



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

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: APOIAR QUEM CUIDA

Cláudia Sofia Talhinhos Ganga

Orientação: Professora Doutora Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



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

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: APOIAR QUEM CUIDA

Cláudia Sofia Talhinhos Ganga

Orientação: Professora Doutora Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Professor Doutor Adriano Pedro (Escola Superior de Saúde – I.P. Portalegre)

Vogais | Professora Doutora Ana Sobral Canhestro (Escola Superior de Saúde – I.P. Beja) (Arguente)

Professora Doutora Ermelinda Caldeira (Escola Superior de Enfermagem, São João de Deus) (Orientador)

EPIGRAFE

"A teoria sem prática é estéril, a prática sem teoria é cega!"

Karl Marx

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não seria possível sem o contributo valioso de várias pessoas, tanto a nível profissional como a nível pessoal.

Em primeiro lugar agradecer a minha Supervisora Clínica, Fernanda, pois sem a força, paciência, apoio e incentivo, certamente não teria concluído este projeto.

À minha orientadora Professora Doutora Ermelinda Caldeira, pela orientação, disponibilidade, paciência e motivação, ensinando-me que não devemos desistir dos nossos objetivos.

À minha mãe que sempre me incentivou a ser mais e melhor, a superar-me e que sempre fez questão de suportar todos e quaisquer custos relativos à minha educação, mesmo na minha vida adulta.

Ao meu marido, pela parceria e colaboração nas tarefas diárias, pois com crianças é difícil gerir tudo.

E por fim, aos mais importantes, os meus filhos, pelo amor incondicional que me dão, mesmo nos dias em que o tempo é escasso e a paciência também...e pela compreensão nos momentos de ausência.

RESUMO

A sobrecarga do cuidador informal constitui um tema de grande relevância e atualidade, merecedor de uma análise aprofundada. Compreender a magnitude deste fenómeno é crucial para a implementação de medidas eficazes de apoio aos cuidadores e para promover uma melhor qualidade de vida para todos os envolvidos.

Tendo por base a problemática, desenvolveu-se um projeto, ancorado na Metodologia do Planeamento em Saúde e enquadrado nas unidades curriculares, Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e Estágio Final, do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade do Alentejo Central. O projeto, teve como objetivo: Reduzir a sobrecarga do cuidador informal, do idoso dependente, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Numa primeira etapa realizou-se o diagnóstico de situação com o intuito de Avaliar a sobrecarga do cuidador informal, dos utentes dependentes, integrados numa ECCI de um Centro de Saúde do Alentejo Central. Para tal desenvolveu-se um estudo descritivo simples, de abordagem quantitativa. Amostra por conveniência, constituída pelos cuidadores informais dos idosos dependentes, utentes de uma ECCI, num total de 7 cuidadores. O diagnóstico de situação, revela que todos os cuidadores se encontram em sobrecarga intensa/elevada. Ao analisar os resultados, tendo por base os quatro principais fatores de sobrecarga sugeridos por Sequeira (2010), considerando a pontuação média de cada um, destacou-se o "Impacto da prestação de cuidados" com uma média de cerca de 30%. Seguem-se as expectativas relacionadas ao ato de cuidar, com uma média de 15%. Quanto ao fator que diz respeito à interação interpessoal, revela-se uma média de 14%, e por último o fator 4, relacionado com a perceção de autoeficácia, com uma percentagem de 5%.

Tendo por base os resultados do diagnóstico, e considerando que a sobrecarga pode resultar em impactos negativos tanto na sua saúde física quanto mental do cuidador, este cenário exige uma intervenção urgente para desenvolver estratégias de apoio eficazes. Nesse âmbito desenvolveu-se o Guia de apoio, informação e capacitação do familiar cuidador.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Estado Funcional; Enfermagem Domiciliar; Cuidadores; Sobrecarga do Cuidador.

ABSTRACT

Informal caregiver burden is a highly relevant and topical issue that deserves in-depth analysis. Understanding the magnitude of this phenomenon is crucial for implementing effective measures to support caregivers and promote a better quality of life for all involved.

Based on the problem, a project was developed, anchored in the Health Planning Methodology and framed in the curricular units, Internship in Community and Public Health Nursing I and Final Internship, of the Master's Degree in Nursing in the area of Specialization of Community and Public Health Nursing, which took place in a Community Care Unit in Central Alentejo. The aim of the project was to reduce the burden on informal caregivers of dependent elderly people in the context of an Integrated Continued Care Team (ICCT). In the first stage, a diagnosis of the situation was carried out with the aim of assessing the burden on the informal caregiver of dependent users integrated into an ICCT in a Health Center in Central Alentejo. To this end, a simple descriptive study with a quantitative approach was carried out. The convenience sample consisted of the informal caregivers of dependent elderly users of an ICCT, a total of 7 caregivers. The diagnosis of the situation reveals that all the caregivers are experiencing intense/high overload. When analyzing the results, based on the four main overload factors suggested by Sequeira (2010), considering the average score for each one, "Impact of providing care" stood out with an average of around 30%. This was followed by expectations related to the act of caring, with an average of 15%. The factor relating to interpersonal interaction had an average score of 14%, and lastly factor 4, relating to the perception of self-efficacy, had an average score of 5%.

Based on the results of the diagnosis, and considering that overload can have a negative impact on both the physical and mental health of the caregiver, this scenario requires urgent intervention to develop effective support strategies. With this in mind, the Guide to support, information and training for family caregivers was developed.

Descriptors: Community Health Nursing; Functional Status; Home Health Nursing; Caregivers; Caregiver Burden.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE - Instituto Nacional de Estatística

Km - Quilómetros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	15
1.2. CUIDADOR INFORMAL	17
1.3. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	19
1.4. SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	20
1.5. LITERACIA EM SAÚDE	20
1.6. MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM - A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO	21
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	24
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	24
2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	25
2.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO TERRITORIAL E DEMOGRÁFICO	26
3. METODOLOGIA.....	31
3.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLHEITA DE DADOS	31
3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS	32
4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	34
4.1 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	34
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO	35
4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	35
5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	43
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	45

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	47
7.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	47
7.2 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS DO PROJETO	49
7.3 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	49
7.4 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	50
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	52
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	54
10.CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
 ANEXOS.....	 65
Anexo 1 – Escala da Sobrecarga do Cuidador Informal	66
Anexo 2 – Parecer da Coordenadora da Instituição/Unidade Funcional	69
 APÊNDICES	 71
Apêndice 1 – Parecer Do Encarregado Da Proteção De Dados Do IPP.....	72
Apêndice 2 – Consentimento Informado Livre e Esclarecido.....	74
Apêndice 3 – Análise de Dados.....	78
Apêndice 4 – Determinação de Prioridades	82
Apêndice 5 – Stakeholders	85
Apêndice 6 - Apresentação do Projeto à Equipa.....	87
Apêndice 7 – Apresentação dos Resultados do Diagnóstico à Equipa.....	93
Apêndice 8 – Guia de Apoio, Informação e Capacitação do Familiar Cuidador.....	103

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População e Indicadores demográficos.....	26
Tabela 2 - Densidade Populacional	27
Tabela 3 - Taxa Bruta de Mortalidade.....	27
Tabela 4 - Índice de Envelhecimento 1	27
Tabela 5 - Índice de Envelhecimento 2	28
Tabela 6 - População analfabeta residente com 10 e mais anos segundo os Censos	29
Tabela 7 - População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado (%).	30
Tabela 8 - Score e variáveis correspondentes à aplicação da Escala de Zarit	36
Tabela 9 - “impacto da prestação de cuidados”	37
Tabela 10 - “relação interpessoal”	38
Tabela 11 - “expectativas com o cuidar”	38
Tabela 12 - “percepção de auto-eficácia”	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Quadro 1 - Caracterização da População-alvo, segundo idade e género	36
Quadro 2 - Custos Adicionais	50
Quadro 3 - Cronograma do Projeto	51
Quadro 4 - Scores correspondentes à segunda aplicação da Escala de Zarit	53
Quadro 5 - Scores correspondentes à primeira e segunda aplicação da Escala de Zarit.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição dos utentes abrangidos pelos CSP/UCC do concelho	29
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Score médio por cada fator de sobrecarga	39
--	----

0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, enquadrado na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e visa a obtenção do grau de mestre. Descreve as ocorrências sucedidas no decorrer da elaboração de um projeto de intervenção comunitária, realizado no Estágio que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Alentejo Central.

Ao efetuar um levantamento das necessidades no local de estágio, identificou-se uma lacuna no que diz respeito aos cuidadores informais. Para validar a necessidade de intervenção nesta população, foi utilizado um instrumento de recolha de dados, confirmando-se assim a urgência de intervenção no que diz respeito à sobrecarga dos cuidadores informais.

A realização deste relatório pretende demonstrar a aquisição e consolidação de competências por parte da estudante.

Ao longo deste trabalho será desenvolvido, um enquadramento teórico sobre a temática escolhida, a caracterização do ambiente onde decorreu o estágio, a descrição do concelho e da sua população, bem como a conceção do projeto, ancorado na metodologia do Planeamento em Saúde.

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo qual é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”. Este facto está, em grande parte, associado à falta de consenso quanto à semântica do uso da palavra “idoso” e “velho”

(Sequeira, 2018, p. 6)

De forma global, o envelhecimento, ocorre ao longo do ciclo de vida. Sendo que ninguém envelhece de um momento para outro, pelo que as transformações graduais que ocorrem ao longo da vida e as transformações das características físicas e mentais das pessoas é que funcionam como “indicadores de velhice” (Sequeira, 2018, p. 6).

Numa sociedade em desenvolvimento, o aumento da esperança de vida e por outro lado, o crescimento da população envelhecida, demonstraram a necessidade de estabelecer de um plano individual e coletivo relacionado com o envelhecimento (Sequeira, 2018).

Verifica-se uma modificação nos modelos tradicionais das famílias, confirmando-se que o contexto familiar é o primeiro local de cuidados, estando cada vez mais diminuído o seu núcleo primordial, habitualmente composto por dois idosos de idades semelhantes, com filhos que residem noutra casa e frequentemente, noutra localidade. A qualidade dos cuidados prestados ao membro mais velho, deve ter em consideração o suporte familiar como imprescindível. Porém, a prestação de cuidados no domicílio a pessoas dependentes é uma função trabalhosa, que pode trazer complicações para o cuidador e para a família como um todo. Compreendendo, as alterações na dinâmica da família que coabita e cuida de um familiar idoso dependente, podemos mais corretamente reconhecer aquelas famílias que se encontram em risco de desequilíbrio, e assim determinar mecanismos e programas de apoio para as mesmas (Salgueiro & Lopes, 2010).

Quando uma pessoa fica incapacitada, por motivo de doença, seja ela qual for, a família é sempre a primeira a ser responsabilizada por cuidar desta, em ambiente domiciliário, após alta clínica. E apesar da das famílias terem sofrido alterações quer a nível estrutural, quer a nível funcional, em Portugal, a família continua a ser principal fonte de prestação de cuidados aos familiares dependentes, sendo que Portugal se destaca do resto da Europa, apresentando a maior taxa de cuidados domiciliários informais, cerca de 12,4% (Castro, et al., 2016).

Estima-se que em Portugal, há 800 mil cuidadores informais, correspondendo a 8% da população. Estes, prestam cuidados a familiares e pessoas próximas sem auferir remuneração. O estatuto do Cuidador informal foi um grande marco para os mesmos, dado que, passam a ser reconhecidos através da lei e têm o direito a serem tratadas com toda a dignidade. Ainda é necessário alocar um conjunto de medidas, para melhor atender às suas necessidades e planear um conjunto de políticas mais eficazes. Considera-se de extrema importância a designação de um profissional de saúde de referência; o direito ao aconselhamento, acompanhamento e capacitação e encaminhamento para redes sociais de suporte (Alves & Ribas, 2019).

Segundo Dantas (2020) os cuidadores informais, sentem sofrimento por terem de lidar com a dependência física e a incapacidade mental do familiar a seu cargo. Verificando-se um aumento do stress do cuidador, quer a nível físico e psicológico, bem como depressão, ansiedade e outros problemas de saúde, quando equiparados, com pessoas da mesma idade, mas não cuidadores.

Para Gemitó (2015) os cuidadores informais sentem-se menos satisfeitos e avaliam a sua saúde como sendo pior. A sobrecarga destes, é elevada, por norma, e consideram o seu estado de saúde como fraco, sentindo-se mais nervosos, deprimidos, tristes e menos calmos e felizes. Quanto mais sobrecarregados se sentem, no seu papel, mais desfavorável se torna a perceção do seu estado de saúde (física ou mental). Deste modo, podemos depreender que a sobrecarga que resulta da prestação de cuidados, ao utente dependente, interfere diretamente no bem-estar do cuidador.

Interessa entender a realidade que comporta o cuidar no domicílio e quais os resultados sobre a família cuidadora, pois só desta forma, se pode introduzir cuidados em que a pessoa dependente e a sua família estão no centro das decisões, procurando atender às necessidades globais (Salgueiro & Lopes, 2010).

É então imprescindível que o cuidador informal seja esclarecido relativamente aos recursos existentes na comunidade, de apoio aos mesmos, bem como, um investimento na promoção e capacitação destes, permitindo assim reduzir o impacto negativo e a sobrecarga, associada à prestação de cuidados a utentes dependentes e/ou com incapacidades cognitivas (Gemitó, 2015).

Assim sendo, a capacitação dos cuidadores informais representa diferentes benefícios, para estes, ao nível da sobrecarga e diminuição do stress, para o familiar a seu cargo, melhorando a qualidade dos cuidados prestados, mas também, para o próprio sistema social e de saúde, no que concerne à redução de custos (DGS, 2023). Considerando a alínea b. do Artigo 2.º do Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária —Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2018), cabe ao enfermeiro, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, a fim de os tornar mais autónomos e responsáveis, quer face à saúde, ou dos seus dependentes. Assim, o enfermeiro especialista deve, mobilizar e integrar “(...) conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação, nos processos de capacitação das comunidades”, desenvolvendo e planeando programas de intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde, bem como, proceder “(...) à avaliação do processo e resultados das atividades de informação”, pois apesar da informação ser passada, não significa que a pessoa a tenha adquirido, pelo que é fundamental avaliar até que ponto foi assimilada. Só assim se adquirem níveis de literacia positivos (OE, 2018, p. 19356).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

“Portugal apresenta um dos maiores índices de envelhecimento da população residente entre os países da União Europeia (153,2%) e as estimativas nacionais indicam que este índice mais do que dobrará até 2080.” (Goes, et al., 2020, p. 1)

Segundo os mesmos autores, as alterações físicas que surgem com o envelhecimento, não têm necessariamente de estar relacionadas com doenças, sendo que há que diferenciar a senilidade como um processo patológico de envelhecimento e a senescência como um processo normal do mesmo. Desta forma, não devemos tomar como certa, a associação do envelhecimento, com o aparecimento de doenças crónicas. Ainda assim, este processo é inevitável e acarreta em si várias alterações, que contribuem para aumentar a probabilidade de desenvolver processos patológicos (Goes et al., 2020).

Assim sendo, para Nunes (2017), o envelhecimento, deve acontecer de forma saudável, a fim de que a pessoa consiga viver de forma autónoma, durante o maior tempo possível, até ao final da vida. “Isso implica uma responsabilização da própria pessoa e da sociedade em promover as ações necessárias para integrar uma perspectiva de mudança nos comportamentos e na capacidade de resposta do Governo ajustada ao ambiente e às necessidades.” (Nunes, 2017, p. 135).

A esperança de vida à nascença, em Portugal, é de 80,80 anos (INE, 2021), sendo que a esperança de vida aos 65 anos é de 19,69 anos, para o total da população (INE, 2023). Segundo os dados estatísticos de 2019, indicam que a média de anos de vida saudável aos 65, é de 7,3 anos (INE, 2021). Então, fazendo uma avaliação pormenorizada, podemos concluir que aproximadamente 12 anos, após os 65, são vividos sem qualidade de vida. Para Nunes (2017), este facto deve-se a fatores epidemiológicos, socioeconómicos, bem como carência de comportamentos saudáveis e estratégias de envelhecimento ativo.

Para Mendes (2020), ao longo dos tempos o “idoso” foi visto pela sociedade, de várias formas, assumindo um papel mais ou menos valorizado. A maioria dos idosos,

têm uma percepção de envelhecimento negativo, o que aumenta o risco de vulnerabilidade e as exigências entre as relações de diferentes gerações.

Segundo Castro, et al. (2016), e apesar de uma maior longevidade ser considerada como uma conquista importante para a população, as possibilidades da pessoa viver muitos anos, gozando de boa saúde, são reduzidas, uma vez que com o avançar da idade a possibilidade da pessoa desenvolver doenças crônicas ou generativas, aumenta, podendo torná-la dependente, o que traz danos para a sua autonomia e proporcionalmente altera a sua qualidade de vida.

Este facto deve-se, não só ao envelhecimento, mas também à prática de estilos de vida pouco saudáveis. Segundo Ramos, et al. (2017), mais de 50% dos idosos sofrem de doenças crônicas, oncológicas e degenerativas, doenças estas que afetam diretamente a independência dos idosos, tendo um impacto negativo nas atividades de vida diária dos mesmos.

Segundo Santos, et al. (2017) o autocuidado foi definido, em 1991, por Dorothea Orem como, "(...)desempenho ou a prática de actividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar." (p. 51).

Mais recentemente a OMS atualiza a definição de autocuidado como, "(...) a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde, e para lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um prestador de cuidados de saúde." (WHO, 2013, p. 15)

Petronilho (2012), defende que, são vários os fatores que dão ênfase ao autocuidado, no âmbito da saúde. Devido a inúmeras questões, nomeadamente o predomínio de doenças crônicas, associadas ao envelhecimento, o autocuidado é utilizado como "recurso", na promoção da saúde e na administração do processo de saúde/doença, tudo isto, com o principal objetivo de melhorar a qualidade de vida, da pessoa. Assim, podemos considerar que a pessoa está capacitada para o autocuidado, quando é capaz de "manter", "restabelecer" ou "melhorar" a sua saúde (Santos, et al., 2017).

Orem, desenvolveu três teorias, de entre as quais, a Teoria do Défice de Autocuidado, esta emerge, quando as necessidades da pessoa, excedem a sua capacidade para se autocuidar (Petronilho, 2012).

Em resultado dessa necessidade, surgiu a terceira Teoria de Orem, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em que o papel do enfermeiro, é destacado uma vez que:

(...) o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de

conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm uma intervenção decisiva.

(Santos, et al., 2017, p. 52)

Segundo Castro, et al. (2016), quando uma pessoa, fica dependente ou incapacitada, por motivo de doença, quer a nível físico ou mental, a família será sempre a primeira, a ser responsabilizada, para garantir o cuidado, no domicílio. Neste caso, cabe ao enfermeiro, avaliar a necessidade de autocuidado dessa pessoa, bem como, estabelecer uma relação terapêutica com esta, e a sua família, com o objetivo de orientar e capacitar os mesmos para o autocuidado, tendo sempre em conta a individualidade da mesma, promovendo a sua qualidade de vida.

