



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

Relatório de Estágio

**Intervenção da Enfermagem Comunitária
na Promoção da Saúde dos Cuidadores Informais:
Direitos e Deveres**

Sónia Marisa da Silva Teixeira

—

Lisboa

2021



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

Relatório de Estágio

**Intervenção da Enfermagem Comunitária
na Promoção da Saúde dos Cuidadores Informais:
Direitos e Deveres**

Sónia Marisa da Silva Teixeira

Orientadora: Professora Doutora Andreia Cátia Jorge Silva da
Costa



Lisboa

2021

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água
no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu mais profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, permitiram a realização deste trabalho.

Em particular, gostaria de agradecer:

A todos os cuidadores informais e a todas as pessoas cuidadas que contribuíram com a sua disponibilidade e compreensão para a concretização do projeto.

À Professora Doutora Andreia da Costa, orientadora deste percurso pela disponibilidade, competência, incentivo e acompanhamento.

À Sr.^a Enfermeira Especialista Carlota Sousa, pela sua disponibilidade, incentivo e compreensão.

À equipa de enfermagem do local de estágio pelo acompanhamento, acolhimento e disponibilidade.

À Sr.^a Enfermeira Odete Leitão, enfermeira chefe do meu local de trabalho, que facilitou a elaboração das escalas, para que fosse possível realizar as horas de ensino clínico.

À Daniela e à Fátima, companheiras de caminhada.

À minha família, em especial à minha filha Margarida pela compreensão e amor infinito e mais além.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos!

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

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

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CI – Cuidador Informal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP_HL – Índice da Literacia no âmbito da Prevenção da Doença

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Gen_HL - Índice Geral da Literacia em Saúde

HC_HL - Índice da *Literacia* no âmbito dos Cuidados de Saúde

HP_HL - Índice da Literacia no âmbito da Promoção da Doença

HLS-EU-PT – *European Health Literacy Survey in Portuguese*

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI - *Joanna Briggs Institute*

Km² – Quilometro quadrado

n^o - Número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

% - Percentagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UC - Unidade curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: Os cuidadores informais representam um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde de um país. Os cuidadores assumem novas necessidades e responsabilidades levando-nos a questionar, quais os seus direitos e deveres como cuidadores informais?

Este projeto de intervenção comunitária teve como objetivo contribuir para a capacitação dos cuidadores informais relativamente dos seus direitos e deveres, cuja finalidade é melhorar a sua qualidade de vida e proporcionar ganhos em saúde.

Metodologia: O modelo que serve de referencial a este projeto, fundamenta-se no Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender. A fundamentação teórica incidiu numa revisão bibliográfica e numa revisão *scoping*, de acordo com o protocolo de *Joanna Briggs Institute (JBI)*. Foi utilizada a Metodologia de Planeamento em Saúde; para o diagnóstico de situação foram utilizados como instrumentos de recolha de dados um questionário resultante da revisão *scoping*, o questionário Europeu da Literacia em Saúde, Escala de *Zarit* e o Índice de Bem-estar da OMS para caracterizar o cuidador informal. Relativamente, à caracterização da pessoa cuidada foram utilizados o Índice de *Barthel* e a Escala de *Lawton y Brody*. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, a amostragem foi não probabilística por conveniência, constituindo-se uma amostra de dez (10) cuidadores informais.

Resultados: O perfil do cuidador vai ao encontro do que está referido na literatura, os cuidados são prestados maioritariamente pelo género feminino, cônjuges com idades superiores a 65 anos. Os problemas foram identificados e priorizados. A intervenção comunitária foi ao nível do conhecimento dos cuidadores informais sobre os seus direitos e deveres com vista à sua capacitação.

Conclusão: Os participantes avaliaram de “muito útil e útil” a intervenção comunitária, no entanto, devido a limitações temporais e pandémicas não foi possível avaliar a mudança de comportamentos dos participantes.

Palavras-chave: Cuidadores informais, direitos, deveres, promoção da saúde e literacia em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Informal caregivers represent one of the sustainability factors from the social and health systems of a country. Caregivers take on new necessities and responsibilities leading us to question, what are their rights and responsibilities as informal caregivers?

This project on community intervention had to contribute to the capacitation of informal caregivers about their rights and responsibilities, whose goal is to improve their quality of life and provide health benefits.

Methodology: The base model for this project, has its grounds in the Health Promotion Model from Nola Pender. The theoretical background was based on a bibliographic revision and in a scoping revision, according to the Joanna Briggs Institute (JBI) protocol. For situation diagnosis it was used the Planning Methodology in Health. A questionnaire that resulted from the scoping revision, the European questionnaire of Health Literacy, the Zarit scale and the Well-being Index from the WHO were used as instruments for data collection to characterize the informal caregiver. Concerning the patient characterization, Barthel Index and Lawton y Brody scale were used. This is a descriptive and quantitative study, the sampling was not probabilistic by convenience, there was a sample of 10 informal caregivers.

Results: The caregiver profile meets what is referred on the literature, care is provided mainly by the female sex, over 65-year-old partners. Problems were identified and given priority. Community intervention was to make informal caregivers aware of their rights and responsibilities towards their capacitation.

Conclusion: Participants assessed the community intervention as useful and very useful. However, due to time and pandemic limitation, it was not possible to evaluate participants change of behaviour.

Keywords: Informal caregivers, rights, responsibilities, health promotion, health literacy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. Revisão Sistemática da Literatura – Revisão <i>Scoping</i>	13
1.2. Envelhecimento da População	14
1.3. Cuidadores Informais	16
1.4. Direitos e Deveres dos Cuidadores Informais.....	17
1.5. Modelo de Promoção da Saúde de <i>Nola Pender</i>	19
2. METODOLOGIA.....	22
2.1. Planeamento em Saúde.....	22
2.2. Procedimentos Éticos	23
2.3. Diagnóstico da Situação de Saúde	23
2.3.1. Contextualização do Local de Intervenção.....	24
2.3.2. População, População-alvo e Amostra	25
2.3.3. Métodos e Instrumentos de Recolha de Dados	26
2.3.4. Apresentação e análise dos resultados.....	27
2.4. Definição de Prioridades.....	33
2.4.1. Diagnóstico de Enfermagem	36
2.5. Fixação de Objetivos	37
2.6. Seleção de Estratégias.....	39
2.7. Planeamento Operacional.....	41
2.8. Avaliação	43
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS.....	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	52

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

Anexo II – Instrumentos de recolha de dados

APÊNDICES

Apêndice I – Fluxograma PRISMA

Apêndice II – Grelha de Leitura de artigos selecionados

Apêndice III – Diagrama do modelo de promoção da saúde adaptado à população em estudo

Apêndice IV – Cronograma

Apêndice V – Questionário decorrente da revisão *scoping*

Apêndice VI – Questionário de avaliação

Apêndice VII – Material informativo elaborado

Apêndice VIII – Poster apresentado no congresso 28 e 29 de abril

Apêndice IX – Comunicação oral apresentada no congresso de 8 e 9 de junho

Apêndice X – Interpretação dos instrumentos de recolha de dados

ÍNDICE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1: Nível de literacia em saúde nos 3 domínios.....	30
Gráfico 2: Obtenção da informação sobre a lei do estatuto.....	31
Gráfico 3: Reconhecimento do estatuto	31
Gráfico 4: O cuidador usufruiu dos seus direitos.....	32
Gráfico 5: O cuidador reconhece os seus deveres	32
Gráfico 6: Avaliação da intervenção.....	45
Tabela 1: Caraterização do perfil sociodemográfico do cuidador informal.....	28
Tabela 2: Caraterização do perfil sociodemográfico da pessoa cuidada.....	33
Tabela 3: Método de Hanlon aplicado aos problemas identificados.....	35
Tabela 4: Plano da atividade 1 – Elaboração do material informativo.....	42
Tabela 5: Plano da atividade 2 - Aplicação do questionário de avaliação.....	42
Tabela 6: Indicadores de atividade na produção do material informativo.....	44
Tabela 7: Indicadores de resultado na avaliação da intervenção.....	44

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrado no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Foi realizado de 23 de novembro a 16 de abril de 2021, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do ACeS Lisboa/Norte.

A intervenção comunitária executada teve como objetivo contribuir para a capacitação dos cuidadores informais acerca dos seus direitos e deveres.

A pertinência desta temática resulta da conjuntura atual do país, dado que, *“a população portuguesa tem vindo a envelhecer, aumentando o número de pessoas que necessitam de cuidadores informais”* (Paixão, 2017, p.15), de acordo com a Associação Portuguesa de Cuidadores Informais em Portugal existem cerca de 800 mil cuidadores informais, onde as mulheres assumem maioritariamente, os cuidados prestados à pessoa cuidada (Paixão, 2017; Pardal, 2014; Pimentel, 2013; Reis, 2019; Sequeira, 2018).

É de salientar que ter a presença de uma pessoa doente, com necessidades constantes na residência, leva a uma alteração das rotinas e das prioridades do cuidador, visto que, implica ao cuidador e à família a privação de atividades sociais e profissionais (Paixão, 2017, p.36).

