensável para a autoimagem, comunicação e alimentação da pessoa.

(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, Manual do Cuidar, 2018)



3.3. ALIMENTAÇÃO

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

É importante que a alimentação seja saborosa, colorida e equilibrada, que respeite as preferências pessoais e valorize os alimentos da região, da época e que sejam acessíveis também do ponto de vista económico.

A hora da refeição é um momento de prazer e de contacto social. Encoraje a pessoa a sentar-se à mesa com a família e juntos partilharem as refeições.

Cuidados com as refeições:

- Estimule a pessoa a fazer as suas refeições sozinha (sempre que isso for possível) mesmo que no começo o faça muito lentamente;
- O prato, os talheres, o copo ou a chávena, devem estar adaptados para facilitar o seu uso;



Prato e copo adaptados

- Coloque a pessoa com a cabeceira bem elevada se a refeição for feita no leito (as almofadas podem ajudar no posicionamento);
- Não se esqueça de oferecer líquidos, mesmo que a pessoa não peça. É muito importante manter a hidratação;
- No caso da ausência parcial ou total dos dentes, e uso de prótese, deve oferecer carnes, legumes, verduras e frutas bem picadas, desfiadas, raladas, moídas ou batidas no liquidificador de forma a evitar o engasgamento.

(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Évora, Manual de Recursos do Cuidador Informal, 2016)

3.4. MOBILIZAÇÃO

Sempre que possível, a pessoa deve ser incentivada a mexer-se, a ser ativa. No caso de existência de problemas de equilíbrio ou diminuição da força muscular, a pessoa deve ser sempre supervisionada e apoiada.

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

Quando a pessoa dependente se encontra numa posição confortável existe a tentação de não se querer mobilizar. Poderá ter que insistir para que mude de posição.

CUIDADOS NO LEVANTE

- Verifique se todos os obstáculos e barreiras foram retirados do caminho;
- Antes do levante, sente a pessoa na beira da cama e verifique se apresenta tonturas;
- Dê indicação para onde se vai mobilizar a pessoa para que os movimentos sejam iguais;
- Conte até três para que todos se mexam ao mesmo tempo;
- Ao rodar para fazer a mobilização do utente, rode os seus pés ao mesmo tempo que o corpo, de modo a prevenir lesões na coluna e joelhos.

- Se a pessoa começar a cair não resista à queda. Acompanhe-o suavemente e proteja-se a si e a ela para não se magoar. Proteja a cabeça da pessoa para que não bata no chão.

(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Évora, Manual de Recursos do Cuidador Informal, 2016)

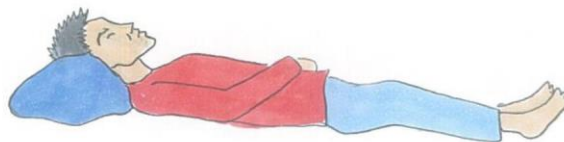


CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO NA CAMA:

- Se a pessoa for colaborante pedir a sua ajuda;
- Baixar a cabeceira da cama se possível;
- Respeitar o alinhamento do corpo;

- Aproveitar este momento para observar o estado da pele nas zonas de pressão;
- Fazer massagem, com creme hidratante, para ativar a circulação e prevenir úlceras por pressão;
- Utilizar almofadas para apoiar o corpo nos posicionamentos;
- Proteger as zonas avermelhadas com almofadas, protetores de cotovelos e calcanhares. A pele de carneiro é utilizada nestes casos;
- Manter lençóis bem esticados.

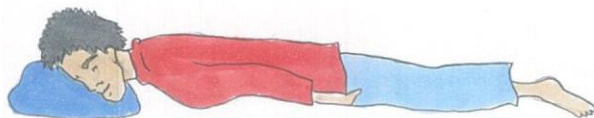
Exemplo de posicionamento na cama:



(Decúbito dorsal)



(Decúbito lateral)



(Decúbito ventral)

IMPORTANTE:

- ✓ Existem vários tipos de ajudas técnicas, tais como cama articulada, cadeiras de rodas, elevador de cama, andarilho, etc.
- ✓ Não compre antes de pedir conselho à equipa de saúde.
- ✓ A UCC de Estremoz dispõe de um banco de ajudas técnicas, com alguns materiais onde pode solicitar o empréstimo dos mesmos.

3.5. ÚLCERAS POR PRESSÃO

As úlceras por pressão ocorrem quando existe uma compressão da pele durante um longo período de tempo, entre o osso e uma superfície rígida (colchão, cadeira, etc.).

As úlceras por pressão surgem quando as pessoas não se conseguem movimentar e permanecem por longos períodos na mesma posição. Algumas condições de saúde podem também contribuir para o seu aparecimento (doenças, má alimentação, etc.).

PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO

- Manter um bom estado nutricional e cuidados de higiene adequados são fundamentais para prevenir as úlceras por pressão;
- Manter a pele bem limpa e seca;

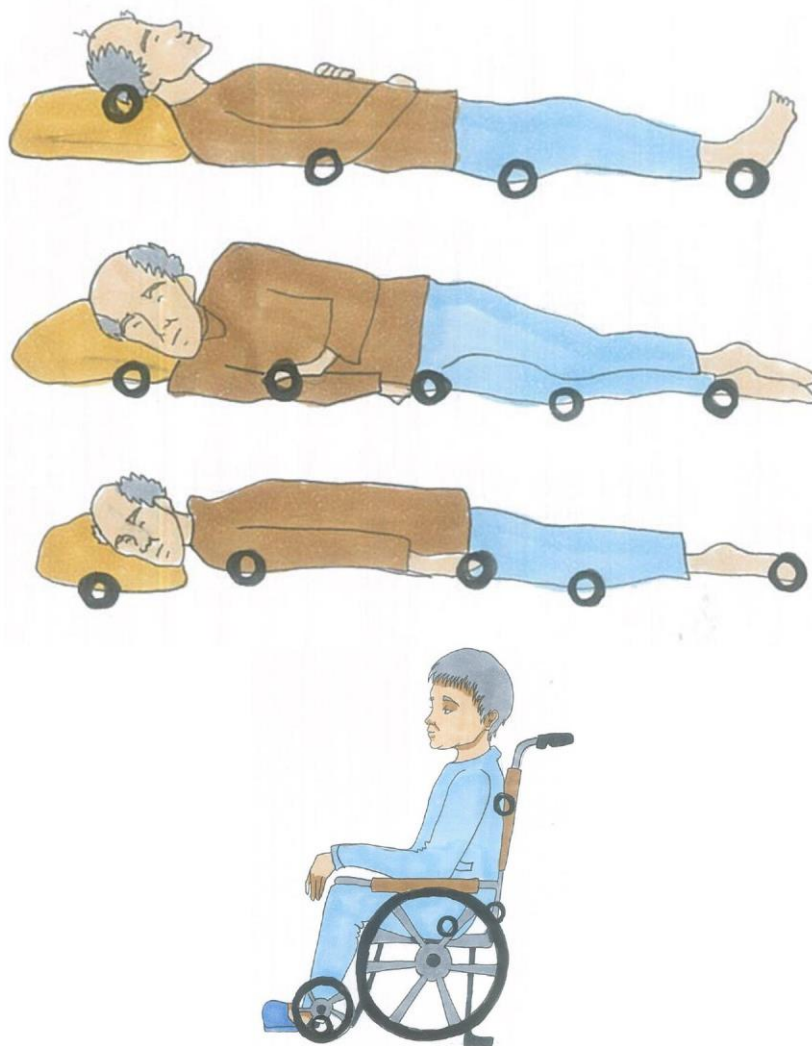
- Aplicar creme hidratante na pele e massajar;
- Quando mobilizar a pessoa, deve levantá-la se conseguir e nunca arrastá-la na cama (a fricção causa lesões na pele);
- Mudar a posição da pessoa de 2 em 2 horas;
- Manter a roupa da cama e da pessoa bem esticada;
- Na posição sentada, ter especial atenção ao peso do corpo sobre as nádegas (alternar o peso do corpo, ora sobre uma nádega, ora sobre outra);

IMPORTANTE:

- ✓ Se, apesar de todos os cuidados, observar na pele alguma zona avermelhada deverá contactar a equipa de saúde.
- ✓ Existe material de prevenção de úlceras por pressão, não compre sem se aconselhar com a equipa de saúde.

- Proteger os locais do corpo onde os ossos são mais salientes com almofadas, lençóis dobrados em forma de rolo, entre outros (almofada de gel, colchão anti escara, etc.).

As figuras seguintes dão exemplos dos locais mais comuns para o aparecimento de úlceras por pressão.



(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, Manual do Cuidar, 2018)

3.6. ELIMINAÇÃO

A eliminação vesical (urina) e intestinal são condições fisiológicas básicas que podem sofrer alterações com a idade, situações de doença, imobilidade da pessoa, entre outras.

FRALDA

A fralda é um recurso útil para a situação de incontinência. No entanto, a humidade e acidez da urina/fezes revela-se um inimigo para integridade da pele.