Então, e citando Ramos, et al. (2017):

(...) os cuidados e pesquisas de enfermagem sobre os idosos com déficit funcional são vitais para aumentar os resultados de saúde, assim como prevenir a morbimortalidade. É um contributo essencial para a melhoria do seu estado de saúde, pois permite um envelhecimento ativo e vigoroso. Isso significa que o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional promovem o autocuidado, o bem-estar e a qualidade de vida na idade avançada.

(p. 1)

1.2. CUIDADOR INFORMAL

O envelhecimento populacional, ao qual se aliam índices de dependência elevados, acarreta uma maior vulnerabilidade ao idoso. Verifica-se, que os avanços tecnológicos, da medicina e até mesmo, a melhoria das condições socioeconómicas possibilitaram um aumento da longevidade da população. Estes fatores, levam a uma maior consciencialização, por parte da comunidade científica, analisando os problemas da pessoa e da relevância da manutenção da sua qualidade de vida, compreendendo o envelhecimento bem-sucedido, para o qual, a participação dos cuidadores informais é primordial (Sequeira, 2018, p. 162).

“Por norma, nas situações de doença, a família tende a organizar-se de maneira que um dos seus membros assuma a responsabilidade pelos cuidados. Este membro, ao ser chamado para o exercício desta tarefa, será reconhecido como cuidador informal familiar.” (Castro, et al., 2016, p. 1347)

O cuidador informal, ficava até então, responsável pela prestação de cuidados de conforto e bem-estar, do familiar a seu encargo, sem qualquer apoio económico, deixando muitas vezes de trabalhar, para poder auxiliar a pessoa dependente, e na maioria das vezes, sem formação específica para desempenhar esse papel.

Contudo, em Portugal, foi atualmente reconhecido o papel do cuidador informal, sendo aprovado o Estatuto de Cuidador Informa, pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que define um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio (Departamento de Prestações e Contribuições, 2021).

No artigo 2º da referida Lei consideram-se dois tipos de cuidadores:

o cuidador informal principal,

Considera-se 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.

(Decreto Lei nº100/2019 de 6 de Setembro, 2019, p. 9)

e o cuidador informal não principal

Considera-se 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.

(Decreto Lei nº100/2019 de 6 de Setembro, 2019, p. 9)

O estatuto do Cuidador informal foi um grande marco para os mesmos, dado que, passam a ser reconhecidos através da lei e têm o direito a serem tratados com toda a dignidade. Ainda é necessário alocar um conjunto de medidas, para melhor atender às suas necessidades e planear um conjunto de políticas mais eficazes. Considera-se de extrema importância a designação de um profissional de saúde de referência; o direito ao aconselhamento, acompanhamento; capacitação e encaminhamento para redes sociais de suporte.

1.3. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

No Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), verificamos que anteriormente ao internamento, 82% da origem de apoio prestado era desenvolvida por familiares. Existe uma grande falta de métodos inovadores e imaginativos, que possam contribuir para uma prestação de cuidados ao idoso/pessoa dependente, e ao mesmo tempo, se depara com a realidade socioeconómica do país. O objetivo final, deve permitir a prestação de cuidados no domicílio como estratégia para a manutenção do grau de autonomia e dignidade, das pessoas e pelo maior tempo possível (Martins, et al., 2018).

Atualmente, tem-se vindo a verificar, um reforço das respostas aos utentes e cuidadores, tais como: rede de cuidados continuados, hospitalização domiciliária, cuidados paliativos e cuidados de saúde primários. As unidades de cuidados na comunidade (UCC), têm um maior número de intervenções dirigidas aos cuidadores, bem como, das suas equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).

A responsabilidade da prestação de cuidados, na sua generalidade em contexto domiciliário é assegurada pelo cuidador informal. Pensa-se que a manutenção da pessoa no seu contexto deve ser privilegiada, o que constitui uma situação complexa e um desafio para a família (Sequeira, 2018, p. 164). Por outro lado, assiste-se a um contexto social onde são estabelecidas políticas, que apelam à manutenção de pessoas dependentes, especialmente idosos, nos seus ambientes familiares. Com base na lei nº 100/2019 de 6 de setembro, pretende-se promover a autonomia e reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com determinadas situações, beneficiando a prestação de cuidados no domicílio (Loureiro, 2016, p. 12).

A família é a principal entidade a ser chamada para se responsabilizar e assegurar, no domicílio o bem-estar e conforto do elemento da família que está incapacitado, quando o mesmo por motivo de doença fica incapacitado ou dependente seja a nível mental ou físico (Castro, et al., 2016, p. 1347).

Importa assim compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio e quais as consequências sobre a família cuidadora, pois só assim se podem implementar cuidados em que o idoso dependente e a sua família se encontram no centro das decisões, tentando responder às suas necessidades globais

(Salgueiro & Lopes, 2010, p. 12)

As pessoas dependentes devem ser mantidas no seu contexto familiar, apontando neste sentido as políticas de saúde, através de princípios economicistas, mas também humanistas, sendo uma realidade em Portugal (Ribeiro, et al., 2014, p. 26).

A necessidade de cuidados de enfermagem está subjacente apenas à pessoa dependente, mas é extensiva à unidade familiar. Verifica-se uma mudança no indivíduo, que passa de um estado de saúde para estado de doença, anteriormente independente para dependente de pessoas e equipamentos. Desta forma, os elementos da família também passam a exercer o papel de prestador de cuidados em contexto domiciliário, sendo relevante a sua capacitação para a assunção do papel (Ribeiro, et al., 2014, p. 26).

Interessa entender a realidade que comporta o cuidar no domicílio e quais os resultados sobre a família cuidadora, pois só desta forma, se pode introduzir cuidados em que a pessoa dependente e a sua família estão no centro das decisões, procurando atender às necessidades globais (Salgueiro & Lopes, 2010, p. 27).

1.4. SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

Como referido anteriormente é geralmente, sobre a família que recai a responsabilidade de assegurar, no domicílio, os cuidados do elemento da família que está incapacitado. Quer sejam as famílias de apenas duas pessoas, ou mais, o que se verifica com mais frequência, é que apenas um elemento assume essa responsabilidade, sendo reconhecido como o cuidador informal do utente, e sendo sobre este que recaem todas as responsabilidades inerentes à prestação de cuidados.

Segundo Teixeira, et al. (2017) os cuidadores informais, são os que experienciam maiores níveis de stress, ansiedade, depressão e ainda problemas de saúde, físicos, em comparação a não cuidadores com a mesma idade.

Sequeira (2018) define sobrecarga como: “(...) conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente (...) dependente. Numa abordagem intuitiva, parece um termo de fácil caracterização, contudo, na prática, constata-se que a sua definição é complexa.” (p. 300)

1.5. LITERACIA EM SAÚDE

A Literacia em Saúde, em concordância com a Organização Mundial da Saúde, é definida como: “(...) conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da

pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde”. (DGS, 2023, p. 4)

É importante encontrar, compreender e usar informação e serviços de saúde em vários momentos do decorrer da nossa vida, pelo que a Literacia em Saúde é uma prioridade. Verifica-se que elevados graus de Literacia em Saúde possibilitam à pessoa ter capacidade para tomar decisões de saúde fundamentadas no dia-a-dia, no seu domicílio, na sua comunidade, no seu local de trabalho, na utilização do sistema de saúde e no contexto político, proporcionando o aumento do controlo sobre a sua saúde. Por outro lado, baixos níveis de Literacia em Saúde estão associados a um maior número de internamentos e com uma utilização mais recorrente dos serviços de urgência e, igualmente, com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas na área da saúde, originando uma diminuição da qualidade de vida.

Além do mais, atualmente há uma forte evidência de que a Literacia em Saúde ajuda não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde e ganhos em saúde, logo constitui uma ferramenta fundamental para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Consequentemente, a Literacia em Saúde é uma das principais prioridades da Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2023)

1.6. MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM - A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO

Para Queirós, et al. (2014), Orem teve um papel importante no desenvolvimento de uma teoria abrangente que permite “dar sentido disciplinar à atividade profissional” (p. 163). Ao criar a sua teoria, permitiu explicar o que é a prática dos Enfermeiros, bem como, os padrões de conhecimento que utilizam no seu dia-a-dia quando necessitam de responder a questões, referente a situações de saúde e doença das pessoas a quem prestam cuidados.

A teoria de Orem, permitiu a criação de uma linguagem que diz respeito à parte disciplinar da profissão, possibilitou o desenvolvimento de conceções, como o “conceito major de autocuidado” (Queiroz, et al., 2014, p. 163). O conceito, permite explicar a finalidade da Enfermagem na promoção e manutenção do autocuidado dos doentes, o que favorece a aquisição de capacidades que contribuem para a sua autonomia (Queiroz, et al., 2014).

Todas as teorias de Enfermagem, podem ser desenvolvidas como estruturas que contribuem para a criação de um modelo de intervenção. A teoria de Orem tem como principal objetivo, desenvolver uma estrutura para identificar as necessidades dos

doentes, de forma a desenvolver intervenções que contribuam para o aumento das competências dos cuidadores, o que lhes permite cuidar de si próprios e das pessoas que lhes são dependentes, mantendo a sua integridade pessoal e social. Os Enfermeiros na sua prática clínica, têm em consideração os princípios do autocuidado, para que possam fornecer cuidados de suporte e terapêutica (Meleis, 2011).

A teoria de Orem é constituída por três teorias que se encontram em inter-relação: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistema de Enfermagem.

Na teoria do Autocuidado desde mais, é essencial saber o que significa autocuidado. O autocuidado, é um conceito que diz respeito ao ser humano, tem início quando ainda se encontra dentro do útero e está presente durante toda a sua vida, não se limitando apenas a atividades que se desenvolvem no dia-a-dia, abrangendo todos os aspetos da vida do indivíduo. O autocuidado está associado à autonomia, na medida em que todas as pessoas têm a capacidade de autocuidado (Queirós, 2010). O autocuidado universal que foi definido por Dorothea Orem, em 1987 pode ser considerado como o:

(...) autocuidado natural – existe para suprir, satisfazer, necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital. Às necessidades de autocuidado os humanos respondem naturalmente de acordo com o estágio de desenvolvimento, recursos pessoais e sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a autossatisfação dessas necessidades, a capacidade de autocuidado diminui e surge a exigência de autocuidado terapêutico, tornando se imperioso a ajuda de terceiros (...) podem ser informais ou profissionais organizados (...).

(Queirós, 2010, p. 5)

A teoria do défice de autocuidado “(...) ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de ajuda de enfermagem” (Diógenes & Pagliuca, 2003, p. 288). As limitações fazem com que as pessoas fiquem, de certa forma, incapazes de entender as capacidades de cuidado para si próprias e para os elementos que dependem de si. Segundo Tomey & Alligood (2004), o conceito de défice de autocuidado “exprime a relação entre as capacidades de acção dos indivíduos e as suas necessidades de cuidados” (p. 218). É considerado o défice de autocuidado, como uma concepção que quando se refere à limitação de acção e fornece

diretrizes para que se entenda a função do doente relativamente ao seu autocuidado, sendo assim, um conceito abstrato.

A teoria de sistemas de enfermagem “(...) dividida em sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele.” (Diógenes & Pagliuca, 2003, p. 288).

Existem diversos elementos essenciais no apoio à pessoa no seu autocuidado, de referir os profissionais de saúde, familiares e cuidadores informais. O conhecimento na área da saúde ou conhecimento dos profissionais de saúde, constitui um elemento que fornece suporte eficiente para o autocuidado (Queiroz, et al., 2014).

Os enfermeiros têm um papel muito importante na promoção do autocuidado, desenvolvem intervenções, com vista à autonomia do doente, podendo substituí-lo na satisfação das suas atividades de vida que o mesmo não consegue desempenhar, ou apoiá-lo no desempenho de ações que o mesmo tem dificuldade. Pelo que: “O autocuidado, mencionado numa das categorias dos enunciados descritivos da OE, é uma das áreas potenciadoras de ganhos em saúde, reconhecido com um indicador de qualidade dos cuidados e como critério de qualidade do exercício profissional.” (Ferreira, 2015, p. 40).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Alentejo Central. O concelho a que pertence integrava o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central, tendo a partir de 01 de janeiro 2024 ficado integrada na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central.

O ACES do Alentejo Central, é um serviço descentrado, tendo como direção a ARS Alentejo, IP, sendo constituído por várias unidades funcionais, que incluem um ou mais centros de saúde. Tem como missão:

(...) garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

(ARS Alentejo, I.P., 2017).

Este agrupamento, desenvolve também, atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais. (ARS Alentejo, I.P., 2017).

A sua área de atuação é alargada, aos concelhos do distrito, numa extensão de 7393 km², abrangendo uma população residente em 2011, segundo o último recenseamento da população, que ronda os 166.726 habitantes, sendo constituído por: 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 9 Unidades de Saúde Familiar, 11 Unidades de Cuidados à Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (ARS Alentejo, I.P., 2017).

Esta UCC é inaugurada, em junho de 2011, ao abrigo do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, tendo por base o despacho nº 10143/2009, que estabelece os princípios enformadores da organização e do funcionamento das UCC. Com a missão de "(...) dar resposta às necessidades da população em cuidados de saúde de âmbito comunitário (...)", em setembro de 2014, é criada a ECCI (Equipa de Cuidados Integrados), de acordo com Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril de 2009.

Esta UCC, tem como principais objetivos: desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença nos vários Settings; assistir utentes/famílias em cuidados domiciliários integrados; capacitar os cuidadores informais no processo de cuidar e assistir utentes/famílias de maior risco e vulnerabilidade numa perspetiva de rede social (Manual de Integração, 2022).

O Plano de Ação de 2022, referente a esta UCC engloba os seguintes programas/projetos:

- Rede Nacional de Cuidados Integrados – Equipa de Cuidados Continuados Domiciliários Integrados;
- Banco de Ajudas Técnicas e pedagógicas às famílias/cuidadores;
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (meio escolar);
- Intervenção Precoce (IP);
- Comemorações de Saúde na Comunidade;
- Rendimento Social de Inserção (RSI);
- Rede Social – Núcleo Executivo e Conselho Local de Ação Social (CLAS)
- Programa Nacional para a Saúde do Adulto/Idoso – Estratégias de promoção da saúde e da literacia em saúde (Universidade Popular– parceria com a Câmara Municipal);
- Representação da “Saúde” nos parceiros locais: Conselho Municipal de Educação e Conselho Geral do Agrupamento de Escolas do Alentejo Central;
- Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida e Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA);
- Representação (pelo ACES) no Sistema Nacional de Notificações de Incidentes / Segurança do Doente;
- Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade.

(Manual de Integração, 2022, pp. 12-13)

2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Relativamente aos recursos humanos existentes, a equipa da UCC é constituída por 3 elementos a tempo inteiro: enfermeiras e por elementos a tempo parcial: 1 assistente técnica, 1 psicóloga, 1 técnica de serviço social, 1 nutricionista, 1 higienista oral, 1 fisioterapeuta, 1 assistente operacional (recursos da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES Alentejo Central, os quais desenvolvem funções

quer na UCC, quer na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 3 médicos da UCSP, que prestam apoio à UCC, tendo cada um deles 1h por semana, afeta à mesma.

No que concerne ao espaço físico, a UCC dispõe de dois gabinetes de enfermagem e um gabinete administrativo. Os restantes espaços (casas de banho, vestiários e copa) são partilhados com a outra unidade funcional. Maioritariamente, as atividades efetuadas pelos profissionais da UCC são realizadas no exterior (comunidade). A unidade dispõe de um veículo automóvel para as deslocações dos profissionais, grande parte, no âmbito da ECCI, mas também para outras atividades, como por exemplo Saúde Escolar ou Universidade Popular.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO TERRITORIAL E DEMOGRÁFICO

Relativamente à caracterização do concelho onde o estágio decorreu, este situa-se na região do Alentejo e na sub-região Alentejo Central. Tem uma área de 370 km², dividido por duas freguesias. Como referido anteriormente, o concelho em questão situa-se no Alentejo Central, na Unidade territorial NUTS III, correspondendo a uma área de 371,44 Km², significando 5,1% da área total do Alentejo Central.

Como se pode verificar na tabela 1, este concelho tem vindo a diminuir a população ao longo dos anos, assim tem aumentado o envelhecimento e também se verifica uma diminuição da população jovem.

			Período de referência dos dados					
			2022			2012		
			Local de residência					
			Portugal	Alentejo Central	Concelho em Estudo	Portugal	Alentejo Central	Concelho em Estudo
População residente	15 - 24 anos	N.º	1083445	14866	594	1122431	15981	706
	65 e mais anos	N.º	2507922	41354	1722	2049243	40270	1725
Índice de dependência total		N.º	58,4	64,9	64,5	52,3	60,4	61,5
Índice de dependência de jovens		N.º	20,4	20,3	19,3	22,6	21	21,2
Índice de dependência de idosos		N.º	38	44,6	45,2	29,7	39,3	40,3
Índice de envelhecimento		N.º	185,6	219,9	234,3	131,4	187	190,2

Tabela 1 - População e Indicadores demográficos

Fonte: INE (2024). Obtido a 8 de abril em 2024

<https://www.ine.pt>

Este concelho, tem vindo a apresentar ao longo dos anos uma diminuição na densidade populacional, em 2012 apresentava uma densidade populacional de 18,8

indivíduos por Km2 para 17 em 2022 em relação a Portugal que apresenta uma densidade superior 113,2.

Territórios	N.º médio de indivíduos por Km²	
	2012	2022
Portugal	114,2	113,2
Alentejo Central	22,3	20,7
Concelho em Estudo	18,8	17,0

Tabela 2 - Densidade Populacional
Fonte: PORDATA (2024). Obtido a 1 de abril de 2024
<https://www.pordata.pt>

A taxa bruta de mortalidade deste concelho, no ano de 2022, era de 17,8%, por cada 1000 habitantes. Comparando os dados, para o mesmo ano, o concelho encontra-se acima da média do Alentejo Central, e bastante acima da média do País (PORDATA, 2024).

Âmbito Geográfico	Taxa bruta de mortalidade
	2022
Portugal	11,9
Alentejo Central	16,2
Concelho em Estudo	17,8

Tabela 3 - Taxa Bruta de Mortalidade
Fonte: PORDATA (2024). Obtido a 26 de março de 2024
<https://www.pordata.pt>

O índice de envelhecimento, estabelece a relação entre a população idosa e a população jovem, que traduz o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos por 100 residentes.

Âmbito Geográfico	Índice de envelhecimento
	2022
Portugal	183,5
Alentejo Central	219,2
Concelho em estudo	237,0

Tabela 4 - Índice de Envelhecimento 1
Fonte: PORDATA (2024). Obtido a 26 de março de 2024
<https://www.pordata.pt>

Através da tabela 4 apresentada, conseguimos verificar que o este concelho tem um índice de envelhecimento de 237%, encontrando-se acima do Alentejo Central (219,2%). No nosso país a região Centro e o Alentejo, revelam-se como as regiões com maior índice de envelhecimento (tabela 5).