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), o retrato da saúde em Portugal demonstra que as sociedades estão cada vez mais envelhecidas, os cidadãos têm maior risco de desenvolverem condições de comorbidade múltipla, e por sua vez, a necessitar de todo o tipo de cuidados. A Ministra da Saúde, Dr.^a Marta Temido, referiu que os cuidadores informais representam um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde de um qualquer país (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019). É imprescindível promover medidas de apoio, de suporte e de políticas orientadas destinadas aos cuidadores informais de forma a zelar pelo seu bem-estar, para que eles próprios se sintam capazes de tratar da pessoa cuidada, desencorajando assim a institucionalização precoce (Sequeira, 2010a; Teixeira et al., 2017). Para Reis (2019), os cuidadores informais devem ser reconhecidos e devem ter as condições adequadas para não comprometer a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

A saúde é um direito humano fundamental assegurado pela Constituição (2005), na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde foi definida como estratégia a promoção da saúde para capacitar os indivíduos e as comunidades a controlarem a própria saúde, de forma a garantir ganhos efetivos em saúde (Ottawa, 1986). Os enfermeiros pela proximidade dos cuidados que prestam aos indivíduos, famílias e comunidades desempenham uma função determinante na promoção da qualidade de vida potenciando a saúde e a criação de ambientes saudáveis às pessoas de todas as idades (Pender et al., 2015).

Na medida do exposto e de acordo com o regulamento 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), desenvolveu-se o projeto “Intervenção comunitária na promoção da saúde dos cuidadores informais: direitos e deveres”. Este projeto de estágio de intervenção comunitária foi desenvolvido tendo por base a metodologia do planeamento em saúde e foi sustentada pelo referencial teórico do modelo de promoção da saúde de *Nola Pender*, realizou-se uma revisão *scoping* com recurso a motores de busca específicos nas bases de dados disponíveis na área da saúde a EBSCO e B-on para efetuar a fundamentação teórica e a justificação da problemática.

O Presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo são apresentados o enquadramento teórico e a pertinência do tema, faz-se a contextualização da revisão *scoping* e do modelo de promoção da saúde de *Nola Pender*. No segundo capítulo estão descritas todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde para uma intervenção comunitária eficaz, desde o diagnóstico da situação de saúde à sua avaliação. No terceiro capítulo estão descritas as competências adquiridas como enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. No quarto capítulo são apresentadas as considerações finais. Este relatório termina com as referências bibliográficas e uma lista ordenada de anexos e apêndices. Para a sua elaboração foram seguidas as orientações da *American Psychological Association (APA)* sétima edição e foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Revisão Sistemática da Literatura – Revisão *Scoping*

A revisão sistemática da literatura foi elaborada de acordo com as diretrizes da revisão *scoping*. Estas têm como objetivo mapear a evidência disponível e as suas lacunas no conhecimento, para esclarecer e identificar os tipos de evidência que abordam e informam sobre determinada área temática (*Joanna Briggs Institute, 2015*).

A revisão sistemática da literatura - Revisão *Scoping* elaborou-se de acordo o protocolo de *Joanna Briggs Institute (JBI)*, que recorre à Mnemónica (PCC), População (P); Conceito (C); Contexto (C).

Para proceder à elaboração da revisão *scoping* recorreu-se a motores de busca específicos nas bases de dados disponíveis na área da saúde a EBSCO e B-on. Foi realizada uma pesquisa preliminar na *Joanna Briggs Institute (JBI)* da *Tabase of Systematic Reviews and Implementation Reports*, CINAHL, Cochrane, PubMed e MEDLINE. Para além das bases de dados procurou-se estudos não publicados na literatura cinzenta e em websites institucionais.

O objetivo desta revisão *scoping* foi mapear a evidência disponível sobre os direitos e deveres dos cuidadores informais.

A questão de investigação que procurou responder-se foi: Qual o conhecimento dos cuidadores informais sobre os seus direitos e deveres na comunidade? Recorreu-se à mnemónica: População (P) foram os cuidadores informais, o Conceito (C) os direitos e deveres e o Contexto (C) a comunidade.

As palavras-chave naturais definidas foram: *informal caregivers, rights, right to health, duties, moral obligations, jurisprudence e liability legal*.

Relativamente aos critérios de inclusão, foram considerados os estudos redigidos em inglês, português e espanhol, sem temporalidade de publicação, onde a população considerada foram os cuidadores informais. Em relação aos estudos que foram incluídos, contemplam estudos qualitativos e quantitativos.

Como estratégia de pesquisa, foram considerados três momentos; no primeiro momento foi realizada uma pesquisa na literatura cinzenta através do acesso a websites e bibliotecas virtuais; no segundo momento realizou-se uma

pesquisa nas bases de dados referidas, tendo por base as palavras-chave naturais e os termos de indexação.

Através do Prisma *Flow Diagram* (2009) é explicada a estratégia de pesquisa utilizada, assim como os resultados obtidos (Apêndice I). Os oito estudos selecionados procuram dar a resposta à questão de investigação. De forma a facilitar a leitura dos artigos, foi construída uma grelha de análise (Apêndice II), que permite identificar algumas estratégias adotadas para salvaguardar e reconhecer os cuidadores informais.

Os estudos selecionados demonstram que estão a ser tomadas medidas para apoiar e reconhecer a contribuição dos cuidadores informais, no entanto, essas medidas são muito irregulares e até inexistentes em vários países (Courtin et al., 2014). Por sua vez, outro estudo demonstra que os cuidadores informais não tinham conhecimento dos seus direitos e não estavam satisfeitos com a assistência prestada ao nível emocional, material e financeiro (Rea et al., 2010).

1.2. Envelhecimento da População

Portugal, à semelhança de outros países, tem registado alterações demográficas com o aumento da longevidade na população idosa, segundo as inversões da pirâmide etária decorrentes das alterações demográficas, e a diminuição da natalidade na população jovem (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Esta tendência, ao verificar-se segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), trará consequências e exigências para os sistemas de saúde do país (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015, p.5).

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) o índice de longevidade cresceu de 1961 a 2019 cerca de 14,9%. Em 2019 a população idosa com 65 ou mais anos residente corresponde a 22% da população, quanto ao índice de dependência do idoso situa-se no 34,2% (INE, 2020).

O envelhecimento é antes demais uma questão demográfica, porque em Portugal, o índice de envelhecimento, entre 2018 e 2080, passará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, ou seja, existe um aumento das pessoas idosas face à população jovem e/ou população ativa, cujo número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões (INE, 2020).

Este aumento da esperança de vida acarreta consequências socioeconómicas, proporcionando um impacto na saúde e bem-estar das pessoas, sendo necessário elaborar estratégias para reestruturar o sistema social e da saúde, de forma a proporcionar às pessoas um final de vida digno (Pardal, 2014; Romão et al., 2008). O envelhecimento da população é um dado adquirido que suscita um interesse crescente ao nível político, social e científico (Pimentel, 2013, p.7)

Começamos a envelhecer a partir do nascimento, trata-se de um processo individual diferente de pessoa para pessoa, onde se verificam alterações de natureza biológica, psicológica e social. E onde as condições socioeconómicas, a vida pessoal, as habilitações literárias e a atividade profissional exercida poderão contribuir para atrasar ou adiantar o processo de envelhecimento (Pardal, 2014).

O envelhecimento é um acontecimento que decorre ao longo da vida, que é definido por alterações biopsicossociais, estas alterações variam de pessoa para pessoa, podendo ser influenciadas pela genética, pelo estilo de vida, pelo meio envolvente e pela situação nutricional (Ávila et al., 2007).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS) o envelhecimento é um processo constante que determina novas necessidades em saúde, dado que as pessoas idosas ficam mais vulneráveis e frágeis devido à perda total ou parcial das suas capacidades funcionais levando-as à dependência dos cuidados de terceiros (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Durante o processo de envelhecimento podem ser descritos idosos bem-sucedidos, mas também idosos incapazes, cuja independência está limitada pela enfermidade e pelo contexto onde vivem (Romão et al., 2008).

O aumento da esperança de vida dá origem a um grupo de pessoas com a idade avançada, que tendem a perder a sua autonomia e a tornar-se dependente de terceiros (Pimentel, 2013).

Existe uma maior necessidade de cuidados e consequentemente de cuidadores, devido ao aumento da longevidade e da dependência do idoso (Paixão, 2017, p.17). Perante este contexto, o cuidador familiar surge como agente de cuidado do idoso dependente. Todavia, para que possa manter a qualidade dos cuidados que presta à pessoa cuidada e manter a sua própria qualidade de vida, necessita de apoio (Paixão, 2017; Reis, 2019; Romão et al., 2008; Sequeira, 2010a).

1.3. Cuidadores Informais

Em Portugal, o perfil típico do cuidador é o da mulher com idades compreendidas entre os 45 e os 75 anos, com baixo desempenho educacional e menos da metade está empregada (Texeira et al., 2017). Os cuidadores informais apresentam duas particularidades: os cuidadores são sobretudo mulheres (esposas, filhas e noras) e frequentemente, os próprios cuidadores são também idosos, o que acontece quando o cuidado ocorre entre o casal ou entre irmãos (Romão et al, 2008, p.31).

Tradicionalmente, é a família que detém o papel de cuidador informal de doentes com patologia crónica e respetivas complicações (Nogueira, 2008). Para Lage (2005), os cuidados de saúde decorrem num contexto informal, constituído essencialmente pela família. É a família que detém o papel de cuidador informal dos seus familiares doentes portadores de patologia crónica e respetivas complicações (Paixão, 2017).