Cuidados a ter:

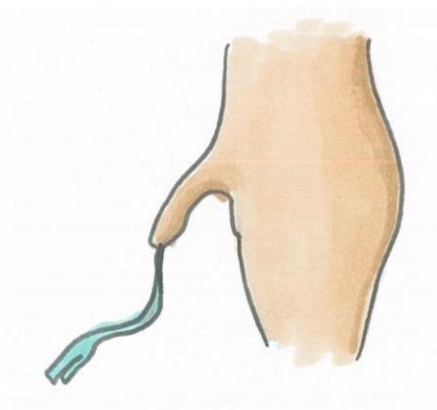
- A fralda deve ser mudada sempre que estiver suja/molhada;
- Na mudança da fralda, realizar uma higiene parcial da pele, secando bem;
- O tamanho e ajuste da fralda devem ser adequados à pessoa e tenha atenção aos elásticos, devem ajustar mas não apertar;
- Nas alterações do trânsito intestinal, é importante manter uma rotina de treino. Ter especial atenção com a ingestão de água e uma dieta rica em fibras, bem como incentivar a mobilidade;
- Na prestação de cuidados relacionados com a eliminação, use luvas para proteção (sua e da pessoa cuidada).

(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Évora, Manual de Recursos do Cuidador Informal, 2016)

ALGÁLIA - CATETER URINÁRIO

O cateter urinário, ou algália, pode ser utilizado em situações de retenção ou incontinência urinária. Neste método, o cateter é mantido dentro da bexiga e a urina flui continuamente para dentro de um saco coletor que pode ser fixado na lateral da cama, da cadeira de rodas ou na perna da pessoa (caso ela ande).

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



Cuidados a ter:

- Lave as mãos antes de mexer na algália;
- Limpe a pele a volta da algália com água e sabão pelo menos uma vez por dia para evitar a acumulação de secreções;

- Mantenha o saco coletor sempre abaixo do nível da cama, (abaixo do nível da bexiga) e não deixe que fique muito cheio, para evitar que a urina retorne para dentro da bexiga;
- Não deixe que a algália ou o tubo do saco coletor se dobre;
- A algália não precisa de nenhum tipo de fixação externa, porque tem um balão interno (na bexiga) que a impede de sair do lugar; tenha cuidado para não a puxar, porque irá ferir a uretra e provocar traumatismo.

(Adaptado de Unidade de Cuidados na Comunidade Évora, Manual de Recursos do Cuidador Informal, 2016)

IMPORTANTE

- ✓ Beber no mínimo 1,5 L de água por dia!
- ✓ Contatar a equipa de saúde nas seguintes situações:
 - Se a pessoa tiver febre ou a urina tiver um cheiro intenso for espessa ou turva;
 - Se apresentar inflamação na uretra ou na saída da algália;
 - Se observar sangue dentro ou à volta da algália;
 - Quando não urinar ou a quantidade de urina diminuir muito apesar de ter bebido muitos líquidos;
 - Se perder urina em grande quantidade por fora da algália.

4 APOIOS SOCIAIS

Existem apoios disponíveis ao nível da saúde e da segurança social que o podem ajudar e à pessoa de quem cuida.

Não se sinta intimidado pelas pessoas que estão em posição de lhe dar apoio e aconselhamento, este é o trabalho delas.

Seja claro relativamente ao que quer e se não perceber a explicação peça que repitam de forma mais clara e escreva, se o facilitar.

Apoios Sociais – Saúde

Atestado de Incapacidade Multiusos

O Atestado de Incapacidade Multiusos é um documento que comprova que a pessoa tem uma incapacidade (física ou outra) e através do qual é determinado o grau de incapacidade da pessoa, sendo que o mesmo indica expressamente qual a percentagem de incapacidade.

Com este documento os cidadãos a que corresponda um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, podem ter acesso a medidas e benefícios, tais como:

- Isenção das taxas moderadoras (Centro de Saúde);
- Acesso a Produtos de Apoio disponíveis para prevenir, compensar ou aliviar as incapacidades, limitações e

restrições;

- Benefícios para aquisição ou construção de habitação própria (Instituição de Crédito);
- Subsídio de Renda (Segurança Social);
- Isenção do Imposto Único de Circulação — IUC (Autoridade Tributária);
- Cartão estacionamento para pessoas com deficiência, condicionadas na sua mobilidade (IMT);
- Isenção de IVA na aquisição de triciclos, cadeiras de rodas (com e sem motor) e automóveis ligeiros de passageiros (Autoridade Tributária);
- Benefícios fiscais em sede de IRS (Autoridade Tributária);
- Abrigo do contingente especial para ingresso no ensino superior;
- Abrigo de disposições do Código do Trabalho para trabalhadores com deficiência;
- Quota de emprego na Administração Pública;
- Abrigo dos incentivos do IEFP à contratação de pessoas com deficiência pelo setor privado;
- Prioridade no atendimento;
- Descontos em algumas empresas de telecomunicações, que dão descontos de 30% ou de 50% e que oferecem equipamentos ou participam entre 40% e até 100% aparelhos de comunicação para pessoas com incapacidade igual ou superior a 60%.