	Índice de envelhecimento
Âmbito Geográfico	2022
Portugal	183,5
Norte	188,3
Centro	238,2
Oeste e Vale do Tejo	203,4
Grande Lisboa	149,1
Alentejo	224,0
Algarve	175,5

Tabela 5 - Índice de Envelhecimento 2
Fonte: PORDATA (2024). Obtido a 1 de abril de 2024
<https://www.pordata.pt>

No concelho em análise, no que se refere à oferta de serviços de saúde, concretamente Cuidados de Saúde Primários, há duas unidades funcionais, nomeadamente Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A UCSP tem contratualizados 4 enfermeiros, 3 médicos, 6 assistentes técnicas, 3 assistentes operacionais, a UCC e UCSP tem 1 psicóloga, 1 técnica de Serviço Social, 1 nutricionista, 1 higienista oral e 1 técnico de saúde ambiental em comum, sendo partilhados pelas unidades funcionais mencionadas. Cada unidade funcional tem ainda 1 fisioterapeuta, que realizam algumas horas nas referidas unidades.

Na Figura 1 podemos observar a distribuição de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP/UCC) do concelho, quer por faixa etária, quer por género, bem como a percentagem de índice de dependência.

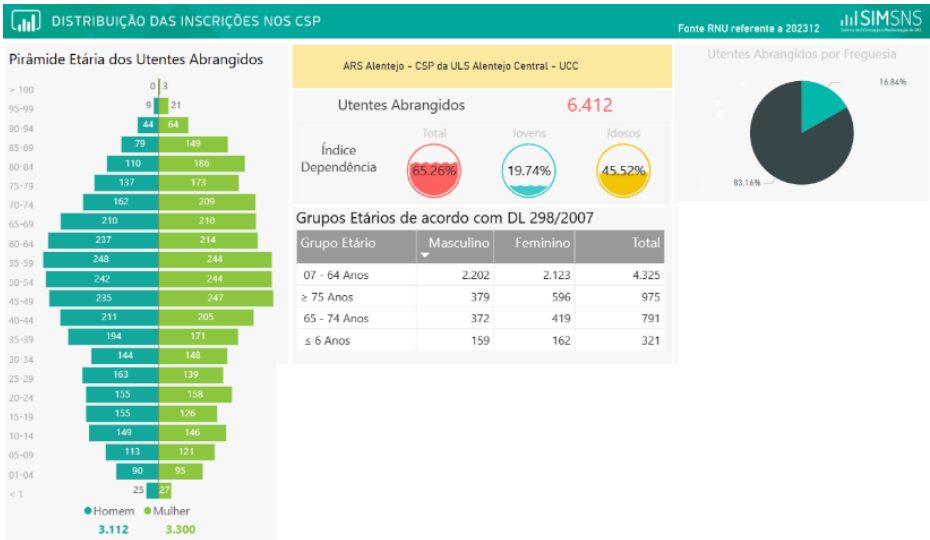


Figura 1- Distribuição dos utentes abrangidos pelos CSP/UCC do concelho
Fonte: BICSP (2024). Obtido a 08 de abril de 2024
<https://bicsp.min-saude.pt>

Este concelho, tem como cuidados de saúde diferenciados um hospital central, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde, que abrange todo o Alentejo central, com diversas consultas e serviços de internamento de múltiplas especialidades.

No concelho existem também, duas Clínicas Médicas Privadas, dispõem de consultas de diversas especialidades médicas e têm centro de colheita de produtos para análises, e uma delas possui Fisioterapia. Tem ainda, três farmácias. O transporte e assistência da população é garantida pela corporação de Bombeiros Voluntários e uma sede da Cruz Vermelha Portuguesa.

Relativamente ao grau de escolaridade, constatou-se que a população sem nível de escolaridade teve uma tendência decrescente de acordo com os censos de 2021 e comparativamente com o ano de 2011 (PORDATA, 2024).

Âmbito Geográfico	Total	
	2011	2021
Portugal	⊥ 499 936	292 809
Alentejo Central	⊥ 14 124	7 360
Concelho em Estudo	⊥ 669	360

Tabela 6 - População analfabeta residente com 10 e mais anos segundo os Censos
Fonte: PORDATA (2024). Obtido a 1 de abril de 2024
<https://www.pordata.pt>

A população residente teve uma redução de cerca de 46,2%, no que se refere à população sem qualquer nível de escolaridade, relativamente ao valor verificado em

2011. No Alentejo Central o número de população analfabeta também reduziu em cerca de 50%, relativamente a 2011 (tabela 6).

Por outro lado, e observando a tabela 7, verificamos ter uma taxa de 28,1% de população residente com o 1º ciclo concluído, menor que em 2011. No Alentejo Central 23,9% e nosso país de 22,3%. Ao analisarmos o 2º ciclo verificamos que o concelho se encontra com uma percentagem acima dos resultados para o Alentejo central e Portugal, contudo ao avaliarmos os outros níveis de ensino, o concelho situa-se abaixo dos restantes 2.

Âmbito Geográfico												
	Básico 1º ciclo		Básico 2º ciclo		Básico 3º ciclo		Secundário		Médio		Superior	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Portugal	27,2	22,3	12,8	9,6	19,1	17,8	15,7	23,5	1,0	1,2	13,8	19,8
Alentejo Central	27,7	23,9	11,9	9,7	17,6	17,5	15,5	23,4	0,8	1,1	11,3	16,4
Concelho em Estudo	31,6	28,1	14,3	11,8	17,0	17,4	12,3	22,0	0,7	0,9	6,5	10,5

Tabela 7 - População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado (%)
Fonte: PORDATA (2024). Obtido a 8 de abril de 2024
<https://www.pordata.pt>

Em sentido contrário, ao analisarmos as habilitações literárias do ensino secundário e ensino superior, com maior incidência nestes dois últimos níveis de ensino, existindo um aumento da finalização dos mesmos, estando a população mais desperta para a importância de níveis de formação mais elevados, no que concerne às imposições da sociedade no que toca ao mercado de trabalho, cada vez mais competitivo (PORDATA, 2024)

3. METODOLOGIA

Para a realização de um projeto em saúde, é necessário elaborar-se um plano que defina as etapas necessárias à realização do mesmo (Tavares, 1990).

“O planeamento em saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 7).

O presente projeto teve como suporte a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1982), por forma definir intervenções adequadas, permitindo assim a elaboração mais eficiente do projeto e ser facilitador na sistematização das intervenções.

Deste modo o projeto teve em conta as seguintes etapas: Diagnóstico de situação; Determinação de prioridades; Fixação de objetivos; Seleção de estratégias; Elaboração de projeto; Preparação da execução; Execução e Avaliação.

3.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLHEITA DE DADOS

Após revisão da literatura e tendo em conta a população alvo e o objeto de estudo, foi selecionado como instrumento de colheita de dados a Escala de Sobrecarga do Cuidador (escala de Zarit), apesar desta escala ter sido criada por Steve Zarit em 1980, optou-se por utilizar a versão portuguesa traduzida e adaptada por de Sequeira em 2007 (ANEXO 1), sendo esta uma escala de domínio público, validada e integrada no sistema de informação e registo, da unidade de saúde. A escala é constituída por 22 questões, com 5 possibilidades de resposta (Nunca/Quase Nunca/Às vezes/Muitas Vezes/Quase Sempre) e permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal, cada item é pontuado da seguinte forma: Nunca (1); Quase Nunca (2); Às Vezes (3); Muitas Vezes (4) e Quase Sempre (5). O somatório das 22 questões resultará num score que pode variar entre os 22 e os 110, sendo que um score inferior a 46, significa que não existe sobrecarga, para um score entre os 46 e os 56, existe sobrecarga ligeira, enquanto para scores superiores a 56, correspondem a sobrecarga intensa/elevada. Os itens foram divididos em quatro fatores que explicam 62% da variância total, de acordo com a análise fatorial apresentada por Sequeira (2010). O primeiro fator (1) corresponde ao

“Impacto da Prestação de Cuidados”, engloba 11 itens referentes à sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados; o segundo fator (2) corresponde à *“Relação Interpessoal”*, engloba 5 itens referentes à sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados; o terceiro fator (3) corresponde às *“Expectativas com o Cuidar”*, engloba 4 itens referentes às expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados e por último o quarto fator (4) *“Percepção de Auto-eficácia”*, que engloba 2 itens referentes à opinião do cuidador sobre do seu desempenho no cuidar (Sequeira C. , 2010).

A escala de Zarit foi aplicada aos 7 cuidadores informais dos idosos dependentes, utentes da ECCL, após apresentação do projeto e assinatura do consentimento informado. Foi utilizado o modelo traduzido por Siqueira (2007) no qual constam 22 questões. Após aplicação da mesma, procedeu-se à análise dos dados.

A análise dos dados foi feita através do programa Excel do Microsoft Office, versão 2310.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

O desenvolvimento deste projeto, foi conduzido desde o início, pelo cumprimento de princípios éticos e deontológicos.

Considerando a alínea a. do Artigo 5.º do Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária —Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, cabe ao enfermeiro especialista desenvolver “(...) uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p. 4745)

Para a realização do projeto foi pedida a devida autorização à coordenadora da Instituição/Unidade Funcional onde decorreram os estágios (Anexo 2).

A 26 de Outubro de 2023 iniciou-se o pedido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo para a realização do projeto, Processo 24/2023/CE, que foi deliberado por unanimidade em 30.10.2023 a emissão de Parecer favorável.

O instrumento utilizado na colheita de dados para o diagnóstico e avaliação é totalmente anónimo, não existindo qualquer informação que permita a identificação dos intervenientes.

Apesar do anteriormente referido, foi ainda realizado pedido ao Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre, para utilização da Escala, aplicada na colheita de dados, com parecer favorável a 27/10/2023 (Apêndice 1).

Embora a esta escala, seja uma escala internacional, pública, validada e integrada no sistema de informação e registo Sclínico, e que é aplicada em contexto de cuidados a todos os utentes integrados na equipa de cuidados continuados, foi ainda solicitada a autorização individual a cada cuidador, através do preenchimento de um Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Este, foi entregue aos cuidadores aquando, da primeira avaliação, momento em que foram esclarecidos relativamente aos objetivos do Projeto, como iriam ser tratados os dados e a sua eliminação. Os Consentimentos Informados assinados encontram-se à data, na posse da investigadora principal, num envelope selado e dentro de um cofre pessoal. Estes ficarão guardados até um ano após a data da discussão pública do Relatório de Estágio em 2024, sendo posteriormente destruídos.

4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico da situação emerge no planeamento, numa fase inicial, e tem como objetivo responder às necessidades da população. É, portanto, relevante diferenciar o problema, da real necessidade, sendo que, o problema remete-nos para uma alteração do estado de saúde da pessoa, enquanto a necessidade surge para solucionar o problema identificado (Tavares, 1990).

Deve ter-se em atenção a harmonização, entre o diagnóstico e as necessidades que delimitará a conveniência do plano, projeto ou atividades. Em Saúde Pública, seja qual for o processo de intervenção, apenas com base na definição do diagnóstico, é que é admissível iniciar a atuação. O mesmo, opera como uma justificação das atividades, sendo o ponto de partida que permitirá avaliar o que foi obtido, com a realização das nossas atividades (Imperatori & Giraldes, 1982).

4.1 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Segundo Imperatori & Giraldes (1982), para a elaboração e caracterização do diagnóstico de situação, a descrição da população alvo é um componente fundamental.

Para Coutinho (2020), a população é o “conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum”, para o mesmo autor, a “População acessível ou disponível é a parte da população da qual se selecionará a amostra”. Por outro lado, uma amostra, “É um subconjunto da população que terá de a representar, ou seja, refletir os seus traços (...)” (Coutinho, 2020, p. 89).

Após uma reunião com a equipa de enfermagem da UCC, onde foi utilizada a técnica de “brainstorming” e foram considerados os indicadores contratualizados da unidade funcional, identificou-se a necessidade de avaliar a Sobrecarga do Cuidador nos utentes pela ECCI. Esta é uma problemática pouco explorada, mas cada vez mais relevante, especialmente porque a avaliação da sobrecarga do cuidador, através da Escala de Zarit, faz parte dos compromissos contratuais desta unidade funcional. No entanto, verificou-se em conjunto com a equipa da ECCI e a coordenadora que esta avaliação não estava a ser realizada até então. A sua implementação não só seria

benéfica para os utentes, mas também para a própria unidade, no cumprimento dos seus objetivos.

Assim, após a referida reunião, definiu-se como enfoque principal a aplicação da Escala de Zarit a todos os cuidadores informais dos utentes integrados em ECCI ou que viessem a ter apoio pela mesma, com o objetivo de compreender se existe ou não sobrecarga do cuidador informal, destes utentes.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

Segundo o Manual de Integração desta UCC

O rácio definido para lugares de ECCI, segundo orientações da ERA e da ECR varia entre 7 a 8 lugares por cada 1000 idosos, por concelho, pelo que é usada a fórmula de 7,5‰ da população idosa, com base nos dados dos Censos 2011. Para o concelho do Alentejo Central, com 1811 pessoas com 65 ou mais anos, as necessidades situam-se entre as 14 e 15 camas de ECCI. Formulando o número de horas de enfermagem para a ECCI caso fosse possível dar resposta à criação de uma ECCI com 15 camas, tendo em conta que a cada lugar de ECCI são alocadas 7 horas de enfermagem, seriam necessárias 105 horas, o que ultrapassa as horas disponíveis, neste caso, 56 horas, pelo que a oferta se situa nas 8 camas.

(Manual de Integração, 2022, p. 13).

Assim, a ECCI dispõe de 8 vagas para utentes com necessidade de cuidados continuados, neste concelho do Alentejo Central, estes utentes são referenciados pela equipa de gestão de alta do hospital ou pela equipa da UCSP. Sendo que a maioria dos utentes que integram a ECCI são idosos.

4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a aplicação da Escala de Zarit aos cuidadores informais dos utentes que integraram a ECCI no mês de novembro, foi possível formular o seguinte quadro:

Cuidador Informal	Idade	Sexo	Score	Nível de Sobrecarga
1	46	Feminino	57	INTENSA/ELEVADA
2	36	Feminino	86	INTENSA/ELEVADA
3	66	Feminino	90	INTENSA/ELEVADA
4	63	Feminino	69	INTENSA/ELEVADA
5	69	Feminino	74	INTENSA/ELEVADA
6	84	Feminino	67	INTENSA/ELEVADA
7	65	Masculino	71	INTENSA/ELEVADA

Quadro 1 - Caracterização da População-alvo, segundo idade e género

Ao avaliarmos os anteriores dados, podemos destacar que as idades dos cuidadores informais variam entre os 36 e os 84 anos de idade, sendo que a maioria destes cuidadores são do sexo feminino. Contudo todos os cuidadores que foram submetidos à aplicação desta escala, apresentam um Score superior a 56 que corresponde a uma sobrecarga intensa/elevada, por este motivo podemos então concluir que todos os cuidadores avaliados estão em sobrecarga.

Foi então destacado como principal problema a existência de sobrecarga intensa/elevada do cuidador informal, dos utentes desta ECCI.

Avaliando o Score obtido após aplicação da Escala aos Cuidadores Informais dos utentes dependentes desta ECCI (n=7), podemos verificar que 100% se encontram atualmente em situação de sobrecarga elevada, como figura a tabela abaixo.

Cuidador Informal	Score	Nível de Sobrecarga	Variáveis	
1	57	SOBRECARGA INTENSA/ELEVADA	Média	73,42857
2	86	SOBRECARGA INTENSA/ELEVADA	Mediana	71
3	90	SOBRECARGA INTENSA/ELEVADA		
4	69	SOBRECARGA INTENSA/ELEVADA	Desvio Padrão	9,899495
5	74	SOBRECARGA INTENSA/ELEVADA		
6	67	SOBRECARGA INTENSA/ELEVADA	Amplitude	Min=22
7	71	SOBRECARGA INTENSA/ELEVADA		Max=110

Tabela 8 - Score e variáveis correspondentes à aplicação da Escala de Zarit

Ao analisarmos ao pormenor as 22 questões colocadas podemos destacar as percentagens mais elevadas em determinadas questões e que indicam este nível de sobrecarga elevada, apresentada pelos cuidadores informais destes idosos (Apêndice 3). Para que se torne mais perceptível, foi feita uma análise, tendo por base, os quatro fatores de sobrecarga, definidos por Sequeira (2018):

Questões referentes ao impacto da prestação de cuidados		Percentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	0	0	71,43	14,29	14,29
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0	0	42,86	42,86	14,29
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	0	0	14,29	42,86	42,86
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos /familiares?	0	28,57	42,86	14,29	14,29
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0	14,29	28,57	28,57	28,57
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	0	14,29	28,57	42,86	14,29
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0	14,29	42,86	42,86	0
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0	14,29	57,14	28,57	0
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	14,29	42,86	42,86	0	0
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	0	14,29	57,14	14,29	14,29
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0	0	14,29	42,86	42,86

Tabela 9 - "impacto da prestação de cuidados"

Se observarmos a tabela 9, referente ao primeiro fator, designado como "impacto da prestação de cuidados", verificamos que 42,86% dos cuidadores sentem muitas vezes, escassez de tempo para se dedicarem às suas tarefas pessoais, considerando que não tem uma vida privada como desejável, vendo a sua própria saúde ser afetada pelo processo de cuidar, sendo que adicionada a esta percentagem, mais 42,86% dos cuidadores, refere que se sentem, quase sempre, tensos quando no processo de cuidar e no geral, sobrecarregados.

Cerca de 71,43% dos cuidadores sentem que, às vezes, os utentes solicitam mais ajuda, do que a efetivamente necessária, bem como 57,14% destes mesmos cuidadores referem que, às vezes, sentem que as suas relações sociais são afetadas pela sua prestação de cuidados e que perderam o controlo da sua vida, desde o início da doença do seu familiar. Sendo que 42,86% destes crê que, às vezes, as suas

relações familiares/amizades foram afetadas negativamente desde que prestam cuidados ao familiar.

Questões referentes à relação interpessoal		Percentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
4	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	28,57	57,14	14,29	0	0
5	Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	0	14,29	71,43	14,29	0
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0	14,29	57,14	14,29	14,29
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	14,29	28,57	42,86	0	14,29
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0	0	28,57	71,43	0

Tabela 10 - “relação interpessoal”

Avaliando a tabela 10 com questões referentes à relação interpessoal, destaca-se a percentagem de 71,43%, no que diz respeito aos cuidadores que se sentem, muitas vezes, inseguros relativamente ao que devem de fazer com o seu familiar, bem como os que sentem, às vezes, irritados junto do familiar. Cerca de 57,14% dos cuidadores, sentem-se, às vezes, incapazes de cuidar do utente por muito mais tempo e 42,86%, desejariam poder entregar os cuidados a outra pessoa.

Questões referentes às expectativas com o cuidar		Percentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0	0	14,29	57,14	28,57
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0	0	14,29	28,57	57,14
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0	0	28,57	28,57	42,86
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	14,29	14,29	57,14	0	14,29

Tabela 11 - “expectativas com o cuidar”

Do conjunto de itens referentes ao fator três, denominado de “expectativas com o cuidar”, e observando a tabela anterior, pode verificar-se que 57,14% dos cuidadores sentem, quase sempre, que o familiar esta dependente deles e 42,86% acreditam que

o seu familiar espera ser cuidado como se fosse a única pessoa com quem pode contar. 57,14% dos cuidadores sentem, muitas vezes, receio pelo futuro do utente. E 57,14% dos cuidadores, evidenciam que, às vezes, não dispõe de economias suficientes para cuidar do familiar e cobrir as restantes despesas a seu cargo.