O cuidar é um ato recíproco que é prestado à pessoa que necessita parcial ou totalmente de cuidados para satisfazer as suas necessidades básicas de vida (Collière, 1989). É de salientar que, o cuidar por vezes representa um enorme desafio para os cuidadores, ter a presença de uma pessoa doente a necessitar de cuidados permanentes e regulares no domicílio, altera as rotinas e as prioridades do cuidador, podendo desta forma comprometer o seu próprio bem-estar e proporcionar-lhe sentimentos de solidão, insegurança, tristeza e sobrecarga física, emocional e económica (Paixão, 2017; Unidade Saúde Familiar da Anta, 2014).

Estes fatores podem comprometer a continuidade dos cuidados prestados pelos cuidadores informais, assim como, comprometer a qualidade de vida da pessoa cuidada levando-a assim a uma institucionalização precoce (Texeira et al.,2017).

Segundo a associação portuguesa de cuidadores informais atualmente, em Portugal existem cerca de 800 mil cuidadores informais que prestam cuidados a familiares e a gente próxima. De acordo com o último inquérito da saúde realizado em 2014 cerca de 1,1 milhões de pessoas com 15 ou mais anos prestavam cuidados informais a familiares ou a não familiares (INE, 2016).

É necessário cuidar dos cuidadores informais para que o seu papel seja mais eficaz (Romão et al., 2008; Sequeira, 2010a), visto que, os cuidadores sem a formação adequada têm maior risco de sobrecarga física, emocional, social e financeira. Segundo Fernandes (2009) o cuidador informado demonstra maior capacidade e disponibilidade para cuidar do seu familiar, visto apresentar menos medo e ansiedade.

Estudos internacionais demonstram que desde 2016 vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) se encontram a elaborar estratégias para reconhecer e proteger o cuidador informal, uma vez que, na Europa existem cerca de 100 milhões de cuidadores (Montgomery, 2018). Os cuidadores informais geralmente são a linha da frente e a base do serviço social e da saúde garantindo 80% dos cuidados informais (Rea et al., 2010)

Em Portugal, as orientações das políticas de saúde e sociais vão no sentido de privilegiar a criação de serviços de proximidade, de capacitação, de reconhecimento, acompanhamento e apoio dos cuidadores informais, para que a pessoa dependente permaneça no domicílio, desencorajando assim a sua institucionalização (Texeira et al., 2017).

Neste sentido, em 2019 foi reconhecido o estatuto do cuidador informal através da Lei n.º 100/2019, onde o cuidador informal é definido como a pessoa que presta cuidados permanentes de forma transitória ou não, à pessoa cuidada (familiares e outros conviventes significativos) que se encontra numa situação de dependência de cuidados por motivos de doença crónica, deficiência ou incapacidade. No presente estatuto considera-se o cuidador informal: o principal que acompanha de forma permanente e reside na mesma habitação que a pessoa a necessitar de cuidados, e o cuidador informal não principal que acompanha e cuida da pessoa de forma regular, mas não permanente. O cuidador informal pode ser *“o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada”* (Lei n.º 100/2019, 2019, p.9).

1.4. Direitos e Deveres dos Cuidadores Informais

Na Constituição da República Portuguesa (Direitos Fundamentais), no artigo 12º do princípio da universalidade está consagrado que *“todos os*

cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição” (p.4). Inicialmente, procurou-se no dicionário de língua portuguesa a definição dos conceitos direito e dever, tendo sido constatado que o termo direito se define como um conjunto de normas que procuram regular o funcionamento, a organização e o relacionamento dos cidadãos com a Administração Pública, ciência que trata do estudo das leis e das instituições jurídicas. Quanto à definição de dever trata-se de uma obrigação, regra imposta pela lei, pela moral ou pelas regras de convivência.

O estado tem o dever de garantir a proteção dos direitos fundamentais dos cidadãos, no que ao direito da saúde respeita, deve fornecer a adequada explicação para a regulamentação rigorosíssima de como justificam as múltiplas atuações ao nível da prevenção, contenção, gestão de doenças e emergências de saúde pública (Silva, 2015).

O direito à proteção da saúde está consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais, como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Perante a Lei de Bases da Saúde na Base 1, o direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade concomitante das pessoas, da sociedade e do Estado ao longo da vida, garantindo o acesso à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e paliativos (Lei n.º 95/2019, 2019).

Na Lei de Bases da Saúde os cuidadores informais foram incluídos na Base 3 onde a lei deve proporcionar o reconhecimento, a responsabilização e capacitação para promover qualidade e segurança nos cuidados não especializados que realizam. A lei deve estabelecer os direitos, deveres e medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas (Lei n.º 95/2019, 2019).

O reconhecimento do estatuto de cuidadores informais através da Lei n.º 100/2019 proporcionou aos cuidadores direitos e benefícios sociais para promover o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador informal. Sendo assim, o cuidador informal tem direito a: ser acompanhado e receber formação para a aquisição de competências para assegurar cuidados à pessoa cuidada; receber informação necessária por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social; usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde; beneficiar de períodos de descanso para garantir o seu bem-estar e equilíbrio

emocional; beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal (Lei n.º 100/2019, 2019).

No que se refere aos deveres, o cuidador informal tem o dever de garantir o equilíbrio e o cuidado físico, mental, social e espiritual da pessoa cuidada, de forma a proporcionar-lhe bem-estar e qualidade de vida. Tem o dever de: respeitar os seus interesses e direitos; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada; garantir o acompanhamento; prestar apoio em articulação com os profissionais de saúde à pessoa cuidada; promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária; zelar pelo esquema terapêutico; promover um ambiente seguro, assegurar uma alimentação e hidratação adequada à pessoa cuidada; comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas e participar nas ações de capacitação e formação (Lei n.º 100/2019, 2019).

Todavia, no Código Deontológico da Enfermagem encontram-se descritas as orientações para considerar a ação profissional, assim como, os direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem. Por exemplo, no artigo 105º do Código deontológico o indivíduo e a família têm o direito de serem informados sobre os recursos que a pessoa pode ter, assim como, a maneira de os obter, neste sentido o enfermeiro assume o dever de informar e capacitar os indivíduos, famílias e comunidade perante as suas necessidades de saúde percebidas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

1.5. Modelo de Promoção de Saúde de *Nola Pender*

Como foi proferido na carta de Ottawa em 1986, a promoção de saúde é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde e a melhorarem. Em 1998 a OMS definiu a Educação para a Saúde como a agregação de experiências de aprendizagem com vista a ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar o seu estado de saúde (World Health Organization, 1998).

A educação para a saúde é uma estratégia para aumentar a literacia em saúde, prevenir o aparecimento das doenças crónicas e promover estilos de vida saudáveis; tem como propósito capacitar os indivíduos, as famílias e as

comunidades para o autocuidado, tomada de decisão e participação ativa da própria saúde (Pender et al., 2019).

Ao melhorar a literacia está-se a contribuir para a promoção da saúde dos indivíduos, permitindo-lhes assim adquirir as competências e os conhecimentos necessários para alcançar, compreender, avaliar e utilizar as informações sobre a sua saúde, para tomarem decisões, prevenirem doenças e adotarem uma vida saudável (Espanha et al., 2016).

Entende-se a literacia em saúde como o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde, de forma a tomar decisões informadas e conscientes sobre os cuidados de saúde, a prevenção de doenças e promoção da saúde mantendo e melhorando a sua qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Sorensen et al., 2012).

Relativamente, à literacia nos cuidadores informais pode entender-se que se referem aos conhecimentos, habilidades e capacidades dos cuidadores cuidarem de si próprios e da pessoa com dependência (Sequeira, 2018).

Considerando os objetivos determinados para o projeto de intervenção comunitária, entendi que o modelo de promoção da saúde de *Nola Pender* seria o mais adequado como suporte teórico, visto que, realça o papel do indivíduo no controle dos seus comportamentos. Nesta perspetiva, a promoção da saúde é percebida como um comportamento incentivado pela vontade dos indivíduos em envolverem-se no próprio processo de saúde, de forma a mudar comportamentos e adotando estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2015).

O modelo de promoção da saúde de *Nola Pender* é um modelo de enfermagem que serve para implementar e avaliar ações de promoção de saúde através da avaliação e da motivação para a mudança de comportamento, no sentido de adquirir maior controle sobre a saúde, através da análise dos três principais componentes: características da pessoa, as suas experiências e o conhecimento do tema (Pender et al., 2015).

Neste sentido, este modelo permite implementar e avaliar ações de promoção de saúde a partir: das características e experiências individuais, uma vez que, cada pessoa tem experiências e características únicas. Inclui o comportamento anterior e os seus fatores biológicos, psicológicos e socioculturais; do comportamento específico cognições e afetos constitui o reforço positivo para a mudança (benefício percebido); os pensamentos

negativos percebidos como obstáculos (barreiras para ação); a capacidade de mudança (autoeficácia); a reação emocional negativa/positiva (sentimentos em relação ao comportamento); a interferência dos familiares ou profissionais no comportamento (relações interpessoais) e o ambiente pode influenciar facilitando ou impedindo determinados comportamentos (influências situacionais). A partir dos comportamentos e atitudes supramencionados pretende-se que o comportamento promotor de saúde seja entendido e esperado como o resultado final (Pender et al., 2015). No apêndice III encontra-se o diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender adaptado à população-alvo.