(Adaptado de Instituto Nacional Para a Reabilitação, Guia Prático Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal, 2019)

Reembolso de Fraldas

Critérios para obter o reembolso:

- Ter Atestado de Incapacidade Multíusos igual ou superior a 60%;
- Ter isenção de taxas moderadoras por insuficiência económica;

Como pedir o reembolso:

- Pedir prescrição junto do Médico de Família dos produtos de apoio usados no corpo para absorção de urina e fezes (fraldas), não sendo necessária a apresentação de qualquer orçamento;
- Adquirir comprovativo do IBAN;
- Reunir comprovativos de pagamento (recibos) com o NIF do beneficiário isolado das restantes compras (Farmácia ou outra superfície comercial);
- Entregar ao balcão da sua Unidade de Saúde Familiar/ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

(Adaptado de Instituto Nacional Para a Reabilitação, Guia Prático Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal, 2019)

Banco de Ajudas Técnicas UCC de Estremoz

O banco de ajudas técnicas de UCC dispõe de equipamentos, tais como cama articulada, cadeira de rodas, banco de apoio para banho, entre outros que mediante pedido e disponibilidade, empresta de forma gratuita.

Apoios Sociais – Segurança Social

Complemento por Dependência

- É uma prestação mensal em dinheiro dada aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam de apoio de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana (higiene pessoal, alimentação e deslocação).

(Adaptado de Instituto da Segurança Social, Guia Prático Complemento por Dependência, 2019)

Apoios Sociais – Município

Cartão Municipal 65+

O “Cartão Municipal 65 +”, é um apoio social que visa dignificar e contribuir para melhorar as condições de vida dos idosos do concelho de Estremoz.

Podem ser titulares do “Cartão Municipal 65 +” os cidadãos residentes no concelho de Estremoz, desde que, cumulativamente, reúnam as seguintes condições:

- Tenha idade igual ou superior a 65 anos;
- Seja pensionista ou reformado;
- Seja residente e eleitor no concelho de Estremoz há pelo menos um ano;

- Podem igualmente ser titulares do “Cartão Municipal 65+” os pensionistas, independentemente da idade, desde que sejam titulares de reforma por invalidez absoluta, nos termos do disposto no artigo 15.º do Decreto-Lei nº 187/2007, de 10 de Maio e residam em Estremoz há pelo menos um ano.

O processo de candidatura é formalizado nos Serviços de Desenvolvimento Social - Ação Social da Câmara Municipal de Estremoz, através do preenchimento da ficha de adesão e mediante a apresentação dos seguintes documentos: Cópia do Cartão de Cidadão, ou cópia do Bilhete de Identidade, do Cartão de Eleitor, do Número de Identificação Fiscal e Cartão de Beneficiário do Subsistema de Proteção Social; documento da Junta de Freguesia que comprove a residência do agregado familiar.

O “Cartão Municipal 65+” atribui aos seus titulares os seguintes benefícios:

- Redução de 25% nos encargos com os ramais de ligação de água até 10m lineares, desde que o contador esteja em seu nome e se destine à sua habitação própria permanente;
- Redução de 50% nas taxas municipais referentes a operações urbanísticas a realizar no prédio em que possua habitação própria, com exceção das taxas relativas a operações de loteamento e obras de urbanização;
- 50% de redução no valor do bilhete de entrada em equipamentos ou iniciativas culturais e recreativas

promovidas pela autarquia;

- 50% de redução no valor do bilhete de acesso a equipamentos desportivos do município;
- Acesso gratuito às feiras temáticas de organização municipal;
- Descontos na aquisição de bens e serviços junto das Entidades Públicas ou Privadas aderentes ao “Cartão Municipal 65 +”.

(Adaptado de Câmara Municipal de Estremoz, Regulamento do Cartão Municipal 65+, 2011)

5 RECURSOS DA COMUNIDADE



- **Associação de Amigos da 3º Idade de S. Lourenço**
Largo da Padaria Lote 5
7100-809 São Lourenço de Mamporcão
268 919 119
aatisl@sapo.pt
Áreas de intervenção: Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário

- **Centro de Bem Estar Social de Estremoz**

Rua Magalhães Lima n.º 46

Apartado 234

7100-552 Estremoz

268 339 380

cbesestremoz@sapo.pt

Áreas de intervenção: Lar Residencial

- **Centro Social Paroquial de Santo André**

Estrada Nacional ao Gil, n.º18

7100- 075 Estremoz

268 333 405

csandre.etz@sapo.pt

Áreas de intervenção: Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário

- **Centro Social de Santo António dos Arcos**

Rua Catarina Eufémia

7100-017 Estremoz

268 840 364

cdearcos@gmail.com

Áreas de intervenção: Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário

- **Centro Social Paroquial de São Bento Cortiço**

Monte Loja Caixa Postal 1021

7100-630 São Bento do Cortiço

268 919 246

centrodiasbc@sapo.pt

Áreas de intervenção: Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário

- **Liga Dos Combatentes- Residência de São Nuno de Santa Maria**

Estrada Nacional nº 18 às Quintinhas

7100-103 Estremoz

268 334 204

nucleoetz@hotmail.com

Áreas de intervenção: Lar Residencial e Apoio Domiciliário

- **Recolhimento de Nossa Senhora dos Mártires**

Rua Heróis da Índia

7100-103 Estremoz

268 322 372

recolhimento.martires@gmail.com

Áreas de intervenção: Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário

- **Santa Casa da Misericórdia de Estremoz**

Rossio Marquês de Pombal nº 30

7100-513 Estremoz

268 333 838

misericordia_estremoz@sapo.pt

Áreas de intervenção: Lar Residencial

- **Santa Casa da Misericórdia de Évoramonte**

Praça dos Aviadores

7100-305 Évora Monte

268 959 350

scmevoramonte@gmail.com

Áreas de intervenção: Lar Residencial e Centro de Dia

- **Santa Casa da Misericórdia de Veiros**

Tapada da Carneira, Lote 1 Veiros

7100-691 VEIROS

268 920 100

scmveirosh@hotmail.com

Áreas de intervenção: Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário

- **Solar Do Poço Coberto Casa de Repouso, Lda.**

Courela do Poço Coberto, Apartado 189

7101 – 909 Estremoz

268 339 310

geral@solardopococoberto.pt

Áreas de intervenção: Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário

6. CONTATOS UTÍIS

- **Bombeiros Voluntários Estremoz**
268 337 360
bvestremoz.direccao@sapo.pt
- **Câmara Municipal de Estremoz**
268 337 360
geral@cm-estremoz.pt
- **Cruz Vermelha Portuguesa Estremoz**
268 333 300
mailto:destremoz@cruzvermelha.org.pt
- **Guarda Nacional Republicana de Estremoz**
268 322 804
ct.evr.detz.petz@gnr.pt
- **Junta de Freguesia de Ameixial (São Vitória e São Bento)**
268 324 028
uniaofreguesiasameixialsvsb@outlook.pt
- **Junta Freguesia de Estremoz (Santa Maria e Santo André)**
268 323 577
uniaofreguesiasetzsmm@sapo.pt
- **Junta de Freguesia de Arcos**
268 891 616
geral@jf-arcosetz.org.pt

- **Junta de Freguesia Glória**
268 324 338
junta.gloria@sapo.pt
- **Junta de Freguesia de São Domingos da Ana Loura**
268 891 836
freguesia.sdomingos@gmail.com
- **Junta de Freguesia de Veiros**
268 929 236
jfrequesia.veiros@sapo.pt
- **Junta de Freguesia de São Lourenço de Mamporção**
268 919 135
freguesiaslmamporca@gmail.com
- **Junta de Freguesia de Évoramonte**
268 950 200
jfreq.evoramonte@gmail.com
- **Junta de Freguesia de São Bento do Cortiço e Santo Estevão**
268 919 355
jfcortico@gmail.com
- **Polícia de Segurança Pública- Esquadra de Estremoz**
268 338 470
- **Segurança Social - Serviço Local de Estremoz**
LINHA SEGURANÇA SOCIAL
300 502 502, dias úteis das 9h00 às 17h00

Mais informações sobre este tema:

<https://eportugal.gov.pt/pt/cidadaos/cuidador-informal>

www.inr.pt/servicos

BIBLIOGRAFIA

- Câmara Municipal de Estremoz (2011). Regulamento do Cartão 65+. Obtido em 2 de dezembro de 2019, de www.cm-estremoz.pt/files/regulamento-do-cartao-municipal-65.pdf
- Governo dos Açores (2016). Manual do Cuidador Cuidados à Pessoa Dependente: Promoção do Autocuidado e Lazer. Obtido em 4 de novembro de 2019, de www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/OE9B9DA2-2C7D-4754-95B4-057B3DD1DD3A/932098/M2_Cuidado_Lazer_Site.pdf
- Governo dos Açores (2016). Manual do Cuidador Cuide de Si, Cuide dos Seus. Obtido em 10 de novembro de 2019, de [ww.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/OE9B9DA2-2C7D-4754-95B4-057B3DD1DD3A/932097/M6_Manual_Cuidador_SITE.pdf](http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/OE9B9DA2-2C7D-4754-95B4-057B3DD1DD3A/932097/M6_Manual_Cuidador_SITE.pdf)
- Instituto da Segurança Social (2019). Guia Prático Complemento de Dependência. Obtido em Dezembro de 10 de 2019, de http://www.seg-social.pt/documents/10152/15002/7013_complemento_dependencia/1333cd5e-09f0-4935-9ca4-eae7ace41161
- Instituto Nacional Para a Reabilitação (2019). Guia Prático Os direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal. Obtido em 5 de janeiro de 2020, de www.inr.pt/guia_pratico