Questões referentes à percepção da do cuidador relativamente ao seu desempenho		Percentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0	42,86	57,14	0	0
21	Considera que podia cuidar melhor do seu familiar?	0	42,86	57,14	0	0

Tabela 12 - “percepção de auto-eficácia”

Por último, a tabela 12, correspondente ao fator quatro, com questões referentes à percepção que o cuidador tem do seu desempenho, revela que da amostra analisada, 42,86%, quase nunca, sentem que poderiam fazer mais ou cuidar melhor do seu familiar, enquanto os restantes (57,14%), às vezes, sentem que poderiam fazer mais e melhorar os seus cuidados, face ao utente.

Finalmente, realizando uma média relativamente ao score atribuído a cada fator, resultou no seguinte gráfico:

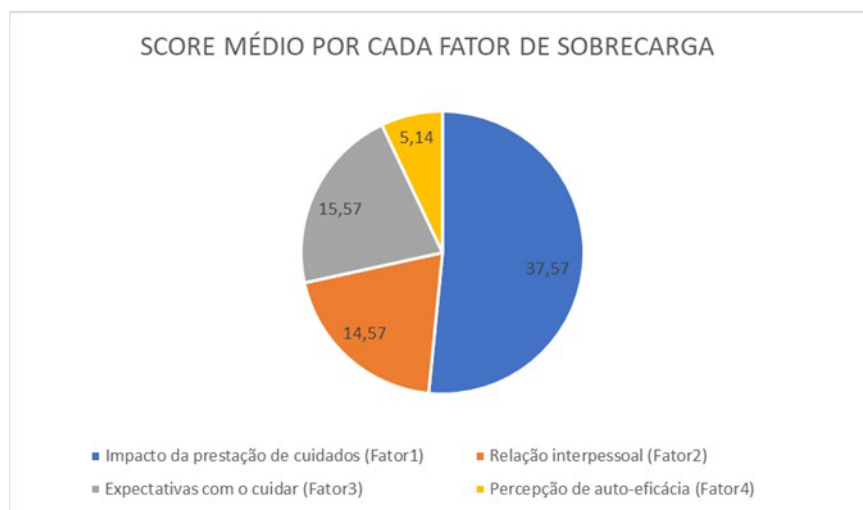


Gráfico 1 - Score médio por cada fator de sobrecarga

Avaliando este gráfico pode-se verificar que o impacto da prestação de cuidados se destaca, seguido pelas expectativas com o cuidar.

Cuidar de uma pessoa dependente em contexto domiciliário, é uma situação complexa e que acarreta, em si, um conjunto de fatores geradores de stress para o cuidador. O processo de cuidar pode gerar maior ou menor sobrecarga no cuidador informal (Sequeira, 2018). Através da análise dos dados no que refere à sobrecarga do

cuidador, verificou-se que 100% dos cuidadores desta ECCI do Alentejo Central (n=7), apresentam sobrecarga intensa/elevada, o que vai de encontro a outros estudos realizados em Portugal em que revelam que mais de 50% dos cuidadores informais se encontram em sobrecarga intensa (Amaro, 2022), e mais de 80% em sobrecarga (ligeira/intensa) (Dixe & Querido, 2020).

Ao comparar resultados relativamente aos 4 fatores de sobrecarga, definidos por Sequeira, no que se referem ao primeiro fator analisado “impacto da prestação de cuidados”, a escassez de tempo surge como um fator que gera sobrecarga, sendo comparado as percentagens obtidas nesta ECCI com outros estudos realizados, em que 42,86% dos cuidadores desta equipa referem sentir frequentemente que não dispõem tempo suficiente, o que corrobora os 41,7% (Amaro, 2022) e os 32,25% (Santos A. , 2021) de outros estudos.

Outra questão que se destaca é o facto de 48,86% dos cuidadores referirem que se sentem quase sempre tensos quando tem de cuidar do seu familiar, em comparação aos 33% de um estudo realizado na área metropolitana de Lisboa (Amaro, 2022). De destacar ainda que analogamente aos 42,86% que vem a muitas vezes a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do familiar, cerca de 50% dos cuidadores dos estudos avaliados sentem o mesmo (Santos A. , 2021). Em contraste, podemos observar que enquanto no estudo realizado recentemente (2022) na área metropolitana de Lisboa cerca de 58,3% dos cuidadores referem sentir-se às vezes esgotados, quando tem de estar junto do seu familiar (Amaro, 2022), nesta ECCI do Alentejo Central, apenas 28,57% se sentem assim, e avaliando um outro estudo realizado no distrito de Coimbra (2021), só em cerca de 16% dos casos é que os cuidadores referem sentir-se, às vezes, esgotados (Santos A. , 2021).

Analisando o segundo fator, que diz respeito à “relação interpessoal”, destaca-se a questão “Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?”, em que 71,43% dos cuidadores desta ECCI do Alentejo Central responderam “Muitas vezes”, contrastando bastante com os outros estudos avaliados, em que na zona metropolitana de Lisboa, apesar de 41,7% terem respondido “Às vezes”, sentirem insegurança acerca do que fazer com o seu familiar, apenas 16,7% responderam “Muitas vezes” (Amaro, 2022), enquanto que noutro estudo, só cerca de 12% referem sentir esta insegurança “Às vezes “ (Santos A. , 2021). Em cerca de 50% dos casos quer na ECCI de referencia, quer no estudo da área metropolitana de Lisboa, o cuidador “Às vezes” sente-se incapaz de cuidar do familiar por muito mais tempo (Amaro, 2022), enquanto que no distrito de Coimbra, apenas cerca de 25% dos cuidadores têm este sentimento (Santos A. , 2021).

Por último de destacar a questão “Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?”, 42,86% dos familiares desta equipa responderam “Às

vezes” enquanto nos estudos avaliados esta resposta surgiu com percentagens inferiores a 25% (Amaro, 2022).

Relativamente ao terceiro fator “expectativas com o cuidar”, cerca de 80% dos cuidadores quer no estudo em questão, quer nos avaliados à posteriori, manifestam sentir receio pelo futuro do seu familiar, “Muitas vezes” e “Quase sempre” (Santos A. , 2021). Cerca de 60% dos cuidadores dos estudos avaliados (Amaro, 2022), e em conformidade com o que se passa neste estudo, consideram “Quase sempre”, que o seu familiar esta dependente de si e mais de 70% destes, acreditam “Muitas vezes” e “Quase sempre” que o seu familiar espera que cuide dele, como se fosse a única pessoa com quem pode contar. Por outro lado, relativamente à questão “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?” no estudo efetuado nesta ECCI 57,14% dos cuidadores, responderam “Às vezes”, no estudo realizado na área metropolitana de Lisboa 41,7% dos cuidadores responderam “Muitas vezes” (Amaro, 2022), enquanto no estudo efetuado no distrito de Coimbra, 54,84% dos cuidadores responderam “Nunca” (Santos A. , 2021), o que é discutível, se avaliarmos os dados do INE (2023), referente ao ano de 2022, em que o centro surge com 18,7% de proporção da população residente em risco de pobreza ou exclusão social, seguida da região Alentejo com 18,1% e por fim a área metropolitana de Lisboa com 14,5% (INE, 2023).

Por fim e referente ao quarto fator “percepção de auto-eficácia” cerca de 57,14% dos cuidadores sentem que “Às vezes” poderiam fazer mais e cuidar melhor do seu familiar, na área metropolitana de Lisboa apenas 33,3% sente que “Às vezes” poderia fazer mais pelo seu familiar e 41,7% considera que poderia cuidar melhor do seu familiar (Amaro, 2022), enquanto que no distrito de Coimbra mais de 70% dos cuidadores, considera que “Nunca” sente que poderia fazer mais ou cuidar melhor do seu familiar (Santos A. , 2021).

Realizando uma avaliação geral dos 4 fatores, tendo em conta o score médio, por cada fator de sobrecarga e comparando a outros estudos, o “impacto da prestação de cuidados” destaca-se com uma média de cerca de 30%, seguem-se as “expectativas com o cuidar” com médias entre os 15% e os 16% (Viegas, Fernandes, & Veiga, 2018), no que concerne ao fator que diz respeito à “relação interpessoal”, surge neste estudo com uma percentagem média de 14% enquanto que, em outros estudos avaliados, representa um score médio entre os 9% e os 10%, por último e com médias mais baixas surge o fator 4, referente à “percepção de auto-eficácia” com percentagens médias entre os 4 e os 5% (Dixe & Querido, 2020). Assim sendo os fatores que representam maior sobrecarga para os cuidadores informais, correspondem ao “Impacto da prestação de cuidados” (Fator1), direcionado, segundo Sequeira (2010), para a sobrecarga objetiva

referente à sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados, e às “Expectativas com o cuidar” (Fator3), direcionado, segundo o mesmo autor, para a sobrecarga subjetiva e que reflete aquilo que o cuidador espera face ao cuidar, em si, às suas próprias capacidades para cuidar e ao futuro do familiar dependente do cuidado.

5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A etapa da determinação de prioridades, isto é, da priorização, tem um lugar de bastante relevância, de entre as etapas do planeamento em saúde, particularmente na favorável gestão dos diminutos recursos para responder às necessidades dos indivíduos ou das comunidades (Melo, 2020). Esta estratégia do planeamento em saúde considera que, concluída a etapa anterior, na qual se determinou um diagnóstico de saúde, se estabeleçam as prioridades de ação, de uma forma geral, nesta etapa hierarquizam-se os problemas, escolhendo quais os que devem ser solucionados primeiramente (Imperatori & Giraldes, 1982). Esta etapa permite analisar os problemas, refletindo sobre os de cariz prioritário, tendo por base o diagnóstico teórico, incluindo-os no horizonte temporal previsto para a intervenção e de acordo com recursos disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1982).

Para Melo (2020), para se determinar prioridades são basilares duas subetapas: a da definição dos critérios de decisão, que pode ter várias fontes de referência, tendo sempre em consideração a opinião de peritos, para que se possa chegar a uma decisão que seja registada e reproduzida, maximizando desta forma a sua validade, e a subetapa da estimativa e comparação das necessidades, na qual e apos a análise dos dados, se identificam prioridades (Melo, 2020).

O uso de um cronograma de atividades torna-se também num utensílio imprescindível para o planeamento a nível temporal. Sem a utilização de um cronograma de atividades poderá ocorrer um desfasamento entre a ação e os objetivos a serem atingidos no fim da intervenção. Para que se possa planear, é de igual modo fundamental que desde o início, os recursos quer humanos, quer materiais ou financeiros disponíveis sejam claros, pois a sua carência compromete a ação e a sua definição auxilia a delimitação das atividades.

Tendo em conta o conceito, a seleção ou escolha de prioridades no que concerne ao planeamento é a metodologia que estamos a utilizar, que determina a segunda fase do processo em questão. Esta encontra-se dependente da etapa anterior, nomeadamente o diagnóstico da situação, que irá determinar a fase seguinte a definição de objetivos. Quando foi realizado o diagnóstico no fim foram apresentados os problemas de saúde, do qual resulta a hierarquização que será realizada nesta etapa a

seleção de prioridades. Deste modo, é crucial que os problemas identificados sejam equiparáveis para permitir a sua escolha (Imperator & Giraldes, 1982, p. 29).

Por conseguinte, foram identificados os seguintes problemas:

A – Sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados (fator 1 da ESC);

B – Sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados (fator 2 da ESC);

C – Expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados (fator 3 da ESC);

D – Perceção do cuidador sobre o seu desempenho no cuidar (fator 4 da ESC).

Para Tavares (1992) é de salientar que ao estudarmos o conjunto de problemas identificados na etapa anterior, vamos ordená-los nesta fase. Na fase de determinação de prioridades, são decisivas duas:

1- Definir critérios de decisão;

2- Considerar e comparar os problemas.

Optou-se, pela grelha de análise, pois esta técnica possibilita a determinação de prioridades, tendo em conta os seguintes critérios: “1- importância do problema; 2- relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco; 3- Capacidade técnica de resolver o problema; 4- Exequibilidade do projecto ou da intervenção” (Tavares, 1990, p. 88).

Nesta técnica de determinação de prioridades, elabora-se uma grelha e atribui-se seguidamente a classificação (+) ou (-), de forma sequencial aos problemas enunciados, obtendo-se no final um resultado entre 1 e 16, sendo que o valor 1 representa, o problema mais prioritário e o 16 corresponde ao problema de menor prioridade (Apêndice 4).

Avaliando a grelha de análise (Apêndice 4) realizada, podemos destacar os seguintes problemas prioritários:

A – Sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados;

B – Sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados;

C – Expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Através de uma definição de objetivos apropriada, torna-se possível traçar o percurso das estratégias de intervenção de um modo objetivo e claro, dado que se passa a identificar, tendo por base o estado atual de determinada comunidade, que estado se pretende alcançar, onde e até quando. Através da determinação dos vários critérios que constituem a área mais meticulosa da definição de um objetivo, isto é, a indicação de metas, torna-se possível alocar os recursos e organizar as intervenções eficazmente (Melo, 2020).

Para Imperatori e Giraldes (1982) esta etapa “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” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 43).

Segundo Melo (2020), no contexto da definição de objetivos, existem variadas categorias de objetivos, que são, a finalidade, isto é a vasta área temática do projeto; os objetivos gerais, que são o foco de atenção principal do projeto; os objetivos específicos que se relacionam com as dimensões de diagnóstico do foco principal e por último existe a categoria das metas, e estas dão tempo aos objetivos específicos.

O desenvolvimento deste Projeto surge para dar resposta às necessidades do cuidador/utente da ECCI, definiu-se então como objetivo geral do Projeto:

- Reduzir a sobrecarga do cuidador informal, do idoso dependente, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados, até janeiro de 2024.

Para que seja passível de alcançar o objetivo geral, definiram-se dois objetivos específicos, que possibilitem alcançar “(...) um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 45).

Sendo estes objetivos:

- ➔ Construir um guia de apoio, informação e capacitação como suporte facilitador da capacitação do familiar cuidador;
- ➔ Envolver a equipa multiprofissional da UCC no projeto, promovendo uma abordagem abrangente e multidisciplinar.

A avaliação da sobrecarga foi realizada aos cuidadores informais dos 7 utentes que ingressavam a ECCL, durante a realização do projeto e os resultados desta avaliação, descritos no ponto 4.3., demonstraram que todos os cuidadores se encontram em sobrecarga intensa/elevada.

No ponto 5, ao definirmos prioridades e analisarmos detalhadamente a percentagem das respostas fornecidas pelos cuidadores informais durante a aplicação da ESC, é importante salientar que 71,43% dos cuidadores expressaram frequentemente sentimentos de insegurança em relação ao cuidado de seus familiares.

Segundo Melo (2020), a capacitação é uma fase centrada numa ação de desenvolvimento de capacidades individuais, exigindo a constante monitorização do enfermeiro que realiza a capacitação, para garantir a permanente atualização do utente que foi capacitado, de modo, a conseguir apropriar-se de determinadas funções ou tarefas.

Tendo em conta o atrás referido, optou-se pela elaboração de um guia orientador, que permita dar resposta as necessidades prementes dos cuidadores quer a nível psicológico, físico e social, bem como capacitá-los para o cuidar, contribuindo para a redução de fontes geradoras de stress.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

A realização e implementação de um projeto, pressupõe a escolha de estratégias adequadas, sendo esta uma das etapas mais importantes no processo de planeamento. Deste modo, pretende-se compreender qual o processo mais apropriado para diminuir os problemas de saúde prioritários. É também nesta fase que se definem estratégias, de forma criativa e inovadora e propõem-se novas formas de atuação que visam alcançar os objetivos fixados e incidir sobre a tendência de evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Sendo uma das principais necessidades sentidas resultantes do Diagnóstico de Situação foi Reduzir Sobrecarga do Cuidador Informal. Delinearam-se e desenvolveram-se intervenções para que, e através de um processo de avaliação e controlo, fossem atingidos os objetivos definidos.

Este projeto desenvolveu-se num curto espaço de tempo, uma vez que se desenvolveu em contexto académico, no período de estágio, entre setembro de 2023 e janeiro de 2024.

7.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Para o sucesso do projeto delineado é fundamental que se estabeleçam estratégias que incluam todos os intervenientes. Com este propósito, tiveram lugar reuniões com os *Stakeholders* (Apêndice 5) do Projeto, em setembro de 2023. Inicialmente reuniu-se com a equipa de enfermagem (enfermeira coordenadora e as duas enfermeiras que integravam a UCC), para compreender quais as necessidades do serviço utilizando a técnica de “brainstorming”. Nesta mesma reunião, foi identificada a necessidade de avaliação da Sobrecarga do Cuidador, dos utentes pela ECCL, através da aplicação da Escala de Zarit, verificando-se uma lacuna referente à aplicação da mesma quer nos registos de enfermagem, o que se refletia nos objetivos contratualizados pelo serviço, que se encontravam aquém do que era expectável.

Posteriormente realizou-se uma reunião, com toda a equipa da UCC para apresentação do projeto proposto e debater as questões mais prementes (Apêndice 6). Estiveram presentes nesta reunião todos os elementos da equipa multidisciplinar, numa taxa de adesão de 100%.

Após concluir o Diagnóstico de Situação, que permitiu avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI, promovemos uma reunião com toda a equipa. Durante esta sessão, foram expostos os problemas identificados e os objetivos delineados, e houve um debate para traçar um plano de ação viável que nos permitisse alcançar os nossos objetivos dentro do prazo estabelecido (Apêndice 7).

É importante salientar que, desde a primeira reunião, ficou estabelecido que as enfermeiras responsáveis pelos cuidados na ECCI aplicariam a Escala de Zarit aos cuidadores dos utentes integrados na equipa, e que essa avaliação seria refeita mensalmente. Em novembro de 2023, esta escala foi administrada aos cuidadores informais dos sete utentes integrados na ECCI. Posteriormente, a reavaliação foi realizada em dezembro de 2023 e janeiro de 2024, abrangendo os mesmos cuidadores.

A criação do guia de apoio, informação e capacitação para os cuidadores informais (Apêndice 8), exigiu não só a colaboração de toda a equipa multidisciplinar, como também a realização de uma nova reunião. O objetivo dessa reunião foi definir os temas essenciais a serem abordados no guia por cada membro da equipa. Pretendia-se garantir que o guia contivesse informação validada por diversos profissionais e que abordasse as necessidades reais dos cuidadores, conforme identificado no diagnóstico da situação. Este guia foi concebido com a intenção de contribuir para a redução da sobrecarga dos cuidadores.

Apesar da reunião com toda a equipa, foi necessário realizar encontros individuais com cada membro da equipa para verificar e validar a informação fornecida nas diversas áreas de intervenção, como Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Higiene oral, Fisioterapia e Serviço Social.

As reuniões realizadas e o envolvimento dos vários profissionais foram fundamentais como estratégia para alcançar o objetivo geral. Ao reunir toda a equipa multidisciplinar, pudemos aproveitar a vasta experiência e conhecimento de cada profissional para identificar as necessidades específicas dos cuidadores informais e desenvolver um plano de ação eficaz.

O desenvolvimento do guia foi uma etapa crucial deste processo. Através das reuniões, pudemos definir os temas essenciais a serem abordados no guia, garantindo que a informação nele contida fosse validada e relevante para os cuidadores. O envolvimento de profissionais de diferentes áreas, assegurou uma abordagem abrangente e multidisciplinar.