De acordo com o quadro de referência da enfermagem foram considerados como princípios: a enfermagem comunitária que capacita grupos (cuidadores informais) para o desenvolvimento de condições favoráveis à promoção de saúde; os cuidados de enfermagem que a partir das intervenções de promoção de saúde e de prevenção da doença têm como atenção as respostas dos cuidadores informais aos problemas e necessidades em saúde; o cliente, que são os cuidadores informais, e o ambiente que se enquadra no contexto domiciliário (Pender et al., 2015).

Só quando forem identificados as características e os comportamentos da população, será possível determinar o plano de intervenção para atingir o comportamento desejável, para tal é necessário o envolvimento entre o cliente e o enfermeiro com o intuito de empoderar a pessoa para o autocuidado, e conseqüentemente, solucionar os seus problemas, mobilizando os recursos necessários. O processo de reflexão, de autonomia e tomada de decisão com a finalidade de controlarem a sua vida através de processos participativos constroem estratégias e ações para alcançar os seus objetivos (Melo, 2020).

Os enfermeiros podem desempenhar papéis importantes na promoção da saúde e na literacia em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Organização Mundial da Saúde, 2018). O enfermeiro pode prestar cuidados de forma individual, ou em grupo, facilitando o planeamento, a intervenção e avaliação das ações, visto que a enfermagem fundamentada numa abordagem holística oferece ligação entre a promoção da saúde individual e a promoção da saúde das famílias, grupos e comunidades, (Pender et al., 2015).

2. METODOLOGIA

2.1. Planeamento em Saúde

Para a elaboração deste projeto foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, indo ao encontro do que está descrito no regulamento 428/2018 no artigo 2º da Ordem dos Enfermeiros. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve compreender e utilizar a metodologia do planeamento em saúde, desde que estejam reunidas as condições para um possível problema de saúde de uma comunidade (Regulamento 428/2018 da OE, 2018).

Segundo Rodrigues (2021) o planeamento em saúde é um processo que consiste em planificar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de sugestões de ação com a finalidade de intervir numa realidade de saúde; cujo objetivo é contribuir para melhorar o nível de saúde da população, através dos conhecimentos atuais e dos recursos disponíveis, garantindo assim, a promoção da saúde, a prevenção de doenças implementando a mudança de comportamentos das populações (p. 17). Já Nunes (2016) refere que o planeamento é um processo dinâmico onde se decide o que fazer no presente, para se chegar ao futuro desejado (Nunes, 2016, p.16).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) são várias as etapas da metodologia: Diagnóstico de Situação de Saúde, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução; Execução e Avaliação. O Planeamento em Saúde é “um processo continuo e dinâmico, passível de ser alterado e reavaliado em qualquer etapa, de acordo com as alterações que decorram do mesmo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.9).

Houve a necessidade de elaborar um cronograma (Apêndice IV) de apoio, de forma a conseguir executar atempadamente todas as etapas da metodologia. Os custos existentes para a realização do projeto foram suportados na totalidade pela mestranda.

2.2. Procedimentos Éticos

A enfermagem, como profissão autorregulada que é, tem definido na sua deontologia profissional os princípios ético-legais e deontológicos para o cumprimento do seu exercício profissional (Ordem dos enfermeiros, 2015). O enfermeiro no seu quotidiano deve respeitar e cumprir todos os princípios definidos no Código Deontológico para a tomada de decisão em enfermagem, para executar as melhores práticas com vista a melhoria dos cuidados.

Segundo Fortin (2009) o investigador deve ter em conta a ética para respeitar e proteger a pessoa, para isso deve perguntar a si próprio os motivos pelos quais o levaram a conduzir a investigação e as possíveis repercussões para a vida dos participantes.

Qualquer investigação na área da saúde envolve seres humanos, desta forma as considerações éticas são tidas em conta desde a escolha do tema, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, a recolha de dados e a interpretação dos mesmos (Fortin, 2009, p.180).

Fortin (2009) refere sete princípios fundamentais aplicados em qualquer investigação com seres humanos, são eles: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito por grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens (p.186).

Para a realização do presente projeto foram executados todos os procedimentos necessários para ir ao encontro do cumprimento dos princípios éticos em investigação e do primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista. Todas as diligências realizadas foram favoráveis:

✓ Pedido de parecer e autorização à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para realização do projeto (Anexo I).

2.3. Diagnóstico da Situação de Saúde

O diagnóstico de situação de saúde é a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde, por isso é fundamental que seja rigoroso na

avaliação dos determinantes da saúde que possam afetar os processos de doença e saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação de saúde “pretende traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, para identificar e posteriormente priorizar os problemas e as necessidades de saúde e clarificar as intervenções prioritárias conducentes a potenciais ganhos em saúde” (Rodrigues, 2021, p. 70).

É de salientar que a partir do diagnóstico de situação foi traçado o perfil de saúde da população através da caracterização da população-alvo, dos problemas de saúde, das suas necessidades em saúde e dos recursos da comunidade (DGS, 2016). Indo ao encontro do que está preconizado por Imperatori & Giraldes (1993), é importante caracterizar não só a população em estudo e suas necessidades em saúde como também os serviços disponíveis na comunidade.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) só quando o diagnóstico da situação estiver elaborado é que será possível começar a ação. Permitindo assim, priorizar as necessidades reais e sentidas pela comunidade, para proporcionar uma atuação com vista a obter ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais.

O diagnóstico de situação de saúde foi realizado após a resposta favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES).

Seguidamente, estão apresentados os vários passos percorridos para a elaboração do diagnóstico de situação: contextualização do local de intervenção, definição da população alvo e amostra, instrumentos de recolhas de dados, apresentação e análise dos resultados e diagnóstico de enfermagem.

2.3.1. Contextualização do Local de Intervenção

O ACeS Lisboa/Norte situa-se na cidade de Lisboa, é constituído pelas freguesias de Alvalade; Avenidas Novas; Benfica; Campolide; Carnide; Lumiar; Santa Clara e São Domingos de Benfica, abrangendo uma população residente de 225 038 habitantes (INE, 2012).

A área geográfica representa cerca de 6% do território da cidade correspondendo a 5,34 Km², trata-se de uma das freguesias mais populosas

da cidade de Lisboa, em 2011 registava uma população residente de 31.812 indivíduos, cerca de 13924 indivíduos sexo masculino (43,8%) e 17888 do sexo feminino (56,2%). Nos censos de 2011 verificou-se um crescimento do número de residentes com idade entre o zero e os 14 anos entre 2001 e 2011, demonstrando uma variação positiva de 19,5% (INE, 2012).

Cerca de 36,6% das famílias clássicas era constituída por uma pessoa o que corresponde a 5165 indivíduos, cerca de 51,7 % das pessoas apresentavam um nível de ensino superior completo (INE, 2012).

Em relação aos edifícios da freguesia 78,9% tinham data de construção entre 1946-1970 (INE, 2012).

A minha intervenção decorreu numa USF que tinha cerca de 3469 utentes inscritos, dos quais 1901 eram mulheres e 1568 eram homens. É de salientar que cerca de 59,27% dos utentes apresentavam um índice de dependência no qual 29,20% eram jovens e 30,07% eram idosos (SNS, Bi-CSP, 2021).

A equipa multidisciplinar era constituída por 8 enfermeiros, 2 médicos, 5 secretários clínicos, e 7 outros profissionais que engloba 1 assistente operacional para as duas USF.

A USF tem como parcerias externas na comunidade a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a Câmara Municipal de Lisboa, a junta de freguesia, Centro Paroquial, Polícia de Segurança Pública, proteção Civil, a Humanos e ajuda de mãe, como parcerias internas tem as UCSP e USF do ACeS Lisboa/Norte.

2.3.2. População, População-alvo e Amostra

A população define-se como “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”, nesta situação concreta foram os cuidadores informais (Fortin, 2009, p.311).

A população-alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente para seleção (Fortin, 2009). Desta forma, foram os cuidadores informais inscritos na USF, com idade igual ou superior a 18 anos, que prestem cuidados a pessoas dependentes, no âmbito do acompanhamento dos cuidados domiciliários de enfermagem.

Em relação à amostra estavam a ser acompanhados no âmbito dos cuidados domiciliários 25 utentes, dos quais 2 se encontravam institucionalizados, 10 tinham cuidador formal e 13 cuidador informal. Dos 13 cuidadores informais, 10 consentiram participar no estudo. A amostra foi uma amostra não probabilística por conveniência.

Para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados e posterior elaboração do diagnóstico de situação, foram tidos em conta como critérios de inclusão: cuidadores informais com idade igual ou superior a 18 anos, inscritos na USF, que prestavam cuidados a pessoa dependente, que fossem acompanhados pela equipa de enfermagem no domicílio e que aceitassem participar no estudo. Como critérios de exclusão: foram excluídos os cuidadores informais com menos de 18 anos.

2.3.3. Métodos e Instrumentos de Recolha de Dados

O diagnóstico de saúde foi elaborado com recurso a instrumentos de recolha de dados essenciais para identificar os problemas e as necessidades de saúde da população-alvo.