Ministério da Saúde (2008). Guia Prático do Cuidador. Obtido em 16 de Novembro de 2019, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (2016). A Cuidar Consigo. Obtido em 5 de novembro de 2019, de https://lindor.info/-/media/incontinence/lindor/pdfs/pt/manual-cuidador_pt.pdf.

Unidade de Cuidados na Comunidade Évora (2016). Manual de Recursos do Cuidador. Obtido em 5 de novembro de 2019, de www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Documents/manualDo_cuidador_final.pdf

Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos (2018). Manual do Cuidar. Obtido em 5 de novembro de 2019, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061051/Documents/Manual%20do%20Cuidar%20UCCNM.pdf>

Unidade de Saúde Familiar Anta (2014). Manual do Cuidador Informal de Utentes Dependentes. Obtido em 5 de novembro de 2019, de <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/manual-do-cuidador-informal-de-utentes-dependentes/>

Unidade de Saúde Familiar Valongo (2017). Manual de Apoio ao Cuidador de Pacientes Dependentes. Obtido em 5 de novembro de 2019, de <https://www.usfvalongo.com/documentos/edu/guia.do.cuidador.de.pacientes.dependentes.-.usf.valongo.pdf>



Apêndice VI – **Cronograma do projeto**

MESES SEMANAS	ANO 2019																ANO 2020													
	Maio		Junho				Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Dezembro					
	3	4	1	2	3	4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
ATIVIDADES PLANEADAS																														
Diagnóstico de saúde	■	■	■	■	■	■	■	■																						
Realização das entrevistas						■																								
Apresentação do diagnóstico de situação à equipa de saúde da UCC									■																					
Definição de prioridades									■																					
Definição dos objetivos									■																					
Seleção de estratégias									■																					
Elaboração do manual do cuidador										■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■								
Reuniões com a equipa de saúde da UCC											■	■	■	■	■	■	■	■			■	■								
Reuniões com a designer gráfica e ilustradora																	■	■	■	■	■	■	■							
Avaliação do projeto										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		

Cronograma do projeto

Apêndice VII – **Artigo científico**

AS NECESSIDADES/DIFICULDADES DO FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO DEPENDENTE

RESUMO

Introdução: O familiar cuidador é o principal pilar da prestação de cuidados ao idoso dependente, assim é necessário conhecer as suas principais necessidades/dificuldades.

Objetivo: Identificar as necessidades/dificuldades do familiar cuidador do idoso dependente, utente da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo simples. A população alvo foram seis familiares cuidadores de idosos dependentes, utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Estremoz com alta no ano de 2018, tendo sido constituída uma amostra aleatória simples. O instrumento de colheita dados utilizado foi a entrevista semiestruturada. Para a realização da análise de conteúdo recorreu-se a uma estratégia de categorização de cariz indutivo.

Resultados: As principais dificuldades relatadas pelos familiares cuidadores prendem-se com a aceitação e adaptação à doença, a forma como lidam com a doença do familiar e a falta de tempo. As necessidades expressas são de apoio formal, nomeadamente, existência de estruturas de centro de dia. Relatam também, necessidades de formação ao nível da higiene, dos cuidados à pele e da gestão do tempo.

Conclusões: É necessário a cooperação entre os diferentes profissionais dos grupos formais e informais no sentido de melhorar o apoio aos idosos e à sua família e de se articularem potencializando-se numa resposta específica e eficaz de modo a proporcionar maior qualidade de vida e menor sobrecarga nos cuidadores.

Palavras-chave: Familiar cuidador, idoso dependente, necessidades, dificuldades

Apêndice VIII – Questionário pontos fortes e fracos

QUESTIONÁRIO

Avaliação do Projeto

Este questionário tem como finalidade conhecer a opinião da Equipa Multiprofissional da Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz, acerca do projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente”, no que concerne à avaliação do mesmo.

É garantida a confidencialidade das informações obtidas.

Obrigada pela colaboração.

1. Forças e fraquezas do projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente”.

a) Encontra forças no projeto? Qual ou quais?

b) Reconhece fraquezas no projeto? Qual ou quais?

2. Oportunidades e ameaças do projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente”.

a) Na sua opinião, que aspetos da envolvente externa podem ser aproveitados e potenciados em prol do projeto?

b) Que aspetos considera que podem vir a dificultar a continuidade da execução do projeto?