Com a participação e contribuição de toda a equipa, o Guia foi concluído no início do mês de dezembro de 2023. Este documento representa uma valiosa ferramenta de apoio para os cuidadores informais, proporcionando-lhes informação relevante e

validada por profissionais de diferentes áreas, adequada às suas necessidades específicas e contribuindo assim para o seu bem-estar e capacitação.

7.2 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS DO PROJETO

No que concerne à adequação dos recursos e segundo Imperatori e Giraldes (1982), há que ter em conta a projeção dos mesmos a nível futuro, tendo em conta se serão suficientes para suprir as necessidades consideradas na delineação das estratégias.

Para a realização deste projeto e cumprimento dos objetivos delineados, foi indispensável a cooperação e o empenhamento dos seguintes recursos humanos:

- ✓ Professora docente e orientadora do projeto;
- ✓ Supervisora clínica e enfermeira da UCC;
- ✓ Coordenadora da UCC;
- ✓ Equipa de enfermagem da UCC;
- ✓ Psicóloga Clínica;
- ✓ Fisioterapeuta;
- ✓ Assistente Social;
- ✓ Nutricionista;
- ✓ Higienista Oral.

Para o desenvolvimento do projeto foram, ainda, necessários os seguintes recursos materiais e físicos:

- Gabinete da UCC;
- Sala de Reuniões da Unidade Funcional;
- Computador com ligação à internet e projetor;
- Impressora;
- Material consumível (Folhas A4, Toner de impressora);
- Viatura automóvel.

7.3 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Sendo este um projeto em contexto académico e não existindo qualquer remuneração extraordinária, os custos adicionais, ficaram ao encargo da mestranda,

expeto a participação dos diversos profissionais da equipa, que foi realizada de forma voluntária, dentro do horário estabelecido para cada profissional.

Segundo Tavares (1992), a seleção de estratégias deve ter em conta 4 parâmetros, de entre os quais se destacam os custos, pois “A implementação de um projeto, através de uma determinada estratégia, pressupõe a renúncia a outros projetos que se poderia realizar para outros problemas, já que os recursos são escassos.” (Tavares, 1992, p. 150)

Tendo em conta que a unidade funcional dispõe de computador portátil, ligação à internet e projetor, que pode ser usado sem qualquer custo adicional, foi delineado o seguinte orçamento:

Tipo De Recursos	Recursos	Custo
Material Informativo	Folhas A4	10€
	Impressão do Guia	50€
	Toner impressora	40€
Combustível	Deslocações	60€
Recursos Humanos:	Horas/dias	
Enfermeiros	15 dias	1069€
Psicóloga Clínica	4 horas	48,4€
Fisioterapeuta	4 horas	48,4€
Nutricionista	4 horas	48,4€
Assistente Social	4 horas	48,4€
Higienista Oral	4 horas	48,4€
Total de Custos		1471€

Quadro 2 - Custos Adicionais

7.4 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O cronograma é um elemento essencial na preparação da execução, no planeamento em saúde, no que refere ao controlo do “parâmetro tempo”. Este, permite “(...) mostrar as interações entre as diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, (...) facilitar em suma a realização das actividades.” (Imperator & Giraldes, 1982, p. 115).

Desta forma, foi elaborado o seguinte cronograma de Gantt, com as actividades desenvolvidas, nestes períodos:

Data	Setembro 2023	Outubro 2023	Novembro 2023	Dezembro 2023	Janeiro 2024	Fevereiro 2024
Atividades						
Pesquisa Bibliográfica						
Reuniões com <i>Stakeholders</i> do Projeto						
Diagnóstico da situação						
Determinação de Prioridades						
Definição de Objetivos						
Preparação Operacional						
Reuniões com <i>Stakeholders</i> do Projeto						
Criação do Guia de Apoio, Informação e Capacitação do Cuidador Informal						
Entrega do Guia de Apoio, Informação e Capacitação do Cuidador Informal, aos cuidadores						
Avaliação do Projeto						

Quadro 3 - Cronograma do Projeto

O Projeto “Sobrecarga do Cuidador Informal: Apoiar quem Cuida”, deveria ter sido desenvolvido ao longo de dois períodos de estágio referentes, ao Estágio I que decorreu durante o 2º semestre do 1º ano de Mestrado e ao Estágio II e decorreu durante o 1º semestre do 2º ano. Contudo e por motivos de força maior, foi necessário recomençar o projeto no decorrer do Estágio II, pelo que o tempo foi reduzido, motivo este, pelo que algumas fases do planeamento se sobrepõem o que revela a dificuldade sentida na realização do projeto dentro do tempo estabelecido, contudo e apesar da acumulação de tarefas em alguns períodos, foi possível cumprir os *timings* do cronograma estabelecido.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Esta fase do planeamento, tem como propósito verificar se os objetivos propostos foram atingidos. “Em última análise poder-se-á dizer que a avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação.” (Tavares, 1990, p. 205).

A avaliação requer uma comparação com um modelo, esta permite avaliar os resultados obtidos com as atividades e compará-los com os dados iniciais, objetivos e metas definidas (Imperatori & Giraldes, 1982).

Pelo período limitado em que o projeto decorreu, como já referido anteriormente, a avaliação cingiu-se unicamente à avaliação dos objetivos traçados, não tendo sido definidos outros indicadores de resultado. É ainda de salientar, que após as intervenções foi reaplicada a Escala de Zarit.

O projeto tem como principal objetivo, reduzir a sobrecarga do cuidador informal, sendo assim, foi necessário dar resposta aos objetivos específicos traçados.

Foi criado um Guia de Apoio, Informação e Capacitação do Cuidador Informal, que permite intervir na capacitação do cuidador, por forma a que este adquira conhecimentos que permitam de certa forma gerir o stress associado ao deficit de conhecimentos e estratégias que permitam mudança comportamentais, quer no autocuidado do utente dependente, quer na gestão na sobrecarga associada ao deficit de conhecimento de recursos na comunidade, dando-se então por cumprido este objetivo específico. Este Guia foi entregue a todos os Cuidadores Informais, após a primeira avaliação da sobrecarga.

As equipas foram envolvidas no projeto, desde a construção do guia, entrega aos cuidadores oferecendo apoio personalizado aos cuidadores informais, fornecendo orientação e aconselhamento para lidar com os desafios específicos associados ao cuidado dos utentes participação na avaliação

Existem várias tipologias de avaliação, podendo esta ser feita de forma quantitativa, tendo em contra a informação quantificável dos resultados (Tavares, 1990). Desta forma, para avaliação dos resultados foi novamente aplicada a escala de

sobrecarga do cuidador, contudo apenas foram considerados 5 cuidadores na avaliação final (janeiro 2024), uma vez que o utente referente ao cuidador n.º 3 faleceu alguns dias após integração da equipa e aplicação da primeira escala, e o utente referente ao cuidador n.º 2, faleceu cerca de 1 mês após a aplicação da primeira escala.

Após aplicação da segunda escala aos 5 cuidadores para avaliação do projeto obteve-se o seguinte quadro:

Cuidador Informal	Idade	Sexo	Score	Nível de Sobrecarga
1	46	Feminino	38	SEM SOBRECARGA
4	63	Feminino	43	SEM SOBRECARGA
5	69	Feminino	45	SEM SOBRECARGA
6	84	Feminino	52	LIGEIRA
7	65	Masculino	43	SEM SOBRECARGA

Quadro 4 - Scores correspondentes à segunda aplicação da Escala de Zarit

Observando o quadro 4, verifica-se que o cuidador informal n.º 6 se encontra em sobrecarga ligeira e os restantes 4, se encontram sem sobrecarga. Foi ainda realizada a seguinte tabela para comparação do Score e níveis de Sobrecarga, entre a primeira e a segunda avaliação:

Cuidador Informal	1ª Avaliação da Sobrecarga		2ª Avaliação da Sobrecarga	
	Score	Nível de Sobrecarga	Score	Nível de Sobrecarga
1	57	INTENSA/ELEVADA	38	SEM SOBRECARGA
2	86	INTENSA/ELEVADA	-	-
3	90	INTENSA/ELEVADA	-	-
4	69	INTENSA/ELEVADA	43	SEM SOBRECARGA
5	74	INTENSA/ELEVADA	45	SEM SOBRECARGA
6	67	INTENSA/ELEVADA	52	LIGEIRA
7	71	INTENSA/ELEVADA	43	SEM SOBRECARGA

Quadro 5 - Scores correspondentes à primeira e segunda aplicação da Escala de Zarit

Tendo em conta os valores de score da segunda avaliação, após aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, pode constatar-se que os Scores diminuíram significativamente, observando-se, por conseguinte, uma redução do nível de sobrecarga de cada cuidador, tendo sido então, cumprido, o objetivo geral deste projeto.

9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Atualmente quer os cuidados de saúde, bem como os cuidados de Enfermagem assumem “(...) uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.” (OE, 2019, p. 4744).

Ao enfermeiro especialista, são atribuídas competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente do contexto da prestação de cuidados:

“Competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;”

(OE, 2019, p. 4745)

E competências específicas, tendo em conta a sua área de especialização:

“Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

(OE, 2019, p. 4745)

Atualmente os cuidados de saúde primários tem assumido um papel cada vez mais importante na área da prevenção da doença e promoção da saúde, sendo assim o desenvolvimento de competências específicas, na área de Enfermagem Comunitária surge com a necessidade de desenvolver cuidados especializados “(...) em áreas emergentes e diferenciadas, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção” (OE, 2018, p. 19354).

O Regulamento n.º 140/2019, no artigo 4.º, refere os 4 domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

“Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens” (OE, 2019, p. 4745).

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, foi decisivo na aquisição e mobilização das competências inerentes a estes domínios. A frequência nas diferentes unidades curriculares, a realização dos dois estágios e o desenvolvimento deste projeto, foram impulsionadores para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das referidas competências.

Refletindo sobre a mobilização e aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública regularizadas no Regulamento n.º 428/2018, da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 2º:

No que concerne à primeira competência definida **“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”** (OE, 2018, p. 19354).

O projeto “SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: APOIAR QUEM CUIDA” teve em conta as etapas da metodologia de Planeamento em Saúde, tendo sido elaborado o diagnóstico de situação tendo em conta a comunidade de cuidadores informais, dos utentes integrados em ECCL, considerando as necessidades tanto dos cuidadores como dos utentes em questão. Após o diagnóstico e realizada a análise dos resultados, foram identificados os problemas e necessidades da população alvo, e posteriormente definidas as prioridades na resposta aos problemas destacados. Posteriormente ao referido, foram definidos objetivos, bem como estratégias para os concretizar, sendo possível operacionalizar e avaliar o projeto com resposta positiva no que concerne aos objetivos traçados. Em suma, com a realização deste projeto pode tomar-se esta competência como adquirida.

Relativamente à segunda competência definida **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”** (OE, 2018, p. 19354).

Este projeto foi desenvolvido no âmbito da ECCL, sendo que a intervenção desta equipa, decorre na comunidade, e apesar de poder abranger qualquer faixa etária, os utentes que integram a equipa são fundamentalmente idosos, sendo que estes se encontram em grande parte dependentes e a cargo dos seus cuidadores (em grande maioria familiares) a capacitação destes pequenos grupos é essencial para dar resposta às necessidades de saúde e melhorar a qualidade de vida, tanto dos utentes como dos cuidadores. Durante os estágios, foi também possível intervir noutros grupos comunitários uma vez que a UCC em questão desenvolve entre outras, atividades no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (meio escolar) e Programa Nacional para a Saúde do

Adulto/Idoso – Estratégias de promoção da saúde e da literacia em saúde (Universidade Popular– parceria com a Câmara Municipal), nas quais foi possível participar ativamente. Pelo descrito, e pelas competências mobilizadas e adquiridas durante este processo, é de considerar atingida a segunda competência específica regulamentada para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

No que toca à terceira competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: ***“integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”*** (OE, 2018, p. 19354).

Para a elaboração do referido projeto, foi tido em conta o Plano Nacional de Saúde (PNS) atual, sendo que no desenvolvimento do projeto, foram tidas em conta as determinantes demográficas, sociais e económicas (envelhecimento da população; literacia; suporte social), bem como as comportamentais (gestão do stress), referenciadas no PNS. Foram implementadas estratégias de acordo com o PNS, tendo por base as referidas determinantes tais como: Promoção da literacia em saúde e educação para a gestão da doença, para o autocuidado e capacitação dos cuidadores informais. Foi ainda tido em conta o Plano Nacional de Literacia em Saúde e as estratégias referidas no mesmo, tais como: Comunicação, Mobilização Social e Políticas de Saúde.

Além do projeto, o estágio na UCC permitiu ainda o envolvimento nos programas de saúde, que integram o Plano de Ação da mesma tais como PNSE, Programa de Promoção da Saúde Oral, Programa Regional para a Promoção de Alimentação Saudável, Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida: Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – ECCI e Programa Nacional para a Saúde do Adulto/Idoso. Em todos estes programas são desenvolvidas ações junto da comunidade com o objetivo de promoção da saúde e prevenção da doença, em diversas faixas etárias e ao longo do ciclo vital. Tendo em conta o anteriormente descrito, considera-se atingida a terceira competência específica regulamentada para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Por último, a quarta competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: ***“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”*** (OE, 2018, p. 19354).

Para a elaboração do projeto e relatório, foi necessário compreender quais as necessidades equipa, onde foi desenvolvido o projeto (ECCI), e acima de tudo, da população a que são prestados os cuidados. Para tal, procedeu-se ao diagnóstico de saúde, onde se definiu o diagnóstico epidemiológico da população, referente à

sobrecarga do cuidador informal, com implicações na saúde física e mental dos mesmos, utilizando a ESC, para colheita de dados. Nesta fase, foram ainda, apresentados e discutidos os resultados, da colheita, utilizando técnicas estatísticas para avaliação dos dados através de tabelas e gráficos, bem como de cálculos específicos, que permitiram compreender melhor o foco dos problemas, a delineação de objetivos e desenvolvimento de estratégias que permitissem dar resposta aos mesmos. Considera-se então assim, adquirida a quarta competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

10. CONCLUSÃO

Portugal destaca-se na união europeia com um dos maiores índices de envelhecimento. O aumento da esperança média de vida, nem sempre associado a um envelhecimento saudável acarreta problemas como a dependência de terceiros.

O envelhecimento populacional, aliado a índices de dependência elevados, acarretam uma maior vulnerabilidade a este grupo (idosos). Pelo que quando o idoso fica incapacitado e dependente, por norma a responsabilização dos cuidados, recaem sobre a família e seus cuidadores. Sendo que a maioria dos cuidadores informais, são familiares do idoso (filhos, netos, noras, sobrinhos, etc.).

Este estado de dependência de terceiros, muitas vezes surge de forma súbita e os cuidados ao idoso tem de ser reavaliados. A família ou cuidadores vêm muitas vezes a sua vida e a dinâmica familiar completamente alterada, tendo de se reestruturar e adaptar à situação de dependência, por norma associada a doença em tempo record, o que, muitas vezes por escassez de conhecimentos, que dos cuidados, quer dos recursos existentes na comunidade, os leva a experienciarem níveis de stress, ansiedade, depressão e até mesmo problemas de saúde, físicos, que de outra forma não existiriam.

Tendo em conta os indicadores contratualizados pela unidade funcional, em que a gestão do stress do prestador de cuidados surge com uma avaliação, abaixo do esperado e após uma reunião com a equipa de enfermagem, recorrendo à técnica de “brainstorming”, iniciou-se então, e com o objetivo de dar resposta a uma necessidade do serviço, a avaliação da sobrecarga do cuidador informal.

Este projeto foi desenvolvido, tendo em conta, a Metodologia do Planeamento em Saúde.

Na fase de diagnóstico da situação foi aplicada a Escala da Sobrecarga do Cuidador (Escala de Zarit), aos cuidadores informais, dos utentes ingressados na ECCL, após uma análise estatística e cuidada dos dados, verificou-se a existência de sobrecarga elevada, nos cuidadores informais dos utentes ingressados em ECCL.

Com este diagnóstico deu-se início ao desenvolvimento do projeto denominado: “SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: APOIAR QUEM CUIDA”, com o objetivo geral de “Reduzir a sobrecarga do cuidador informal, do idoso dependente, em contexto de ECCL, até janeiro de 2024.”, sendo que após a análise aprofundada dos dados e

tendo em conta a análise fatorial apresentada por Sequeira, foi possível determinar as áreas que conferem maior percentagem de sobrecarga ao cuidador informal e ainda analisar ao pormenor a percentagem atribuída a cada resposta, sendo que a questão *“Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?”* surge com uma percentagem que se destaca. Desta forma foi definido um objetivo específico “Criação de um guia de apoio, informação e capacitação do cuidador informal”. Promover a literacia em saúde é uma prioridade. Elevados graus de Literacia em Saúde possibilitam à pessoa ter capacidade para tomar decisões de saúde fundamentadas, no dia-a-dia, no seu domicílio, na sua comunidade. A criação do guia surge como fio condutor de resposta às necessidades básicas, do cuidador informal, quer na capacitação para o cuidar o outro, como a si mesmo. Auxiliando no deficit referente aos autocuidados, dando também a conhecer os recursos existentes na comunidade.

A ECCI onde se desenvolveu o projeto, atua essencialmente, em contexto domiciliário, o que permite uma maior proximidade ao cuidador e à pessoa cuidada, sendo possível desenvolver uma relação terapêutica, pelo que se torna mais fácil atuar individualmente nos problemas e questões levantadas por cada cuidador. Sendo esta uma equipa multidisciplinar a ajuda pode ser direcionada para as necessidades de cada um e a cada momento. Pelo que o Guia surge como complemento e validação de todos os ensinamentos realizados à cada cuidador, em todas as visitas ou sempre que necessário. Sem este acompanhamento próximo e individualizado, o Guia por si só, não daria resposta ao objetivo geral.

As maiores dificuldades sentidas, para além da escassez do tempo, uma vez que este projeto foi desenvolvido entre setembro de 2023 e janeiro 2024, surgiram outros entraves. Pois numa fase inicial pensou-se em criar um espaço de apoio, capacitação e partilha para os cuidadores informais, contudo, sendo que a maioria dos cuidadores, se encontram sozinhos, no processo de cuidar, foi posto de lado este objetivo.

A avaliação do projeto foi realizada através de uma segunda aplicação da Escala da Sobrecarga do Cuidador e após a análise dos resultados, verificou-se que o objetivo geral foi superado, com redução da sobrecarga de todos os cuidadores, sendo que a maioria se posicionava num Score abaixo dos 46, que corresponde a inexistência de sobrecarga.