Para a recolha dos dados foi necessária disponibilidade do participante por um período de tempo, analisou-se em conjunto com o mesmo a necessidade de programação de ações para a sua implementação. Os instrumentos requeridos foram preenchidos por entrevista na presença dos cuidadores informais em contexto de visita domiciliária, por entrega e posteriormente recolha em contexto de visita domiciliária e por telefone, de acordo com a disponibilidade e preferência do cuidador informal.

De salientar, que nenhum questionário foi excluído por preenchimento incorreto. Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados na segunda quinzena de janeiro de 2021, a sua aplicação tardia deveu-se ao atraso da resposta da CES.

Os instrumentos de recolha de dados aplicados aos participantes do estudo foram (Anexo II):

- ✓ Questionário construído pela mestranda tendo por base a revisão *scoping*, cujo objetivo foi caracterizar o cuidador informal face ao seu conhecimento dos direitos e deveres enquanto cuidador (Apêndice V)

✓ O questionário Europeu de Literacia para a Saúde, na versão portuguesa autorizada (HLS-EU-PT), para perceber o nível de literacia em saúde no âmbito dos três domínios: os cuidados de saúde; a prevenção da doença e a promoção da saúde.

✓ O Índice de Bem-estar da OMS, que avalia o bem-estar durante as últimas duas semanas;

✓ A escala de sobrecarga do cuidador (Escala de *Zarit*) adaptado e validado para a população portuguesa pelo Professor Doutor Carlos Sequeira (Sequeira, 2010b);

✓ Para fazer a caracterização da pessoa cuidada, foram aplicadas a Escala *Lawton y Brody* e a de Índice de *Barthel*, de forma a perceber o tipo de dependência relativamente às atividades de vida diárias e atividades instrumentais, adaptada e validada para a população portuguesa, pela Professora Doutora Fátima Araújo.

2.3.4. Apresentação e análise dos resultados

Os dados obtidos foram tratados e analisados através do programa informático de análise estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25 e do programa informático *Microsoft Office Excel 2010*.

Com o recurso à análise estatística descritiva dos dados consegue descrever-se as características da amostra, e assim, encontrar a resposta à questão de investigação (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009), os dados brutos retirados da amostra devem ser organizados e apresentados de forma simples, para que sejam compreendidos pelo investigador e pelo leitor. Os dados, seguidamente, apresentados serão classificados segundo distribuição de frequências (%) e medidas de tendência central (moda, média e mediana).

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais, verificou-se que todos os participantes eram de nacionalidade portuguesa (100%), dos quais 60% nasceram em Lisboa e 70% dos cuidadores informais residiam somente com a pessoa cuidada. Desde há 4 anos, 60% da amostra referiu que prestavam cuidados integrais à pessoa cuidada 17-24 horas por dia.

Tabela 1: Caraterização do perfil sociodemográfico do cuidador informal

Variáveis	Frequência	Percentagem (%)
Masculino	3	30%
Feminino	7	70%
50-60 anos	1	10%
61-70 anos	2	20%
71-80 anos	2	20%
81-90 anos	5	50%
Cônjuge	6	60%
Filhos	2	20%
Outros	2	20%
Sim	5	50%
Não	5	50%
1º Ciclo de ensino básico (4ºano)	3	30%
2º Ciclo de ensino básico (6ºano)	2	20%
3º Ciclo de ensino básico (9ºano)	2	20%
Ensino secundário	1	10%
Bacharelato	1	10%
Licenciatura	1	10%
Rendimento mensal		
≤ 500 €	1	10%
501-1000 €	7	70%
1501-2000€	2	20%

Analisando as características sociodemográficas dos cuidadores informais, verificou-se que 70% eram do sexo feminino e 30% do sexo masculino. Este valor vai ao encontro do que vários autores defendem, que o papel do cuidar tem sido desempenhado maioritariamente pelo sexo feminino (Courtin et al., 2014; Figueiredo, 2007b; Paixão, 2017; Pereira, 2008; Pimentel, 2013; Reis, 2019; Sequeira, 2018). Já Collière, em 1989, argumentava que os cuidados que asseguravam a vida estavam ligados às atividades desenvolvidas pela mulher, visto que ela tinha a função de cuidar de tudo o que mantinha a vida (Collière, 1989). Esta assistência de cuidar das crianças, enfermos e idosos atribuída à mulher parte de uma construção histórica e

social, onde desde criança as meninas são ensinadas a realizar tarefas de cuidado, para que quando necessário e ao longo das suas vidas possam exercer o papel de cuidadoras (Ferreira et al., 2018).

Em relação à idade dos cuidadores informais verificou-se que a idade está compreendida entre os cinquenta e os noventa anos de idade, onde a média encontrada se situa nos setenta e seis anos. Estes dados evidenciam a tendência verificada nas projeções realizadas pelo INE, segundo as projeções o índice de envelhecimento em Portugal entre 2018 e 2080 irá quase duplicar, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, levando assim ao decréscimo da população jovem e ao aumento da população idosa (INE, 2020).

No que diz respeito ao grau de parentesco do cuidador informal com a pessoa cuidada, 60% dos cuidados eram assegurados pelo cônjuge, o que está em consonância com a literatura (Figueiredo, 2007a; Paixão, 2017; Ramos, 2012; Sequeira, 2010a).

Em relação à habitação, 50% dos cuidadores referiu que residem em habitação que não é própria. Estudos recentes demonstram que o mercado de arrendamento é predominante na cidade de Lisboa, no entanto este mercado encontra-se em modificação, visto que muitos dos contratos de arrendamento são anteriores a 1990 e cerca de um terço é anterior a 1975, o que evidencia que a antiguidade do contrato habitacional justifica o valor reduzido da renda. Em 2012 este regime jurídico de arrendamento entrou em revisão (Costa et al., 2017).

Relativamente ao nível de instrução, cerca de 30% da amostra tinha o primeiro ciclo do ensino básico (4º ano), 20% tinha o segundo ciclo do ensino básico (6ºano) e 20% o terceiro ciclo do ensino básico (9º ano). Desta forma, cerca de 70% dos cuidadores informais apenas tinham o ensino básico de habilitações literárias. A literatura evidencia que a baixa escolaridade pode dificultar aquisição de informações e conhecimentos sobre cuidados ou até mesmo na própria sobrecarga do cuidador (Paixão, 2017; Santos, 2020; Sequeira, 2010a).

Em relação ao rendimento mensal, cerca de 70% dos participantes da amostra responderam que auferiam entre 501 e 1000 euros (€). De acordo com Hoffman (2000), a escolaridade é um determinante importante para o

rendimento reduzido das pessoas e para profissões pouco qualificadas, visto que, a educação é um acesso para o progresso social.

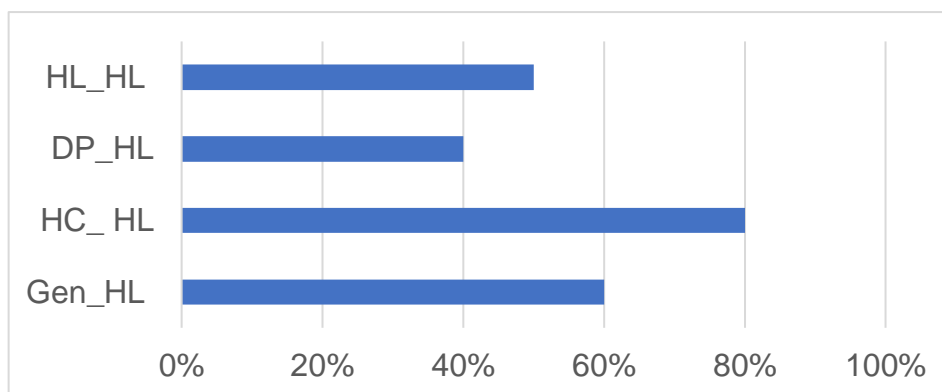
As dificuldades económicas sentidas pelo cuidador informal devido aos baixos rendimentos, podem limitar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa cuidada (dificuldade de obter recursos materiais como: fraldas, medicamentos, ajudas técnicas), assim como, agravar a qualidade do bem-estar do cuidador (Paixão, 2017).

Relativamente, aos dados obtidos do Índice de Bem-estar da OMS cerca de 40% dos inquiridos apresentavam fraco bem-estar, comprometendo assim a sua própria saúde. De acordo com a OMS (1948), o bem-estar faz parte do conceito de saúde que se exprime através do bem-estar físico, mental e social. Por sua vez, Davies & Macdowall (2006) afirmaram que a saúde e o bem-estar podem ser comprometidos através da influência de certos fatores, ou seja, de fatores externos que podem condicionar o bem-estar do cuidador.

Sequeira em 2010 salientou que é necessário estudar a sobrecarga associada ao cuidar da pessoa com dependência física ou mental, dado que pode afetar negativamente o cuidador informal. De acordo com a Escala de *Zarit* a amostra apresentava cerca de 60% de sobrecarga total, o que compromete a qualidade de vida do cuidador informal em aspetos relacionados com a sua saúde física e psicológica, recursos económicos, relações sociais e a relação com a pessoa cuidada (Paixão, 2017; Reis, 2019; Sequeira, 2010b).

Ao analisar os dados obtidos no questionário Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU-PT), constatou-se que a amostra estudada apresentava um nível de literacia em saúde no âmbito dos 3 domínios problemáticos.