3. Sugestões

Que sugestões pode apresentar para a melhoria do projeto “Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente”?

Obrigada pela colaboração

ANEXOS

Anexo I – Parecer 10/2019/CE favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSA

ENT-ARSA/2019/8218
19.6.2019

O CONSELHO DIRETIVO

O Presidente: José Marques Róbalo

O Vogal: José António Martinho Lopes

A Vogal: Paula Ribeiro Marques



PARECER 10/2019/CE

18.06.2019
(Processo 26/CES/2019)

Sobre o projeto “*Promover a capacitação do Familiar Cuidador do Idoso dependente, em contexto de ECCI, até dezembro de 2020*”

A.1. Relatório

A Comissão de Ética (CE) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início de modo extraordinário pelo motivo de prazo evocado pela investigadora, em 11.06.2019 ao **Processo 26/2019/CE**, sobre o projeto “*Promover a capacitação do Familiar Cuidador do Idoso dependente, em contexto de ECCI, até dezembro de 2020.*”, da investigadora principal, Catarina Isabel Garcia Mendes, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Fronteira, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, a frequentar o 3º Mestrado em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tem como supervisoras clínicas a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Inês Polme e a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Sílvia Noruegas, enfermeiras na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.....

A Comissão de Ética reuniu duas vezes no âmbito deste projeto: uma vez com a Orientadora científica (em 07.06.2019) e uma vez com a investigadora (em 11.06.2019), a pedido das mesmas.....

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

- Protocolo do estudo, sumário, estado da arte, objetivos, descrição detalhada, procedimentos metodológicos, bibliografia.....
- Cronograma programa de trabalhos.....

- Carta de pedido formal de Parecer à Presidente da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.....
- Carta de pedido formal de autorização ao Presidente da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.....
- Modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....
- *Curriculum Vitae* da investigadora.....
- *Curriculum Vitae* da orientadora científica
- *Curriculum Vitae* da supervisora clínica.....
- Declaração de compromisso da investigadora de entrega à CES de Relatório final ou de relatórios anuais de evolução, assinada.....
- Declaração da Orientadora pedagógica assinada.....
- Declaração da Orientadora científica assinada.....
- Guião de entrevista semi-estruturada aos participantes.....
- Pedido de Autorização para realização de Projeto de Investigação dirigido à Diretora Executiva do Aces Alentejo Central.....
- Pedido de Autorização para realização de Projeto de Investigação dirigido à Coordenadora da UCC de Estremoz.....
- Pedido de Autorização para realização de Projeto de Investigação dirigido à Coordenadora da ECR Alentejo.....
- Declaração de compromisso para outros Investigadores ou Colaboradores assinada.....
- Modelo de identificação do Elo de Ligação assinada.....
- Declaração da Coordenadora da UCC sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas
- Pedido de informação ao Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre.....
- Resposta do Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre.....
- Declaração da investigadora sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais
- Declaração de compromisso da investigadora para a entrega à CE do Relatório final e de relatórios anuais da evolução da investigação.....



- Resposta por e-mail às solicitações de esclarecimentos e documentação por esta Comissão de Ética.....

A.3. Resumo da Documentação

Trata-se de um estudo descritivo simples, tendo em conta as variáveis medidas pelos instrumentos. Tem como objetivo geral promover a capacitação do Familiar Cuidador do Idoso dependente, em contexto de ECCI, até dezembro de 2020. Contempla como objetivos específicos: a) identificar as necessidades/dificuldades do familiar cuidador dos utentes integrados em ECCI; b) construir um programa de intervenção ao nível da visita domiciliária como suporte facilitador da capacitação do cuidador informal. O projeto de intervenção na comunidade incide na temática das necessidades/dificuldades do familiar cuidador de idosos dependentes, utentes da ECCI de Estremoz, com recurso à metodologia do projeto (planeamento, implementação e avaliação) e tendo como ancoragem a metodologia do planeamento em saúde, entre Junho de 2019 e Janeiro de 2020.....

Na fase inicial do projeto, integrado no diagnóstico de situação, a população alvo serão os familiares cuidadores de idosos dependentes, utentes da ECCI Estremoz com alta no ano de 2018. No protocolo entregue ainda se observa que “será constituída uma amostra não probabilística com opção pela amostragem em “Bola de neve”. Neste processo o enfermeiro da ECCI constitui-se como o Elo de ligação, sendo o mesmo a fazer o contacto inicial com o primeiro familiar cuidador. Serão posteriormente os próprios cuidadores que indicarão outros cuidadores (Bola de Neve).”; contudo após proposta desta Comissão foi aceite pela investigadora a alteração desta metodologia. Este procedimento será finalizado a partir do critério de ponto de saturação. Não serão utilizados quaisquer dados dos utentes registados em ECCI. Na segunda fase do projeto, período entre setembro de 2018 e janeiro de 2019, pretende-se planear intervenções específicas tendo por base o diagnóstico/identificação do problema. O planeamento delineado será implementado através da execução das atividades planeadas que posteriormente serão avaliadas.....