Concluindo, para além competências comuns e específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, adquiridas, a realização do projeto: “SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: APOIAR QUEM CUIDA”, foi bastante gratificante, não só a nível pessoal, pelo finalizar de um projeto há muito adiado e que me fez superar

questões pessoais, mas também pela temática em questão, uma vez que sendo enfermeira em cuidados de saúde primários, o meu trabalho direcionado para os cuidados domiciliários e deparando-me tantas vezes com cuidadores sobrecarga elevadíssima, a realização deste projeto e os resultados obtidos, foram para mim um orgulho enorme, por saber que de uma forma ou de outra, o projeto fez a diferença na vida de alguém.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, B., & A., R. (22 de Setembro de 2019). Há 800 mil cuidadores informais em Portugal e estatuto é passo para a dignidade. (F. Castro, Entrevistador) Obtido de <http://www.cuidadoresportugal.pt/>
- Amaro, R. (2022). *Capacitar os cuidadores informais de pessoa dependente no domicílio*. Lisboa. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44656/1/ME-Com_9495_original.pdf
- ARS Alentejo, I.P. (2017). *ACES Alentejo Central*. Obtido em 1 de Junho de 2021, de arsalentejo: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/ACES-Alentejo-Central.aspx>
- BI-CSP. (2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 8 de Abril de 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4071080/Pages/default.aspx>
- Castro, L., Souza, D. N., Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R., & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte Social. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1346-1355.
- Coutinho, C. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição ed.). Coimbra: Almedina.
- Dantas, P. (2020). A Sobrecarga do Cuidador Informal do Idoso Dependente e Alvo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira: Um Estudo Transversal-Descritivo. *Repositório Comum*, pp. 1-102. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/34496>
- Decreto Lei nº100/2019 de 6 de Setembro. (2019). Diário da República: I série, Nº171. 3-16. Obtido em 5 de Junho de 2021, de <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Departamento de Prestações e Contribuições . (27 de Maio de 2021). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Instituto da Segurança Social, I.P.
- DGS. (Junho de 2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030. (D.-G. d. Saúde, Ed.) *Plano Estratégico*, pp. 1-25.
- Diógenes, M., & Pagliuca, L. (2003). TEORIA DO AUTOCUIDADO: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 286-293. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/277255658>
- Dixe, M., & Querido, A. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-8.

- Ferreira, A. (2015). *Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados : contributos da supervisão clínica em enfermagem*. Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/9758>
- Gemito, M. (2015). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, pp. 132-144. doi:[https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(2\).132](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(2).132)
- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*, pp. 1-10. Obtido de <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- INE. (2021). Estatísticas da Saúde - 2019. pp. 1-74. Obtido em 14 de Setembro de 2023, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES-pub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
- INE. (2023). TÁBUAS DE MORTALIDADE PARA PORTUGAL 2020-2022. 1-11. Lisboa. Obtido em 14 de Setembro de 2023, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2024). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 8 de Abril de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menu-BOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- Loureiro, A. (2016). *INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA GESTÃO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL*. Aveiro: Escola Superior de Saúde de Aveiro.
- Manual de Integração. (2021). *Unidade de Cuidados na Comunidade: Manual de Integração*. ACES Alentejo Central.
- Martins, R., Henriques, T., & Carvalho, N. (2018). IMPACTO DO INTERNAMENTO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NA MELHORIA DOS NÍVEIS DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS UTENTES. *Gestão e Desenvolvimento*, pp. 177-191.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development & progress* (5ª ed.). Philadelphia: PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento(s), qualidade de vida e bem-estar. Em *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3* (pp. 132-144). Ponta Delgada: Atena Editora. doi:10.22533/at.ed.18320170611
- Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*(20), 133-154.
- OE. (16 de Julho de 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. *Ordem dos Enfermeiros*, 19354-19359. Diário da República, 2.ª série — N.º 135.
- OE. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*, 4744-4750. Diário da República, 2.ª série — N.º 26.
- Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)* (1ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- PORDATA. (2024). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 26 de Março de 2024, de Pordata>Municípios>População>Esperança de Vida e Mortes>Taxa bruta de mortalidade>Consulta Avançada: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5840078>
- PORDATA. (2024). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 1 de Abril de 2024, de Pordata>Municípios>População>População Residente>Densidade populacional>Consulta Avançada: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- PORDATA. (2024). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 26 de Março de 2024, de Pordata>Municípios>População>População Residente>Índice de envelhecimento>Consulta Avançada: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5840079>
- PORDATA. (2024). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 1 de Abril de 2024, de Pordata>Municípios>Educação>Escolaridade da População>População analfabeta residente por sexo segundo os Censos>Consulta Avançada: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5840154>
- PORDATA. (2024). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 8 de abril de 2024, de Pordata>Municípios>Educação>Escolaridade da População>População por nível de escolaridade segundo os Censos (%)>Consulta Avançada: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5840155>
- PORDATA. (2024). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 1 de Abril de 2024, de Pordata>Municípios>População>População Residente>Índice de envelhecimento>Consulta Avançada: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5840080>
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5-7.
- Queiroz, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 157-164. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ramos, A., Lopes, M., Mendes, F., Parreira, P., & Fonseca, C. (19 de Janeiro de 2017). Self-care in older people with functional deficit: needs of long-term care. *Nursing and Palliative Care*, 2 (1), pp. 1-2. doi:10.15761/NPC.1000140.

- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 25-36. doi:10.12707/RIII12162
- Salgueiro, H., & Lopes, M. (Março de 2010). A Dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem*, pp. 26-32.
- Santos, A. (2021). *A sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente, em contexto de ECCI*. Obtido de https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6986/1/Andreialsabel-CanasSimoesSantos_RM.pdf
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (Abril de 2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging and Innovation*, 6 (1), 51-54.
- Sequeira, C. (Março de 2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II(12), 9-16. Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em saúde* (2ª Edição ed.). Lisboa: Ministério da saúde.
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., . . . Nascimento, R. (Setembro de 2017). MEDIDAS DE INTERVENÇÃO JUNTO DOS CUIDADORES INFORMAIS - Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. pp. 1-113.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). (A. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.
- Viegas, L., Fernandes, A., & Veiga, M. (2018). Intervenção de Enfermagem no Estresse do Cuidador Familiar do Idoso com Dependência: Estudo Piloto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 1-12.
- WHO. (2013). Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers. WHO Library Cataloguing-in-Publication.

ANEXOS

Anexo 1 – Escala da Sobrecarga do Cuidador Informal

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Steve Zarit (1980)

Versão portuguesa de Sequeira (2007)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações. Coloque um sinal **X** no espaço que corresponde à sua opinião.

	Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
Considera que o seu familiar está dependente de si?					
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					

Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Anexo 2 – Parecer da Coordenadora da Instituição/Unidade Funcional

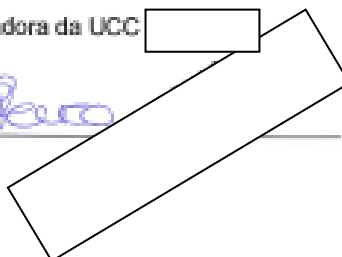


DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro, como Coordenadora da UCC que esta Unidade funcional tem recursos logísticos e humanos para a realização do projeto de Intervenção Comunitário, no âmbito do Stress do Prestador de Cuidados, a realizar pela mestranda Cláudia Sofia Talhinas Ganga do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação: Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

15 de Setembro de 2023

A Coordenadora da UCC

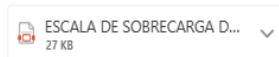


APÊNDICES

Apêndice 1 – Parecer Do Encarregado Da Proteção De Dados Do IPP

Para: epd@ipportalegre.pt

Dom, 22/10/2023 20:59



Boa noite,

Chamo-me Cláudia Sofia Talhinhos Ganga e sou aluna do Curso de Mestrado em Associação, em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. No âmbito do estágio do curso citado, pretendo desenvolver um projeto de investigação – projeto de intervenção na comunidade intitulado: **“Sobrecarga do cuidador informal: apoiar quem cuida”**.

Para a elaboração do Diagnóstico de Situação, pretende-se colher dados suscetíveis de fornecer informações necessárias para a consecução do projeto através da aplicação de uma escala pública, validada e incluída no sistema informático dos serviços, que será aplicada pela enfermeira orientadora de estágio. Será solicitada autorização individual a cada participante do projeto através do preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido, sendo que todos os dados obtidos serão apenas utilizados e divulgados no âmbito académico.

De salientar, 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.

Deste modo, e como Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre, venho por este meio solicitar-lhe colaboração no direito dos participantes à proteção dos seus dados pessoais.

Saliento ainda que envio em anexo a este e-mail a Escala que será aplicada.

Grata pela atenção dispensada.

Aguardo feedback.

Cumprimentos,

Cláudia Ganga

E Encarregado Proteção de Dados <epd@ipportalegre.pt>

Para: Você

← ↶ ↷ → 📎 ...

Sex, 27/10/2023 15:27

Boa tarde cara aluna

O questionário, daquilo que percebemos, é completamente anónimo, uma vez que não estão em causa quaisquer dados pessoais e não será possível cruzar as questões com a identificação da pessoa objeto do questionário.

Contudo, parece-nos que, atendendo à natureza sensível das questões e à multiplicidade de realidades, deveria existir uma coluna com “Não se aplica” ou, eventualmente, “Não respondo” e essa seria a resposta a essa questão.

Com os melhores cumprimentos,

Claudia Ganga

Para: Encarregado Proteção de Dados

← Responder ↶ Responder a todos ↷ Encaminhar 📎 ...

Sex, 27/10/2023 16:29

Boa tarde,

Antes demais desde já agradecer a pronta resposta!

Relativamente à sua sugestão, sendo a Escala de Zarit, uma escala internacional, pública, validada e integrada no sistema de informação e registo Clínico, e que é aplicada em contexto de cuidados a todos os utentes integrados na equipa de cuidados continuados, creio que não posso fazer quaisquer alterações. O score atribuído na avaliação final, é específico para aquelas respostas!

Não se tratando de um questionário propriamente dito, mas sim de uma escala tenho de a aplicar tal como se apresenta

Sem mais assunto.

Cumprimentos,

Cláudia Ganga

Enviado do meu iPhone

No dia 27/10/2023, às 15:27, Encarregado Proteção de Dados <epd@ipportalegre.pt> escreveu:

E Encarregado Proteção de Dados <epd@ipportalegre.pt>

Para: Você

← ↶ ↷ → 📎 ...

Seg, 30/10/2023 17:27

Boa tarde

Obrigado pelo esclarecimento.

Os melhores cumprimentos,

Apêndice 2 – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

**Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participar no projeto
“Sobrecarga do cuidador informal: apoiar quem cuida”**

Caro(a) Senhor (a)

Eu, Cláudia Sofia Talhinhos Ganga, enfermeira e atualmente aluna do 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 supervisora Clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Fernanda [] enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de [] e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

No âmbito estágio do curso supracitado, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos do estágio, sendo estes: identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde da comunidade e realizar o diagnóstico de saúde de uma comunidade.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente à sobrecarga do Cuidador Informal, pretendo utilizar os dados recolhidos através da aplicação da Escala de Zarit ao familiar cuidador, escala utilizada pela ECCI no âmbito da prestação de cuidados.

Solicito a sua participação voluntária, na aplicação da Escala de Zarit, que tem como objetivo identificar a sobrecarga do cuidador informal dos utentes da ECCI de [], durante o período de outubro de 2023 a novembro de 2023.

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: Cláudia Ganga

Enfermeira Supervisora Clínica: Fernanda

Endereço Postal:

Endereço eletrónico:

Telefone fixo:

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 despendido será de 15 minutos, 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 Instituto Politécnico de Portalegre, através dos contactos:

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

Endereço eletrónico: epd@ipportalegre.pt

Telefone fixo: 245 301 500

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: Cláudia Sofia Talhinhos Ganga

___/___/___ Assinatura _____

Nome legível da Orientadora Pedagógica: Ermelinda Caldeira

___/___/___ Assinatura _____

Nome legível da Enfermeira Supervisora Clínica: Fernanda

___/___/___ Assinatura _____

Unidade de Saúde: Unidade de Cuidados na Comunidade de

Contato institucional da investigadora e da Enfermeira Supervisora Clínica:

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 CONSTITUÍDO 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 3 – Análise de Dados

Nº	Questão	Resposta	N	%	Gráfico
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	5	71,43	
		Muitas vezes	1	14,29	
		Quase sempre	1	14,29	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	3	42,86	
		Muitas vezes	3	42,86	
		Quase sempre	1	14,29	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	1	14,29	
		Muitas vezes	3	42,86	
		Quase sempre	3	42,86	
4	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	2	28,57	
		Quase nunca	4	57,14	
		Às vezes	1	14,29	
		Muitas vezes	0	0	
		Quase sempre	0	0	
5	Sente-se irritado quando esta junto do seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	5	71,43	
		Muitas vezes	1	14,29	
		Quase sempre	0	0	
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos /familiares?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	2	28,57	
		Às vezes	3	42,86	
		Muitas vezes	1	14,29	
		Quase sempre	1	14,29	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	1	14,29	
		Muitas vezes	4	57,14	
		Quase sempre	2	28,57	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	1	14,29	
		Muitas vezes	2	28,57	
		Quase sempre	4	57,14	
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	2	28,57	
		Muitas vezes	2	28,57	
		Quase sempre	2	28,57	

10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	2	28,57	
		Muitas vezes	3	42,86	
		Quase sempre	1	14,29	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	3	42,86	
		Muitas vezes	3	42,86	
		Quase sempre	0	0	
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	4	57,14	
		Muitas vezes	2	28,57	
		Quase sempre	0	0	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	Nunca	1	14,29	
		Quase nunca	3	42,86	
		Às vezes	3	42,86	
		Muitas vezes	0	0	
		Quase sempre	0	0	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	2	28,57	
		Muitas vezes	2	28,57	
		Quase sempre	3	42,86	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Nunca	1	14,29	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	4	57,14	
		Muitas vezes	0	0	
		Quase sempre	1	14,29	
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	4	57,14	
		Muitas vezes	1	14,29	
		Quase sempre	1	14,29	
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	1	14,29	
		Às vezes	4	57,14	
		Muitas vezes	1	14,29	
		Quase sempre	1	14,29	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Nunca	1	14,29	
		Quase nunca	2	28,57	
		Às vezes	3	42,86	
		Muitas vezes	0	0	
		Quase sempre	1	14,29	

19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	2	28,57	
		Muitas vezes	5	71,43	
		Quase sempre	0	0	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	3	42,86	
		Às vezes	4	57,14	
		Muitas vezes	0	0	
		Quase sempre	0	0	
21	Considera que podia cuidar melhor do seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	3	42,86	
		Às vezes	4	57,14	
		Muitas vezes	0	0	
		Quase sempre	0	0	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	0	0	
		Quase nunca	0	0	
		Às vezes	1	14,29	
		Muitas vezes	3	42,86	
		Quase sempre	3	42,86	

Apêndice 4 – Determinação de Prioridades

- A – Sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados (fator 1 da ESC);
- B – Sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados (fator 2 da ESC);
- C – Expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados (fator 3 da ESC);
- D - Perceção do cuidador sobre do seu desempenho no cuidar (fator 4 da ESC).

Problemas de saúde:

1. IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA

- A - Sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados: mais (+)
- B - Sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados: mais (+)
- C - Expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados: mais (+)
- D - Perceção do cuidador sobre do seu desempenho no cuidar: menos (-)

2. RELAÇÃO PROBLEMA/ FATOR DE RISCO

- A - Sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados: mais (+)
- B - Sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados: mais (+)
- C - Expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados: mais (+)
- D - Perceção do cuidador sobre do seu desempenho no cuidar: mais (+)

3. CAPACIDADE TÉCNICA DE INTERVIR

- A - Sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados: mais (+)
- B - Sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados: mais (+)
- C - Expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados: menos (-)
- D - Perceção do cuidador sobre do seu desempenho no cuidar: menos (-)

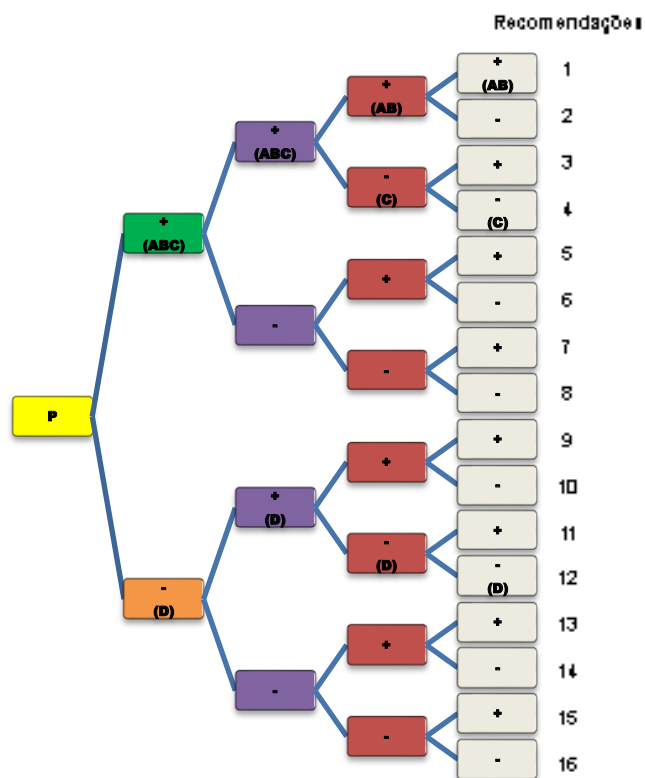
4. EXEQUIBILIDADE

A - Sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados: mais (+)

B - Sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados: mais (+)

C - Expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados: menos (-)

D - Perceção do cuidador sobre do seu desempenho no cuidar: menos (-)



Apêndice 5 – Stakeholders

<i>Stakeholders do Projeto</i>
Enfermeira Coordenadora
Enfermeiros
Psicóloga
Fisioterapeuta
Assistente Social
Nutricionista
Higienista Oral

Apêndice 6 - Apresentação do Projeto à Equipa

Ensino Clínico II - Curso de Mestrado em
Associação em Enfermagem

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: APOIAR QUEM CUIDA



Docente: Professora Doutora
Ermelinda Caldeira

Supervisora clínica: Enfermeira
Especialista em Enfermagem
Comunitária e de Saúde Pública
Fernanda

Discente: Cláudia Ganga nº24274

Setembro
2023

1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Numa sociedade em desenvolvimento, o **aumento da esperança de vida** e por outro lado, o **crescimento da população envelhecida**, demonstraram a necessidade de criação de um plano individual e coletivo relacionado com o envelhecimento (Sequeira, 2018, pp. 6-7).

2



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- A prestação de cuidados no domicílio a pessoas dependentes é uma função trabalhosa, que pode trazer complicações para o cuidador e para a família como um todo.
- Compreendendo, as alterações na dinâmica da família que coabita e cuida de um familiar idoso dependente, podemos mais corretamente reconhecer aquelas famílias que se encontram em risco de desequilíbrio, e assim determinar mecanismos e programas de apoio para as mesmas
(Salgueiro & Lopes, 2010, p. 27)

3



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Em Portugal, a família continua a ser principal fonte de prestação de cuidados aos familiares dependentes;
- Portugal destaca-se do resto da Europa, apresentando a maior taxa de cuidados domiciliários informais, cerca de 12,4% (Castro, et al., 2016).

4



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Os cuidadores informais, sentem **sofrimento** por terem de lidar com a dependência física e a incapacidade mental do familiar a seu cargo. Verificando-se um **aumento do stress do cuidador**, quer a nível físico e psicológico, bem como depressão, ansiedade e outros problemas de saúde, quando equiparados, com pessoas da mesma idade, mas não cuidadores.