Gráfico 1: Nível de literacia em saúde nos 3 domínios



A baixa literacia em saúde pode dar origem a uma menor qualidade de vida, os dados obtidos vão de encontro de outros estudos realizados nos quais identificaram, como grupos vulneráveis, indivíduos com 66 ou mais anos, com baixos níveis de escolaridade e de rendimentos (Espanha et al., 2016).

Relativamente, ao conhecimento dos cuidadores informais perante os seus direitos e deveres, constatou-se que cerca de 40% dos cuidadores informais quando têm dúvidas sobre os seus direitos e deveres procuram esclarecimentos junto dos profissionais de saúde, no entanto, cerca de 80% não tinha conhecimento da lei que reconhece o estatuto do cuidador informal, assim como não tinha obtido qualquer informação sobre a lei. A totalidade dos inquiridos desconhecia os procedimentos a ter para ser reconhecido como cuidador informal. 90% não usufruía dos seus direitos como cuidador e cerca de 70% não tinha conhecimento dos seus deveres para com a pessoa cuidada. Os presentes dados foram de encontro à literatura consultada que demonstrou que os cuidadores informais desconheciam os seus direitos enquanto cuidadores (Barber, 2013; Rea et al., 2010).

Os dados obtidos do conhecimento dos cuidadores informais sobre os seus direitos e deveres, apresentam-se nos gráficos seguintes:

Gráfico 2: Obtenção da informação sobre a lei

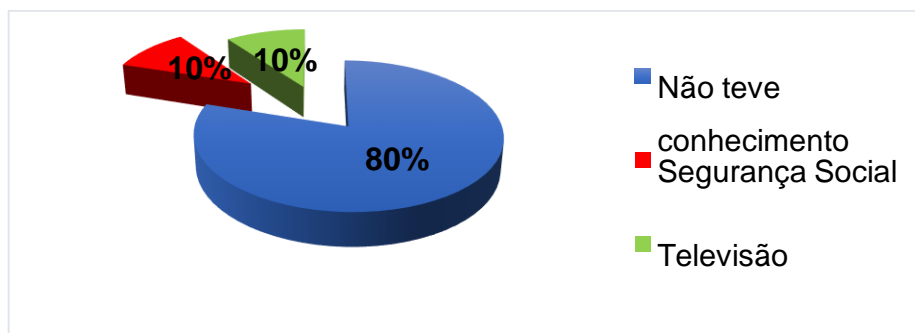


Gráfico 3: Reconhecimento do estatuto do cuidador informal

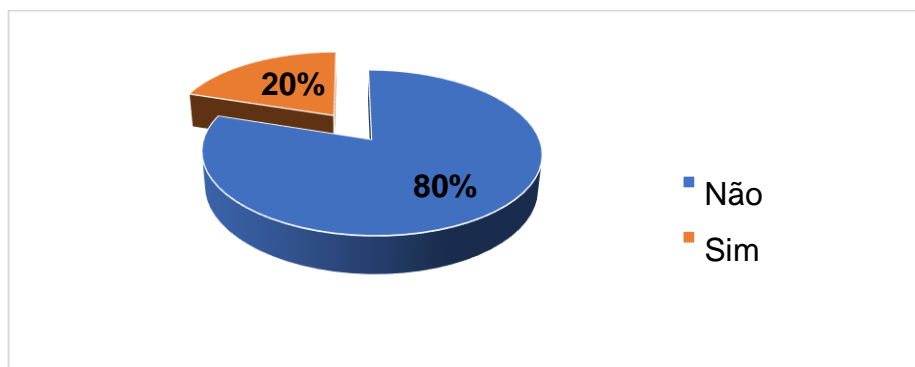


Gráfico 4: O Cuidador usufrui dos seus direitos

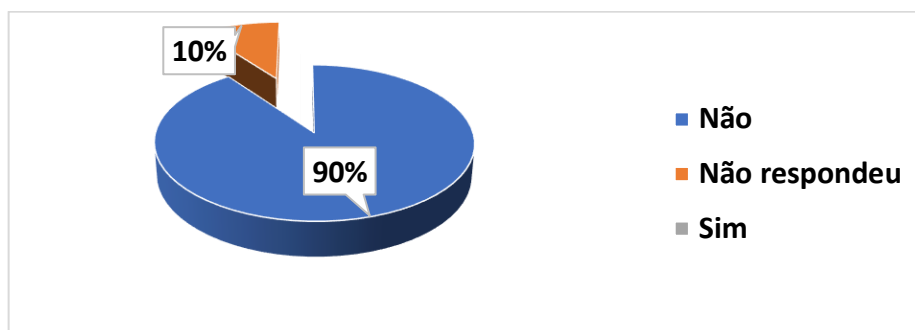
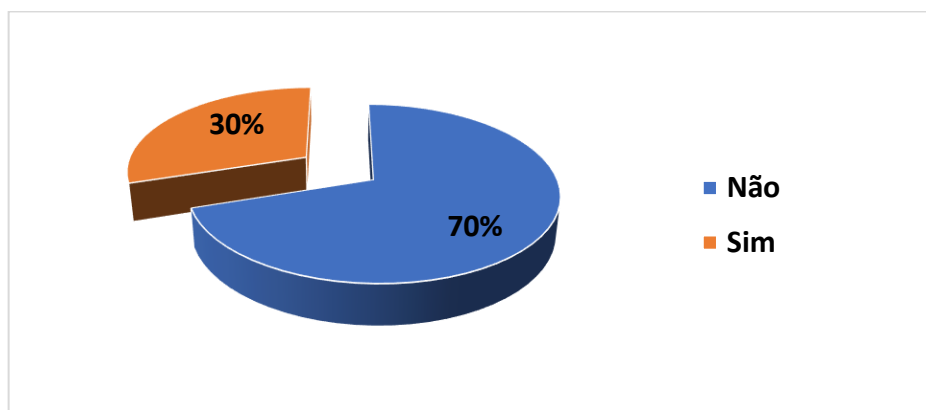


Gráfico 5: O cuidador reconhece os seus deveres



Cerca de 60% dos cuidadores informais não acrescentaria nenhum direito ao estatuto que reconhece o cuidador, todavia, 10% dos inquiridos manifestou que acrescentaria uma ajuda financeira, estes 10% vão ao encontro da literatura internacional consultada (Courtin et al., 2014; Maetens et al., 2017; Montgomery, 2018; yang et al., 2013).

Em relação à caracterização sociodemográfica da pessoa cuidada verificou-se que a média de idades era de 86,7 anos, 60% encontravam-se na faixa etária entre os 81-90 anos, onde a idade variava entre os 70 e 100 anos. Cerca de 50% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Apresentavam no Índice de *Barthel* 60% de dependência total na realização de 10 atividades de vida essenciais, tais como: higiene pessoal; tomar banho; vestir e despir; comer; transferência da cadeira para a cama; subir e descer escadas; deambular; controlo de esfínteres e ir à casa de banho. De acordo com a Escala de *Lawton y Brody* cerca de 90% apresentava dependência total na realização das tarefas avaliadas: usar telefone; fazer compras; preparar as refeições; arrumar a casa; cuidar das roupas; usar os meios de transporte; responsabilidade pela medicação e resolução de assuntos financeiros.

Tabela 2: Caracterização do perfil sociodemográfico da pessoa cuidada

Variáveis	Frequência	Percentagem (%)
Masculino	5	50%
Feminino	5	50%
70-80 anos	1	10%
81-90 anos	6	60%
91-100 anos	3	30%

A situação de dependência de acordo com a literatura consultada está relacionada com o aumento da esperança de vida e com a maior prevalência de doenças crónicas (Paixão, 2017; Rea et al., 2010; Ridley et al., 2010; Reis, 2019).

Segundo Tavares (1990), o diagnóstico da situação de saúde deve finalizar com a lista dos problemas que se pretendem intervir para os resolver ou minimizar. Da análise dos dados anteriormente descritos e expostos foi possível identificar os seguintes problemas:

- ✓ Défice de conhecimento sobre os direitos;
- ✓ Défice de conhecimento sobre os deveres;
- ✓ Défice de conhecimento de como requerer o estatuto de cuidador informal;
- ✓ Baixa literacia em saúde;
- ✓ Sobrecarga do cuidador informal;
- ✓ Dependência da pessoa cuidada.

2.4. Definição de Prioridades

Nesta etapa da metodologia do planeamento em saúde foram seleccionados os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993). A definição dos critérios e a sua ponderação são fundamentais nesta etapa, visto que, é a partir destes que se obterá, no final, a lista ordenada de problemas (Tavares, 1990). Imperatori & Giraldes (1993) referem que a definição de prioridades não deverá exceder 4 ou 5 campos de intervenção pelo risco de dispersão de esforços ou dos assuntos não parecerem devidamente hierarquizados.

Nas comunidades emergem múltiplos diagnósticos de enfermagem onde os recursos, por vezes, são escassos para responder atempadamente, por isso a priorização deve ser desenvolvida com critério e rigor (Melo, 2020); devendo estar presente na hierarquização dos problemas a dimensão tempo e a dimensão recursos (Nunes, 2016, p.34). Os problemas que não foram considerados prioritários poderão esperar por uma ocasião mais propícia para a sua resolução (Rodrigues, 2021, p.92).