O instrumento de recolha de dados a utilizar é a entrevista. Será realizada uma entrevista semiestruturada dirigida aos familiares cuidadores de idosos dependentes, utentes da ECCI Estremoz, com alta no ano de 2018 para a qual foi construído um guião pelo investigador.....

O Consentimento Informado Livre Esclarecido (CILE) será entregue aos entrevistados que caso concordem na realização da entrevista deverão preencher e assinar os CILE e devolver ao investigador antes da realização da entrevista. Para registo da informação recolhida será utilizado o registo áudio, salientando-se que o registo será anónimo. Os dados recolhidos ficarão na posse do investigador que os utilizará exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados obtidos. As entrevistas serão codificadas através da utilização de letras. O código por si só não permitirá a identificação dos entrevistados.....

Após a realização da entrevista será realizada uma transcrição do discurso produzido pelos familiares cuidadores e proceder-se-á a uma análise de conteúdo. Para a realização da análise de conteúdo irá recorrer-se a uma estratégia de categorização de cariz indutivo, sendo que após a identificação das unidades de registo, estas serão dispostas em subcategorias e de seguida em categorias. Os dados das entrevistas serão trabalhados sob a forma de dados agregados. A informação será recolhida através de registo áudio, salientando-se que o registo será anónimo. Os dados recolhidos ficarão na posse do investigador que os utilizará exclusivamente no âmbito da investigação. Após conversão do áudio da entrevista em texto, os áudios serão destruídos em setembro de 2019. Um ano após a discussão da tese de mestrado, todos os dados serão destruídos. Os dados recolhidos, ficarão na posse da investigadora que os guardará sigilosamente em cofre próprio e em local só por ela conhecido. No que se refere à gestão da segurança de informação tendo em consideração a proteção de dados via informática, os mesmos ficarão salvaguardados de forma codificada no computador pessoal da investigadora, sendo necessário colocar palavra-passe para iniciar o uso do equipamento, sendo aquela do conhecimento único da investigadora.....

Os recursos utilizados e as despesas decorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo do investigador.....

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

B.1. A relevância e pertinência do estudo, em particular para a ARSA, estão cabalmente justificadas com a fundamentação teórica apresentada, nomeadamente para o planeamento em saúde ao nível local com a identificação das necessidades em saúde da população, focada e centrada nas pessoas;

B.2. Os princípios de rigor e transparência estão garantidos em relação ao desenho e metodologia do estudo. A metodologia descrita no protocolo de investigação no que diz respeito, a fontes de recolha de dados e o seu tratamento, cumpre os requisitos da metodologia científica salvaguardando requisitos éticos, que asseguram e garantem o anonimato, privacidade, respeito e segurança.....

B.3. A utilização de um guião de entrevista criado pela investigador e não previamente validado, obriga a considerar a realização de um pré-teste de validação do instrumento de trabalho.....

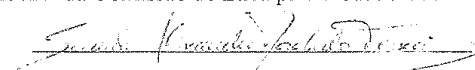
B.4. Esta CE solicitou a revisão da metodologia de amostragem, uma vez que através do elo de ligação e da própria investigadora, será possível obter uma base de amostragem dos utentes com alta da ECCI em 2018 e assim realizar por exemplo uma amostragem aleatória simples. Esta técnica de amostragem probabilística, é uma boa recomendação no sentido de se garantir a representatividade da amostra, pois o acaso será o único responsável por discrepâncias entre a amostra e a população, para além de que com esta técnica poderá realizar-se inferência estatística. A amostragem não probabilística “Bola de Neve” neste estudo parece poder enviesar a população alvo, de forma a obter uma amostra de familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes com alta em 2018. Se um cuidador indicar um outro cuidador de um utente que tenha tido alta em outro ano, que não o que está em estudo, por exemplo 2017, como se procederá? Rejeitar-se-á a colaboração de um cuidador, que se está a disponibilizar para participar no estudo? A investigadora respondeu por e-mail concordando com a metodologia proposta por esta Comissão, pelo que se aguarda ao envio do protocolo do estudo contemplando esta alteração antes do início da colheita de dados.....

CONCLUSÃO.....

Perante o exposto esta CE deliberou por unanimidade emitir o Parecer 10/2019/CES favorável condicionado ao ponto B.3. e B.4. para obtenção de autorização para realização deste estudo.

Aprovado em reunião do dia 18.06.2019, por unanimidade.

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



(Susana Teixeira)