(Dantas, 2020)

5



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- É então imprescindível que o cuidador informal **seja esclarecido relativamente aos recursos existentes na comunidade**, de apoio aos mesmos, bem como, um **investimento na promoção e capacitação destes**, permitindo assim reduzir o impacto negativo e a sobrecarga, associada à prestação de cuidados a utentes dependentes e/ou com incapacidades cognitivas (Gemito, 2015).

6



OBJETIVO GERAL

- Reduzir a sobrecarga do cuidador informal, do idoso dependente, em contexto de ECCI.

7



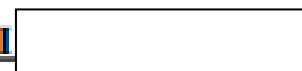
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a sobrecarga do cuidador informal, do idoso dependente, integrado em ECCI;
- Cumprir objetivos contratualizados, pelo serviço.

8

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

- Aplicar a escala de avaliação da sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit), aos cuidadores informais de utentes dependentes, da ECCI



POPULAÇÃO-ALVO

9

BIBLIOGRAFIA

- Alves, B., & Ribas, A. (22 de Setembro de 2019). 141.800 mil cuidadores informais em Portugal e acesso à saúde e à dignidade. (F. Castro, Entrevistador) Agência de Informação. Obtido em 30 de Maio de 2021, de <https://www.ainformacao.pt/2019/09/22/141-800-mil-cuidadores-informais-em-portugal-e-acesso-a-saude-e-a-dignidade/>
- Castro, L., Souza, D. N., Pereira, A., Santos, E., Lemos, R., & Teixeira, H. (2014). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte Social. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1346-1355.
- Dantas, P. (2020). A sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na região autónoma da madeira: um estudo transversal-descritivo. Funchal.
- Departamento de Prestações e Contribuições . (27 de Maio de 2021). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Instituto da Segurança Social, I.P.
- DGS. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Portugal: Ministério da Saúde. doi:10.13140/RG.2.2.17763.38343
- Genito, M. L. (Agosto de 2015). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento (RIASE)*, 1(2), 132-144.
- Regulamento nº428. (16 de julho de 2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II, 19354 - 19358. Portugal.
- Sequeira, H., & Lopes, M. (Março de 2010). *Revista Gaúcha Enfermagem* . A Dinâmica da família que cuida e é cuida de um idoso dependente, p. 12.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

10

Apêndice 7 – Apresentação dos Resultados do Diagnóstico à Equipa

Ensino Clínico II - Curso de Mestrado em
Associação em Enfermagem

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: APOIAR QUEM CUIDA



Docente: Professora Doutora
Ermelinda Caldeira

Supervisora clínica: Enfermeira
Especialista em Enfermagem
Comunitária e de Saúde Pública
Fernanda

Discente: Cláudia Ganga nº24274

Novembro
2023

1

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

- Aplicar a escala de avaliação da sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit), aos **cuidadores informais de utentes dependentes, da ECCL de**

↓
**POPULAÇÃO-
ALVO**

2

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

- Escala de Sobrecarga do Cuidador (Escala de Zarit), apesar desta escala ter sido criada por Steve Zarit em 1980, optou-se por **utilizar a versão portuguesa traduzida e adaptada por de Sequeira em 2007.**

(Sequeira C., 2010).

3

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

	Nunca	Quase Nunca	Ao Meio	Muitas Vezes	Quase Sempre
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
Considera que a situação atual adota de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/família?					
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
Considera que o seu familiar está dependente de si?					
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					

4

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Penso que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar da sua família?					
Sinto-me pouco à vontade em convidar amigos para cá(s) visitarem devido ao meu familiar?					
Acredito que o meu familiar espera que sou eu dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
Considero que não dispõe de economias suficientes para cuidar do meu familiar e para o resto das despesas que tem?					
Sinto-me incapaz de cuidar do meu familiar por muito mais tempo?					
Considero que perdi o controlo da minha vida depois da doença do meu familiar se manifestar?					
Desejaria poder entregar o meu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
Sinto-me inseguro acerca do que deve fazer com o meu familiar?					
Sinto que poderia fazer mais pelo meu familiar?					
Considero que poderia cuidar melhor do meu familiar?					
Em geral sinto-me muito sobrecarregado por ter de cuidar do meu familiar?					

5

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

- A escala é constituída por **22 questões**, com 5 possibilidades de resposta (**Nunca/Quase Nunca/Às vezes/Muitas Vezes/Quase Sempre**);
- Cada item é pontuado da seguinte forma: Nunca (1); Quase Nunca (2); Às Vezes (3); Muitas Vezes (4) e Quase Sempre (5).

(Sequeira C., 2010).

6

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O somatório das 22 questões resultará num score que pode variar entre os 22 e os 110

- Score inferior a 46, significa que **não existe sobrecarga**;
- Score entre os 46 e os 56, existe **sobrecarga ligeira**;
- Scores superiores a 56, correspondem a **sobrecarga intensa/elevada**.

(Sequeira C., 2010).

7

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Os itens foram divididos em quatro fatores:

- O primeiro fator - **“Impacto da Prestação de Cuidados”**, engloba 11 itens referentes à sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados;
- O segundo fator - **“Relação Interpessoal”**, engloba 5 itens referentes à sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente dos cuidados;

(Sequeira C., 2010).

8

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

- O terceiro fator - **“Expectativas com o Cuidar”**, engloba 4 itens referentes às expectativas que o cuidador tem, relativamente à prestação de cuidados ;
- O quarto fator - **“Percepção de Auto-eficácia”**, que engloba 2 itens referentes à opinião do cuidador sobre do seu desempenho no cuidar.

(Sequeira C., 2010).

9

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO - RESULTADOS

Cuidador Informal	Idade	Sexo	Score	Nível de Sobrecarga
1	46	Feminino	57	INTENSA/ELEVADA
2	36	Feminino	86	INTENSA/ELEVADA
3	66	Feminino	90	INTENSA/ELEVADA
4	63	Feminino	69	INTENSA/ELEVADA
5	69	Feminino	74	INTENSA/ELEVADA
6	84	Feminino	67	INTENSA/ELEVADA
7	65	Masculino	71	INTENSA/ELEVADA

Quadro 1 - Caracterização da População-alvo, segundo idade e género



10

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO - RESULTADOS

Questões referentes ao impacto da prestação de cuidados		Porcentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	0	0	71,43	14,29	14,29
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar (j) não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0	0	42,86	42,86	14,29
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	0	0	14,29	42,86	42,86
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	0	28,57	42,86	14,29	14,29
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0	14,29	28,57	28,57	28,57
10	Há a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	0	14,29	28,57	42,86	14,29
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0	14,29	42,86	42,86	0
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0	14,29	57,14	28,57	0
16	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	14,29	42,86	42,86	0	0
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	0	14,29	57,14	14,29	14,29
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0	0	14,29	42,86	42,86

Tabela 1 - "Impacto da prestação de cuidados"

11

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO - RESULTADOS

Questões referentes à relação interpessoal		Porcentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
4	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	28,57	57,14	14,29	0	0
5	Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	0	14,29	71,43	14,29	0
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0	14,29	57,14	14,29	14,29
28	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	14,29	28,57	42,86	0	14,29
29	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0	0	28,57	71,43	0

Tabela 2 - "relação interpessoal"



12

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO - RESULTADOS

Questões referentes às expectativas com o cuidar		Porcentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Aos vezes	Muitas vezes	Quase sempre
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0	0	14,29	57,14	28,57
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0	0	14,29	28,57	57,14
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(s) pudesse contar?	0	0	28,57	28,57	42,86
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	14,29	14,29	57,14	0	14,29

Tabela 3 - "expectativas com o cuidar"



13

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO - RESULTADOS

Questões referentes à percepção do do cuidador relativamente ao seu desempenho		Porcentagem de referente a cada resposta				
		Nunca	Quase nunca	Aos vezes	Muitas vezes	Quase sempre
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0	42,86	57,14	0	0
21	Considera que podia cuidar melhor do seu familiar?	0	42,86	57,14	0	0

Tabela 4 - "percepção de auto-eficácia"

14

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO - RESULTADOS

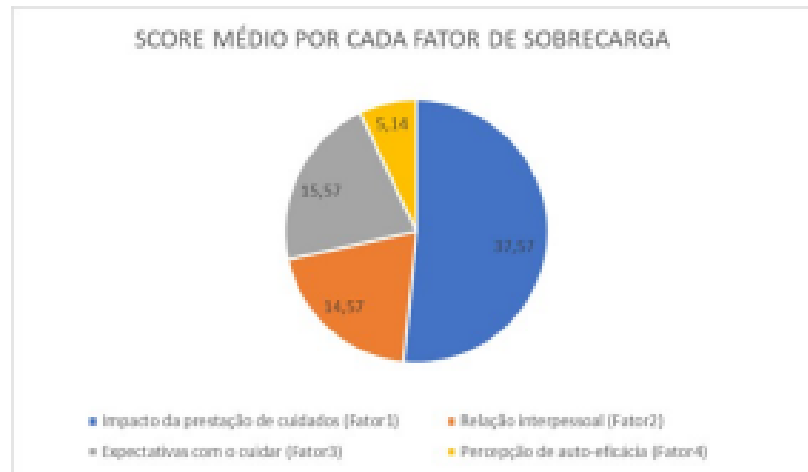


Gráfico 1 - Score médio por cada fator de sobrecarga

15

CRIAÇÃO DE UM GUIA DE APOIO, INFORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

CUIDADOR INFORMAL:

- Dar **respostas às necessidades** do cuidador/utente;
- **Informar/esclarecer o cuidador** relativamente aos recursos existentes na comunidade;
- **Capacitação** para cuidar.

16



BIBLIOGRAFIA

- Sequeira, C. (Março de 2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência, II(12), 9-16. Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>

Apêndice 8 – Guia de Apoio, Informação e Capacitação do Familiar Cuidador



Contatos Úteis

INEM: 112

Linha Saúde 24: 808 24 24 24

Unidade de Cuidados na Comunidade

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Tel.:

Tlm.:



GUIA PRÁTICO

CUIDADOR INFORMAL





1. CUIDADOR INFORMAL

Quem é?

É o familiar, amigo ou vizinho, que acompanha e cuida da pessoa dependente, de forma permanente e voluntária (sem receber pagamento).



Lembre-se...

Quando alguém próximo de nós adoece, a adaptação a esta nova realidade pode ser difícil.

Se é cuidador, não se esqueça de cuidar também de si!



2

1. CUIDADOR INFORMAL

Autocuidados Emocionais para Cuidadores Informais

Cuidar dos outros é um ato nobre, mas é igualmente crucial cuidar de si mesmo!

1. Reconheça os seus limites

- Saiba quando é necessário pedir ajuda.
- Não hesite em delegar tarefas a outros familiares e amigos.

2. Estabeleça limites de tempo

- Reserve momentos para descanso e lazer.
- Defina horários específicos para o seu autocuidado diário.

3. Priorize a Saúde Física

- Mantenha uma dieta equilibrada e hidrate-se regularmente.
- Tente realizar atividades físicas, conforme possível.

4. Mantenha as relações

- Mantenha contacto com amigos e familiares para apoio emocional.
- Participe em grupos de apoio para cuidadores para compartilhar experiências.

5. Durma adequadamente

- Tente manter uma rotina de sono consistente.
- Peça ajuda para os apoios noturnos, se necessário.

3

1. CUIDADOR INFORMAL

6. Aceite e Valide as suas emoções

- Reconheça sentimentos de stress, tristeza ou frustração.
- Entenda que é normal sentir uma variedade de emoções ao cuidar de alguém.

7. Compartilhe os seus sentimentos

- Converse com amigos, familiares ou um profissional sobre as suas experiências.
- Participe em grupos de autoajuda para cuidadores informais.

8. Estabeleça limites emocionais

- Saiba quando é necessário afastar-se temporariamente para "recarregar-se" emocionalmente.
- Defina limites claros sobre o que pode ou não lidar emocionalmente.

9. Pratique a compaixão consigo mesmo

- Evite culpar-se por ter sentimentos negativos.
- Reconheça que está a fazer o melhor que pode nas circunstâncias que tem.

10. Crie momentos de alegria

- Reserve tempo para atividades que lhe tragam sentimentos de felicidade e alegria.
- Envolver-se em momentos positivos com a pessoa de quem cuida, quando possível.

1. CUIDADOR INFORMAL

11. Mantenha uma rotina de bem-estar

- Considere a prática de técnicas de relaxamento, como meditação, ioga ou relaxamento respiratório.
- Realize atividades que promovam o seu bem-estar emocional, como ler um livro, ouvir música, etc.

12. Procure a ajuda de um Profissional

- Esteja atento aos sinais de esgotamento emocional e procure ajuda sempre que necessário.
- Consulte um psicólogo se sentir que já não consegue lidar emocionalmente com a situação.

13. Defina expectativas realistas

- Aceite que nem todos os dias serão fáceis e que está tudo bem em pedir ajuda.
- Estabeleça metas alcançáveis para evitar a sobrecarga emocional.

14. Pratique o autocuidado contínuo

- Faça do autocuidado uma prioridade constante.
- Esteja atento às suas necessidades emocionais e ajuste as práticas de autocuidados conforme necessário.



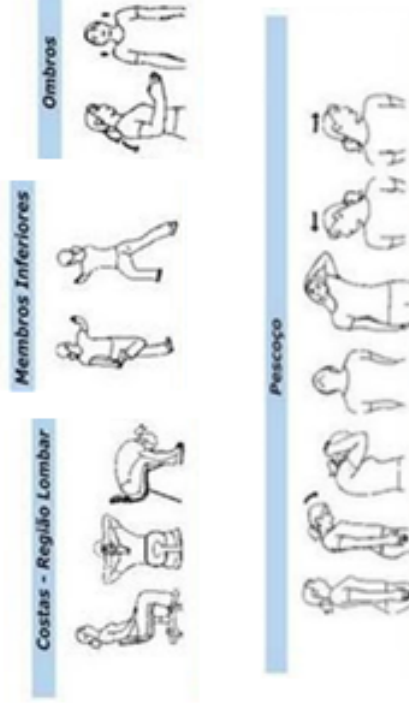
1. CUIDADOR INFORMAL

A atividade física é importante ao longo de toda a vida, uma vez que proporciona bem-estar físico e mental além de manter a mobilidade dos músculos e articulações e melhorar a circulação sanguínea.

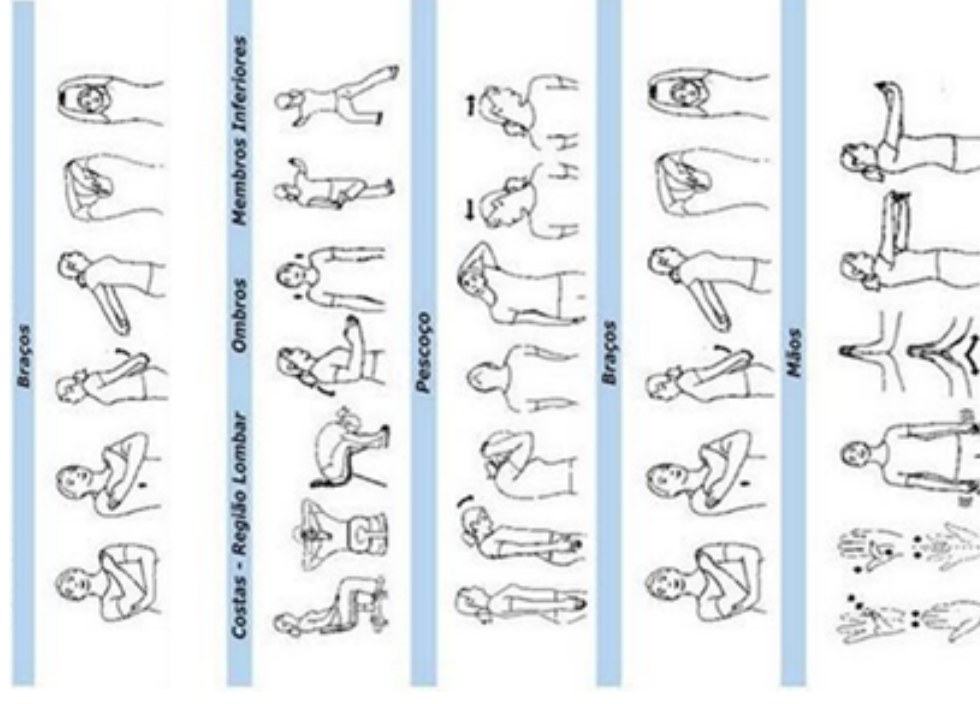


Outra forma de manter a flexibilidade dos músculos e aliviar a tensão e as dores nas articulações são os alongamentos. Os alongamentos devem ser realizados de forma suave e por partes do corpo. As posições de alongamento deve ser mantidas entre os 15 e 30 segundos.

Por exemplo:



1. CUIDADOR INFORMAL



2. AMBIENTE

8

Espaço da pessoa cuidada...

É essencial que seja um lugar seguro e confortável, pelo que deve ser um espaço:

- Cómodo, arejado e espaçoso;
- Sem obstáculos para a prestação de cuidados (móveis, tapetes, etc.);
- Ter um espaço para os objetos pessoais;
- Ter uma mesa próxima da pessoa, permitindo-lhe alguma autonomia;
- Ter ao alcance uma sineta/campainha para que possa pedir ajuda.



3. HIGIENE

9

Para além de proporcionar conforto e qualidade de vida à pessoa, surge também, como um momento importante para o cuidador, permitindo-lhe uma observação mais detalhada da pele e do estado geral.



1. Preparar bacia com água morna;



2. Iniciar limpeza pelo rosto, sem sabão;



3. Lave o cabelo (quando necessário);



4. Troque a água e lave a zona do tórax e pernas;



5. Passe posteriormente para a zona das costas;



6. Deixe a zona genital e anal para o fim. A limpeza deve ser feita da frente para trás (genitais → ânus), nos homens puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque.

Use luvas se for mais confortável

3. HIGIENE

✓ Se possível escolher os horários mais quentes do dia para o banho, respeitando a preferência da pessoa;

✓ Sempre que possível opte pelo banho de chuveiro, mas se a condição da pessoa não permitir deve ser realizado na cama.



→ O banho no chuveiro não necessita obrigatoriamente de ser diário, contudo a higiene das axilas, mãos, pés e genitais deve ser diária e sempre que necessário, principalmente após as eliminações fisiológicas.

→ É importante ter atenção às unhas (mãos/pés). Caso seja necessário cortar, devem ser cortadas “a direito” e com especial cuidado nos doentes diabéticos, pela cicatrização ser mais difícil nestes casos.



→ No caso dos idosos, a pele tende a ser mais sensível e ressequida, pelo que é de extrema importância, aplicar creme hidratante, após a realização da higiene e reforçar caso necessário, nas zonas mais secas.



10

3.1 HIGIENE ORAL

Objetivos:

- ✦ Prevenção de infeções orais;
- ✦ Prevenir a pneumonia por aspiração;
- ✦ Melhorar o estado nutricional;
- ✦ Manter o conforto do utente.



11



Cuidados Preventivos de Higiene Oral:

- Remoção de próteses;
- Estabilização da cabeça;
- Iluminação adequada;
- Humedecer e lubrificar as mucosas.