Para intervir nos problemas considerados prioritários recorreu-se ao Método de Hanlon (Tavares, 1990), de forma a hierarquizar os problemas de saúde identificados. Este método utiliza, para efetuar o cálculo das prioridades, a fórmula: Valor da prioridade = (A+B) C x D, cujas quatro dimensões são representadas pela: Amplitude ou magnitude do problema (A); severidade do problema (B); Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema) (C) e; Exequibilidade do projeto ou da intervenção (D). A cada um dos critérios foi atribuído um peso através de uma escala pré-determinada.

A amplitude do problema corresponde ao número de pessoas afetadas que foi definida numa escala numérica de 0 a 10, em que o valor corresponde à percentagem da população afetada pelo problema.

Para determinar a severidade do problema (B) foram considerados 4 critérios: urgência; gravidade; perda económica e pessoa afetada, cujo valor varia entre 0 e 1. A eficácia da solução (C) representa a facilidade de resolução do problema, que foi avaliado em três níveis: 0,5 quando o problema não se pode controlar porque é de difícil resolução; 1 quando o problema se controla ou resolve parcialmente e 1 quando o problema se controla ou é de fácil resolução (Melo, 2020; Rodrigues, 2021). A última dimensão, a exequibilidade (D) que integra para proceder à sua avaliação são: a pertinência, a exequibilidade económica, aceitabilidade, recursos disponíveis e legalidade. Foram também considerados como critérios o tempo para a realização do estudo e o objetivo do mesmo. Foi atribuído o valor de 0 para o problema que não é exequível ou 1 para o problema é exequível.

Saliento que a determinação dos critérios mais adequados e o respetivo peso atribuído foram baseados num consenso entre peritos, para a constituição da equipa de peritos foi tido em conta o Modelo *Dreyfus* da Aquisição de Competências para a prática de enfermagem clínica (Benner, 2001). A equipa de peritos foi formada pela Enf^a C e a Enf^a A, visto que, as

enfermeiras escolhidas tinham um domínio da situação e eram capazes de reconhecer o problema sem desconsiderar uma série de diagnósticos e respostas alternativas. Após a atribuição dos valores pelos peritos foi possível obter os resultados registados na tabela seguinte.

Tabela 3: Método Hanlon aplicado aos problemas identificados

Problema	A	B	C	D	(A+B)xCxD	
80% dos cuidadores informais não têm conhecimento da lei que reconhece o estatuto do cuidador informal.	6	9	1,5	1	22,5	1º
100% dos cuidadores informais não têm conhecimento de como adquirir o estatuto de cuidador informal.	10	9	1	1	19	3º
90% dos cuidadores informais refere não usufruir dos seus direitos enquanto cuidador.	8	8	1	1	16	5º
70% dos cuidadores informais não têm conhecimento dos seus deveres para com a pessoa cuidada.	4	10	1,5	1	21	2º
60% dos cuidadores informais apresentam um índice geral da literacia em saúde problemático.	2	10	1,5	1	18	4º
60% dos cuidadores informais, segundo a avaliação da escala de <i>Zarit</i> , têm sobrecarga total.	2	10	0,5	0	0	—
60% das pessoas cuidadas, segundo a análise do índice de Barthel, apresentam dependência total.	2	10	0,5	0	0	—

Terminada a reunião com os peritos, cuja finalidade era a priorização dos problemas detetados no diagnóstico de situação em saúde onde se teve em conta os recursos disponíveis (materiais e humanos) e o tempo, identificou-

se que os problemas prioritários para a intervenção estavam relacionados com a baixa literacia em saúde e baixo conhecimento no âmbito dos direitos e dos deveres dos cuidadores informais. Em suma, os problemas identificados estão relacionados com a falta de conhecimento no âmbito da saúde, podendo assim, ser integrados no mesmo diagnóstico.

2.4.1. Diagnóstico de Enfermagem

Com base nos resultados encontrados para elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado como instrumento, o que a OE considera primordial para demonstrar a visibilidade dos cuidados de enfermagem, a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ® versão 2019) (Browser acedido pela área reservada da OE).

A CIPE é um documento de referência que pretende uniformizar a linguagem da enfermagem e desta forma: aumentar a visibilidade da enfermagem; garantir aos enfermeiros ferramentas de informação para atender às necessidades e cuidados das pessoas; apoiar a prática de enfermagem geral e especializada adequada a todos os contextos; aprimorar a prática e apoiar na elaboração de políticas da saúde; apoiar a prática baseada na evidência e reunir as diferentes terminologias da enfermagem (*International Council of Nurses [ICN], 2021*).

De acordo com a CIPE, o diagnóstico de enfermagem deve ser elaborado utilizando o modelo dos sete eixos: foco, juízo, meios, ação, tempo, localização e cliente; para abranger o estado do doente, o problema, as necessidades e as intervenções pretendidas a fim de resolver o problema merecedor de atenção. O diagnóstico de enfermagem deve incluir o eixo do foco, o eixo do juízo e outros eixos conforme a necessidade (*ICN, 2016*).

Perante o exposto e de acordo com as linhas orientadoras da taxonomia CIPE, definiu-se o seguinte diagnóstico de enfermagem: conhecimento sobre os direitos e deveres (foco) comprometido (juízo) nos cuidadores informais (cliente) na comunidade (localização).

2.5. Fixação de Objetivos

Após a realização do diagnóstico de situação de saúde e da identificação e priorização dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se à etapa seguinte da metodologia do planeamento em saúde, a fixação de objetivos. Nesta etapa, o rigor é necessário para a elaboração dos objetivos visto que podem comprometer a validade e viabilidade do projeto (Melo, 2020), uma vez que os objetivos vão corresponder aos resultados que pretendemos para a população. Segundo Rodrigues (2021) “os objetivos referem-se ao que se pretende atingir e que é fundamental para o planeamento” (p.134).

Pode proceder-se à fixação dos objetivos depois de definida a predisposição natural da evolução do problema, no entanto, não foi possível determinar a evolução passada do problema por inexistência de dados. Nesta etapa, devem também ser definidos os indicadores dos problemas de saúde prioritários (utilizando indicadores de resultados e indicadores de atividade) e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993). Para elaborar os objetivos, é indispensável ter em consideração que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Para a determinação dos objetivos foram tidos em conta os pressupostos anteriores, ou seja, o Modelo da Promoção da Saúde de *Nola Pender*, uma vez que a autora refere que é um desafio para o enfermeiro promover e estimular mudanças de comportamento para melhorar a saúde ao longo do ciclo de vida. A autora apresenta também uma variedade de fatores: a situação pandémica, o tempo disponível, os recursos humanos e materiais; fatores estes que poderiam comprometer o meu projeto de intervenção. Segundo Imperatori & Giraldes (1993), é essencial uma exata fixação dos objetivos a atingir num determinado período de tempo, para ser plausível proceder à avaliação da sua intervenção.

Assim sendo, com base nos pressupostos anteriores foi determinado para esta intervenção comunitária o seguinte objetivo geral:

✓ Contribuir para a capacitação dos cuidadores informais abrangidos pela área geográfica da USF, acerca dos seus direitos e deveres, de fevereiro a abril de 2021.

Para Tavares (1990) os objetivos específicos particularizam e detalham aspetos do objetivo geral, para que este seja alcançado. Como objetivos específicos considere:

- ✓ Capacitar os cuidadores informais inscritos na USF, para aumentar os seus conhecimentos sobre os seus direitos enquanto cuidadores informais;
- ✓ Capacitar os cuidadores informais inscritos na USF, para aumentar os seus conhecimentos sobre os seus deveres para com a pessoa cuidada;
- ✓ Capacitar os cuidadores informais inscritos na USF, para aumentar os seus conhecimentos sobre como adquirir o estatuto de cuidador informal.

Para os objetivos serem medidos, é necessário definir indicadores, estes indicadores servem para determinar a relação entre o diagnóstico de enfermagem e a população avaliada (Melo, 2020, p.25). *“Um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”* (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77). Foram delineados como indicadores:

Indicadores de atividade ou de execução para medir a atividade desenvolvida, com a finalidade de alcançar um ou mais indicadores de resultado.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de material informativo elaborado}}{\text{N}^\circ \text{ total de material informativo previsto}} \times 100$$

Nº total de material informativo previsto

Indicadores de resultado ou de impacto para medir a alteração identificada num problema de saúde (Tavares, 1990).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadores que avaliaram positivamente a intervenção}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadores}} \times 100$$

Nº total de cuidadores

Para que fosse evidenciado o resultado desejável e tecnicamente exequível foi definida como **meta**:

- ✓ 70% dos cuidadores informais avaliassem, através do questionário de avaliação (Apêndice VI), de útil a muito útil a informação disponibilizada na intervenção comunitária.

Ao fim da determinação dos objetivos e dos indicadores, foi possível avançar para seguinte fase da metodologia de planeamento em saúde.

2.6. Seleção de Estratégias

Uma definição correta das estratégias de intervenção a adotar para a intervenção comunitária é fundamental para o seu sucesso (Melo,2020). O sucesso das metas, está dependente do rigor como são planeadas as estratégias de intervenção. *“A estratégia a adotar é o desenho do modo como se trabalha para alcançar os objetivos”* (Rodrigues, 2021, p.145).

A seleção de estratégias é a etapa onde se determinam os procedimentos mais adequados para minimizar os problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Tavares (1990) salienta que através da seleção de estratégias (fase que requer criatividade) se definem as formas de atuação.