Remoção de próteses





12

3.1 HIGIENE ORAL

Limpeza da gengiva:

Movimentos suaves com escova macia e sem pasta



Ativa Circulação



Limpeza da gengiva:

Massagem digital ou com compressa



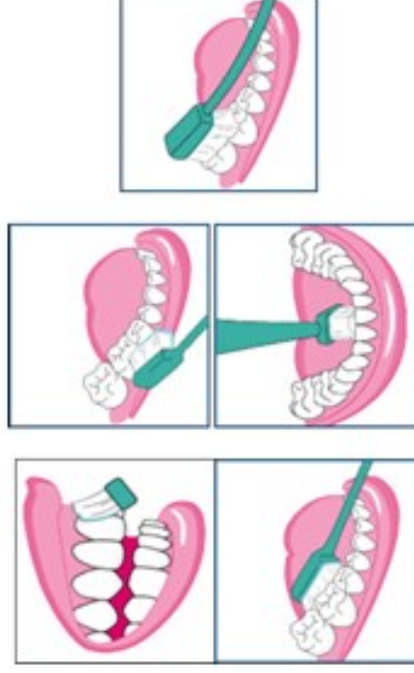
Limpa e Estimula Irrigação.



13

3.1 HIGIENE ORAL

Escovagem:

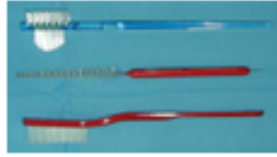


Colocação de próteses



3.1 HIGIENE ORAL

Material de Higiene da Prótese Dentária:



Escovagem da Prótese Dentária:

- Usar pasta dentífrica não abrasiva ou sabão azul e branco;
- Cobrir o lavatório com uma toalha ou com água, para a eventualidade da prótese cair não se partir.



Desinfecção da Prótese Dentária:

- Uma vez por mês colocar num copo com água e desinfetante, pode ser lixívia (apenas as acrílicas) ou pastilhas próprias para desinfecção das próteses.



14

4. MOBILIZAÇÃO

A permanência durante muito tempo na mesma posição aumenta o risco de feridas - úlceras por pressão !!!



Importante:



- ⇒ Levante a pessoa sempre que possível;
- ⇒ Na cama, alternar a posição da pessoa, lado direito/ lado esquerdo/ costas (preferencialmente 2/2h);
- ⇒ Vigiar alterações da pele (cor, temperatura);
- ⇒ Usar material adequado para diminuir a pressão (Colchão/almofadas anti escaras).



Como transferir a pessoa da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão:



1. Colocar a cadeira, travada, ao lado da cama.

2. Sentar o doente na beira da cama.



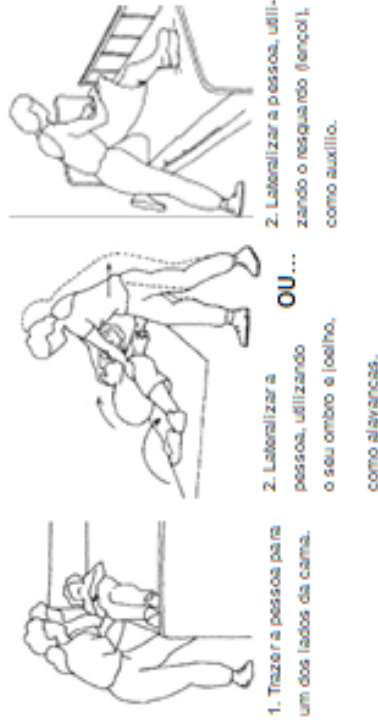
15

4. MOBILIZAÇÃO

Mobilização no leito...

Não esquecer que, sempre que possível ou desde que não haja restrições, é importante estimular a pessoa, a movimentar-se de uma forma independente. Uma cama articulada, pode facilitar a mobilização no leito. A mobilização deve ser realizada, preferencialmente por duas pessoas.

Decúbito Lateral:



Decúbito Dorsal:



16

5. ÚLCERAS DE PRESSÃO

Principais causas:

- ⇒ Pessoas que não se conseguem mobilizar sozinhas;
- ⇒ Emagrecimento acentuado ou obesidade;
- ⇒ Humidade excessiva (urina, fezes, transpiração...).

Locais mais comuns para desenvolvimento de úlceras:

Decúbito Dorsal:

- Cabeça;
- Cotovelos;
- Cóccix;
- Calcânhares.



Decúbito Lateral:

- Orelha;
- Ombro;
- Anca;
- Joelhos;
- Tornozelos.



Alerta:

Pele avermelhada pode ser o início de uma úlcera por pressão!
Neste caso, informe rapidamente o profissional de saúde.

17

5. ÚLCERAS DE PRESSÃO

Principais causas:

- ➔ Atrito da pele com migalhas ou objetos na cama ou cadeira/cadeirairo;
- ➔ Atrito da pele nos lençóis/resguardo;
- ➔ Camas e cadeiras duras;
- ➔ Colocação de arrastadeira de forma inadequada e por longos períodos;
- ➔ Sujeidade e humidade decorrentes de suor, urina e fezes em contacto directo com a pele;
- ➔ Resíduos de agentes químicos dos sabonetes/gel de banho e produtos para a lavagem de roupas.



5. ÚLCERAS DE PRESSÃO

Ações importantes para prevenção de úlceras por pressão:

- ✓ Realizar mudança de posição a cada 2 horas;
- ✓ Durante a mudança de posição, não deve arrastar mas sim levantar a pessoa, com o auxílio de resguardo;
- ✓ Hidratar a pele com creme e aliviar as regiões do corpo que estão mais sujeitas à pressão com a colocação de almofadas;
- ✓ Manter a pele da pessoa sempre limpa e seca, higienizando as zonas sujas com a frequência;
- ✓ No caso da pessoa utilizar fralda, por incontinência, realizar trocas e higienização sempre que necessário;
- ✓ Utilizar sabonete com pH neutro, removendo-o completamente durante o banho. Enxugar cuidadosamente a pessoa;
- ✓ Manter a cama e cadeira/cadeirairo limpos, confortáveis e sem migalhas ou outros objetos que possam causar atrito com a pele;
- ✓ Manter os lençóis e resguardos da cama secos e sem rugas;
- ✓ Cuidar da boa alimentação e hidratação da pessoa.



6. ALIMENTAÇÃO

Numa pessoa dependente é frequente observarem-se situações que interferem com a sua alimentação e com o seu estado nutricional. Como tal, é importante que os cuidados com a alimentação sejam reforçados e adaptados a cada indivíduo.

Estado Nutricional adequado previne:

- ⇒ Perdas de peso involuntárias;
 - ⇒ Estados de desidratação;
 - ⇒ Risco de úlceras por pressão;
 - ⇒ Agravamento do estado de dependência por fragilidade.
- As refeições do dia-a-dia devem incluir alimentos saudáveis, dos diferentes grupos alimentares:



- Ingerir muitos líquidos:



São recomendados cerca de 8 copos (1,5 L) de líquidos por dia:

6. ALIMENTAÇÃO

Sugestões...



- Mesmo que a pessoa com dependência não o solicite, é importante oferecer líquidos, sobretudo no intervalo das refeições, para manter um bom estado de hidratação.
- Fazer várias refeições ao longo do dia e evitar ficar mais de 3 horas sem comer.



- Para as refeições intermédias, preferir pequenas quantidades de alimentos com elevada densidade nutricional. Exemplos:





6. ALIMENTAÇÃO

22

- Apostar na variedade dos alimentos, das preparações culinárias e da forma de apresentação.
- Permitir, se possível, que a pessoa escolha entre várias opções de alimentos para fazer as suas refeições, indo ao encontro das suas preferências e desejos individuais.
- Apresentar a refeição com um empratamento apelativo, uma temperatura adequada, um cheiro e um sabor agradável são fatores que podem aumentar a adesão à refeição.
- Usar ervas aromáticas no tempero da comida ajuda a melhorar de forma saudável o seu paladar e os seus aromas.



- Adaptar a consistência dos alimentos às capacidades de mastigação da pessoa. Pode ser necessário modificar a textura de alguns alimentos, como por exemplo moer ou picar a carne, ralar ou cozinhar a fruta, para obter texturas mais macias e moles.

23

6. ALIMENTAÇÃO

Cuidados nas refeições:

- O ambiente da refeição deve ser calmo e confortável, bem iluminado e com temperatura adequada.
- Se for possível, é importante estimular a pessoa dependente a fazer as suas refeições, ainda que ela o faça muito lentamente.
- Apesar disso, mantenha a sua assistência durante a refeição contribuindo para uma maior motivação à ingestão alimentar.
- Se a pessoa não é capaz de comer sozinha e necessita de ajuda total para colocar os alimentos na boca:

1. Comece por preparar o material necessário para a alimentação:

- ✓ Babete ou resguardo
- ✓ Tabuleiro de refeição
- ✓ Guardanapo
- ✓ Talheres
- ✓ Copo
- ✓ Refeição

2. De seguida, explique o que vai fazer e peça a colaboração durante a administração dos alimentos.

3. A pessoa deve estar sentada durante a refeição. Se a refeição for feita na cama, levante a cabeceira (as almofadas podem ajudar no posicionamento).

4. Coloque o babete ou o resguardo.



6. ALIMENTAÇÃO

5. Esteja atento à temperatura dos alimentos antes de servi-los. Lembre-se de que o paciente pode ter alguma redução na sensibilidade que dificulte a percepção da temperatura.
6. Alimente a pessoa, respeitando o seu ritmo de mastigação e deglutição.
7. Ofereça água.
8. Limpe os lábios e a cara da pessoa sempre que necessário.
9. Mantenha a pessoa sentada pelo menos 30 minutos após a refeição.

Procure apoio junto dos profissionais de saúde no caso de verificar:

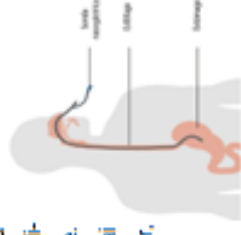
- ✓ Dificuldade em deglutir (engolir);
- ✓ Diarreia ou obstipação (prisão de ventre);
- ✓ Náuseas (enjoo) e vômitos;
- ✓ Falta de apetite;
- ✓ Perda de peso involuntária.

Quando a alimentação caseira não for suficiente para garantir um estado nutricional adequado, os suplementos nutricionais orais podem ser uma opção.

7. ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA

O que é e para que serve?

A sonda nasogástrica, é utilizada quando a pessoa tem incapacidade de engolir os alimentos e apresenta engasgamento frequente. Esta sonda é colocada por uma narina e vai até ao estômago, permitindo assim alimentar, hidratar e dar medicamentos à pessoa.



Cuidados a ter antes da refeição:

Os alimentos devem ser triturados e de consistência líquida para não obstruir a sonda;

Os alimentos devem estar mornos para não provocar queimaduras.

1. A pessoa deve ficar, preferencialmente na posição de sentado e caso não seja possível, deitada em posição lateral (para evitar aspiração dos alimentos para os pulmões);
2. Verificar se a sonda se encontra bem fixa. Caso esteja exteriorizada mais de 5 cm, contactar a equipa de saúde;
3. Verificar o conteúdo existente no estômago. Colocar a seringa vazia na sonda e aspirar, caso o volume aspirado seja igual ou superior a 50 ml, deve aguardar pelo menos 1h e voltar a avaliar antes de alimentar a pessoa.

7. ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA

Cuidados a ter durante a refeição:

1. Administre a alimentação, lentamente;
2. Após a refeição, lave a sonda com 1 seringa de água, evitando assim depósitos de alimentos na sonda e por sua vez a sua obstrução;
3. Manter a pessoa sentada ou em decúbito lateral, durante pelo menos 30 min após a refeição, facilitando assim a digestão.



7. ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA

Cuidados a ter com o nariz e a boca :

1. Trocar o adesivo do nariz que fixa a sonda, sempre que necessário;
2. Limpe diariamente os orifícios nasais com água morna. Para evitar irritação, use um creme hidratante;
3. Mesmo que a pessoa seja apenas alimentada por sonda, é importante manter uma boa higiene oral;
4. Se os lábios estiverem secos, hidrate com vaselina.

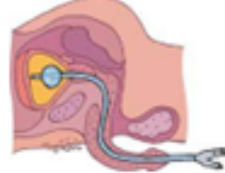
**Se a sonda deslizar ou sair,
não tente recolocá-la.**

Contacte a equipa de saúde!

8. CATETER VESICAL (ALGÁLIA)

O que é e para que serve?

A algália é utilizada quando a pessoa não é capaz de urinar espontaneamente ou de controlar a saída da urina. Esta sonda é colocada no orifício da uretra e vai até à bexiga, possui um pequeno balão interno que depois de cheio prende a sonda dentro da bexiga. Por norma, a sonda fica ligada a um saco coletor, que armazena a urina.



Cuidados a ter com a algália (para prevenir infeções e outras complicações):

1. A pessoa deve beber bastante água, idealmente cerca de 2L de água/ dia;
2. Lavar bem as mãos antes e depois de mexer na algália;
3. Limpe bem a zona genital da pessoa, com água e sabão neutro. A limpeza deve ser feita da frente para trás (genitais→ânus), nos homens puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque.
4. O saco coletor de urina deve ficar abaixo do nível da cama/cadeirão, num suporte;
5. Evitar "puxões" na algália, quer accidentais, quer por parte da própria pessoa, pois podem causar lesões;
6. A sonda algália/saco coletor, não podem ficar dobrados, permitindo a urina fluir, evitando assim urina extra-algália;
7. O saco coletor de urina deve ser trocado, semanalmente ou sempre que necessário;

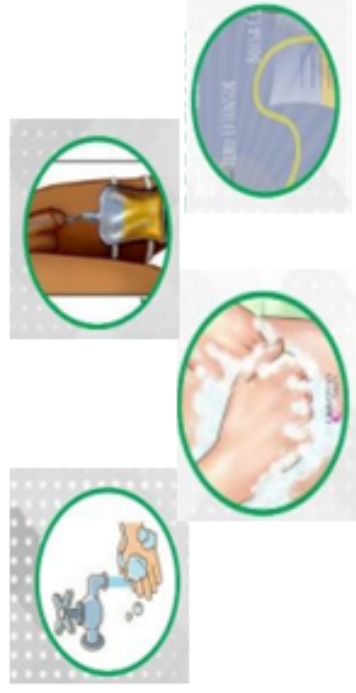
28

8. CATETER VESICAL (ALGÁLIA)

8. Se a pessoa não urinar por um período superior a 4h, mesmo com ingestão de líquidos, verificar se a algália se encontra dobrada ou obstruída, caso contrário, contactar equipa de saúde.

Quando contactar a equipa de saúde?

- Na presença de febre, urina espessa, turva ou com alteração da cor e/ou com cheiro forte;
- Se apresentar zona da uretra vermelha;
- Se observar presença de sangue dentro ou fora da sonda;
- Quando não urinar ou o volume de urina diminuir significativamente, apesar da ingestão abundante de líquidos;
- Se perder urina em grande quantidade por fora da sonda;
- Na presença de dor na bexiga.



Alerta:

A algália só pode ser retirada ou inserida por um profissional de saúde (médico ou enfermeiro).

Direitos e Recursos na área da Saúde

Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM): É um documento que comprova que a pessoa tem uma incapacidade (física ou outra). Este documento indica e atesta a incapacidade de uma pessoa, atribuindo-lhe um grau, expresso numa percentagem (DL n.º 291/2009, alterado e republicado pelo DL n.º 291/2009).

Como pode pedir o AMIM? O pedido para obtenção do atestado deve ser feito no Centro de Saúde da sua área de residência através de um requerimento de pedido de avaliação da incapacidade e juntar relatórios médicos e exames.

Reembolso de Produtos de Apoio Usados no Corpo para Absorção de Urina e Feces: São reembolsados os pedidos dos utentes incontinentes que apresentam Atestado Médico Incapacidade Multiuso igual ou superior a 60 % e isenção do pagamento de taxa moderadora por motivo de insuficiência económica (Circular Normativa n.º 28/2017/ACSS). Para solicitar o reembolso no Centro de Saúde é necessário: Prescrição médica do produto de apoio; Comprovativo do IBAN (com o nome do utente ou declaração de quem vai receber a transferência), para pagamentos por transferência; E-mail e contacto telefónico; Fatura e recibo original com o nome do utente e número de identificação fiscal.

Benefícios Adicionais de Saúde: São apoios dirigidos a pessoas que estão a receber o Complemento Solidário para Idosos, para reduzir as suas despesas de saúde, relativas a: medicamentos; aquisição de óculos e lentes; aquisição de próteses dentárias removíveis; consultas de dentista/estomatologista. Para receber este apoio é preciso receber o Complemento Solidário para Idosos. (Guia Prático da Segurança Social).

Isenção das Taxas Moderadoras por Insuficiência Económica: O utente deve submeter o requerimento no Portal do SNS, acedendo à "Área do Cidadão", "Inscrição/Acesso"; autenticar-se com Chave móvel Digital ou Cartão do Cidadão e de seguida "Contacto com a unidade de saúde" e seleccionar a opção "Isenção de Taxas Moderadoras". Os requerimentos são avaliados pela Autoridade Tributária no prazo de 10 dias úteis, após a data da sua submissão.

Direitos e Recursos na área da Segurança Social

Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (PA): Pretende facilitar o acesso dos indivíduos com deficiência ou incapacidade aos produtos de apoio indispensáveis e necessários à prevenção, compensação ou neutralização das incapacidades. A comparticipação da Segurança Social corresponde a 100% do custo do PA quando este não for comparticipado por outros subistemas de saúde ou Empresa de Seguros. (Guia Prático da Segurança Social).

9. APOIO SOCIAL

Complemento Solidário para Idosos: Destina-se a pessoas idosas com baixos recursos e aos pensionistas de invalidez que não sejam titulares da Prestação Social para a Inclusão. Deve entregar nos serviços de Atendimento da Segurança Social o Requerimento do Complemento Solidário para Idosos. (Guia Prático da Segurança Social).

Complemento por Dependência: Prestação para pensionistas que se encontram em situação de dependência e precisam de ajuda para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana. Deve entregar nos serviços de Atendimento da Segurança Social o Requerimento de Complemento por Dependência/Revisão do Complemento por Dependência e solicitar o preenchimento da Informação Médica. (Guia Prático da Segurança Social).

Prestação Social para a Inclusão: Prestação para pessoas com deficiência, com um grau de incapacidade igual ou superior a 60 %, com vista a promover a sua autonomia e inclusão social (DL n.º 126-A/2017). O requerimento pode ser apresentado na Segurança Social Direta, em www.seg-social.pt. Se optar pela entrega em suporte de papel, o requerimento deve ser preenchido e entregue ou enviado pelo correio para um Serviço da Segurança Social. (Guia Prático da Segurança Social).

9. APOIO SOCIAL

Estatuto do Cuidador Informal:

Conjunto de normas que regulam os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio (Lei n.º 100/2019/DR n.º 1/2022). Deve entregar os requerimentos Requerimento para Reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal e Subsídio de apoio, nos serviços da Segurança Social ou através da Segurança Social Direta. (Guia Prático da Segurança Social).

Respostas de Apoio Social para Pessoas Idosas

É um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas, que têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde, nomeadamente: Serviço de Apoio Domiciliário; Centro de Dia; Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas. Para obter informações sobre estes apoios sociais deve dirigir-se: à instituição particular de solidariedade social que presta o apoio.