Nesta etapa, procedeu-se à elaboração de estratégias específicas, que tinham como finalidade o alcance dos objetivos definidos, para reduzir os problemas de saúde prioritários e desta forma melhorar a saúde das pessoas, das famílias e das comunidades, neste caso específico, melhorar a qualidade, o bem-estar e a saúde dos cuidadores informais.

Para definir as estratégias foi tida em consideração as particularidades da intervenção, o diagnóstico de enfermagem, as características do grupo, os objetivos pretendidos, os recursos existentes, a situação pandémica, o referencial teórico de enfermagem que sustenta o projeto, a previsão do surgimento de obstáculos e a forma de os ultrapassar. Tendo em conta todos estes pressupostos, as estratégias adotadas foram delineadas para promover a saúde:

A Educação para a Saúde, que é entendida como a promoção da literacia em saúde, é uma estratégia de capacitação para possibilitar aos indivíduos assumirem a responsabilidade e a tomada de decisões conscientes da sua saúde. Esta estratégia foi orientada de acordo com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, uma vez que permite avaliar o comportamento que leva à promoção de saúde através das características e experiências individuais, dos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende obter e o comportamento da promoção da saúde desejável (Pender et al., 2019).

O Empoderamento cujo objetivo é capacitar a pessoa a assumir o controlo da gestão dos processos de saúde e de doença, e, desta forma,

expressar as suas necessidades e preocupações para ter uma participação ativa na sua saúde (Rodrigues, 2021).

O aconselhamento que foi proporcionado com a equipa de enfermagem durante as visitas domiciliárias, cuja finalidade foi orientar para uma mudança ou alteração de comportamento, uma vez que, os cuidados de saúde prestados ao domicílio constituem um cuidado continuado prestado aos indivíduos e famílias com a finalidade de promover, manter e recuperar a saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

Para aumentar a literacia dos cuidadores informais, ao longo de todo o estágio, durante as visitas domiciliárias procurou-se abordar a temática dos direitos e deveres dos cuidadores. As visitas domiciliárias permitiram observar o cuidador e a pessoa cuidada no seu contexto habitual e da comunidade em que estão inseridos. Foi sempre respeitado e tido em consideração a vontade, privacidade, disponibilidade e, predisposição do cuidador para ouvir, esclarecer as suas dúvidas e preocupações.

A parceria com a Junta de Freguesia teve como finalidade contribuir para capacitar e estimular a participação ativa da comunidade abrangida pela USF. Esta parceria permitiu a distribuição do material informativo, panfletos e postais, que foram distribuídos pela caixa de correio dos moradores, assim como, divulgados na rede social da Junta. Esta estratégia vai ao encontro da conjuntura atual de pandemia, pois devido ao confinamento as pessoas passaram mais tempo em casa, foi uma estratégia encontrada para que a informação chegasse à comunidade. Embora 60% da amostra ter reputado que as suas competências perante a utilização do computador e da internet serem fracas, recorrem a familiares para consultarem informações disponíveis na rede.

Saliento que devido à situação pandémica foi necessário adotar estratégias que não envolvessem o contato presencial de grupos, de forma, a minimizar os riscos para os grupos vulneráveis, promovendo assim, o distanciamento social e a segurança individual.

Para ir ao encontro das normas de segurança elaborou-se material informativo (Apêndice VII) para ser entregue pela mestrandia durante as visitas domiciliárias, permitindo assim, uma intervenção mais individualizada a cada participante. Para que a informação também chegasse a um maior número de

peessoas, neste caso, a comunidade, foi publicada a informação do material informativo na *newsletter* e na rede social da Junta de Freguesia.

Foi tido em consideração o Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde, que preconiza a elaboração dos conteúdos que transmitem a informação necessária de acordo com as necessidades da comunidade e, desta forma, promover a literacia em saúde (Almeida et al, 2019).

O material informativo elaborado foi realizado tendo por base o *Simply put a guide for creating easy-to-understand materials*, para a comunicação da informação ser eficaz e atender à atenção do publico-alvo, sendo deste modo imperativo que a informação seja acessível, compreensível e fácil de utilizar (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2009).

2.7. Planeamento Operacional

Esta etapa da metodologia do planeamento em saúde iniciou-se com a identificação e caracterização das atividades desenvolvidas em função dos objetivos estabelecidos (Tavares, 1990). As atividades executadas, no seguimento deste projeto, procuraram dar resposta aos objetivos previamente delineados e assentes no diagnóstico de situação. Para isso, foi necessário alinhar uma lista das atividades e determinar como cada uma foi executada.

Nesta etapa deverá ser especificado “*quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e, ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar*” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) é necessário determinar as necessidades em recursos, humanos e materiais, ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado para a sua execução, uma vez que, os prazos com que se trabalha são geralmente curtos (Rodrigues, 2021, p.190).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), é nesta etapa que estão explanadas as atividades utilizadas para a materialização deste projeto, em função dos objetivos operacionais estabelecidos.

Desde o início do estágio até ao seu termino, a visita domiciliária com a equipa da USF esteve sempre presente. Saliento que a visita domiciliária permitiu uma intervenção contextualizada, tendo presente o objetivo de promover a saúde e promover a qualidade de vida dos cuidadores informais.

Uma vez que, é uma atividade que é inerente aos cuidados de enfermagem, onde nós, enfermeiros, neste contexto estamos juntos do indivíduo, famílias e comunidades, procuramos auxiliar a pessoa na resolução dos problemas através do aconselhamento, orientação e capacitação para que estes sejam responsáveis pela sua própria saúde.

As restantes atividades encontram-se especificadas tendo em consideração os parâmetros estabelecidos por Tavares (1990): Atividade; quem organiza; quando (data); onde (local); como (descrição); objetivo que se pretende atingir; monitorização e custo. Seguidamente demonstrado na tabela:

Tabela 4: Plano da atividade 1 – Elaboração do material informativo

Atividade	Elaboração e distribuição de material informativo sobre os direitos e deveres dos cuidadores informais na comunidade. Através do material informativo o cuidador informal terá um suporte da informação transmitida.
Quem	Mestranda, equipa de enfermagem da USF e Junta de Freguesia.
Quando	De 8 a 22 de março de 2021.
Onde	No domicílio do cuidador informal, na USF, na rede social e no newsletter da junta de freguesia.
Como	Folhetos, poster, postal, livro de apoio e notícia.
Objetivo a atingir	Aumentar o conhecimento dos cuidadores informais sobre os seus direitos e deveres.
Monitorização	$\frac{N^{\circ} \text{ total de material informativo elaborado}}{N^{\circ} \text{ total de material informativo previsto}} \times 100$
Custos	A impressão de 1 Póster; 30 Folhetos; 30 Postais e 20 livros

Tabela 5: Plano da atividade 2 – Aplicação do questionário de avaliação

Atividade	Aplicação do questionário de avaliação sobre a informação disponibilizada aos cuidadores informais, através do material informativo.
Quem	Mestranda.
Quando	De 23 de março a 6 de abril de 2021.
Onde	No domicílio do cuidador informal.
Como	Através das visitas domiciliárias.
Objetivo a atingir	Avaliar se a informação disponibilizada contribuiu para aumentar o conhecimento dos cuidadores informais sobre os seus direitos e deveres.
Monitorização	$\frac{N^{\circ} \text{ de cuidadores informais que avaliaram positivamente a intervenção}}{N^{\circ} \text{ total de cuidadores informais}} \times 100$
Custos	Impressão de 15 questionários.

Segundo Tavares (1990) quando se implementa um projeto, é necessário ter-se em conta a previsão de recursos para a sua execução, uma vez que, a sua concretização pode ser inviabilizada. Desta forma, deve-se calcular (o custo de um projeto) os recursos humanos e materiais necessários para alcançar as metas.

Saliento que no âmbito dos recursos e dos custos associados a este projeto, o tempo para a aplicação dos questionários foi totalmente da responsabilidade da mestranda.

2.8. Avaliação

A avaliação irá permitir avaliar se o diagnóstico foi o correto, se as orientações foram congruentes e responderam devidamente ao diagnóstico, se os recursos foram os necessários, se os objetivos se adaptaram às mudanças cruciais e se os resultados previstos foram alcançados. A avaliação tem por objetivo colaborar para melhorar o planeamento e demonstrar os resultados esperados (Rodrigues, 2021).

A avaliação é relevante na determinação da eficácia e pertinência do trajeto realizado, confrontando os objetivos com as estratégias realizadas (Tavares, 1990). O mesmo autor defende que a avaliação deve ser realizada *“ao longo e no final de um processo de planeamento e de implementação”* (Tavares, 1990, p. 210). Que é importante que o projeto contenha uma avaliação ao nível da elaboração, implementação e execução, que se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-a em todas as outras etapas seguintes (Tavares, 1990, p.214).

De acordo com Imperatóri & Giraldes (1993) grande parte dos elementos usados na avaliação, surgem sob a forma de indicadores, pois, é através dos indicadores que conhecemos a realidade e medimos os progressos alcançados. Só podemos controlar e avaliar um determinado projeto se identificarmos os indicadores de estrutura, o processo e o resultado (Tavares, 1990). Segundo Tavares (1990) existe outro tipo de avaliação ao nível da intervenção, a ter em conta, é a satisfação e aceitabilidade por parte dos participantes da intervenção. Posso salientar que os cuidadores informais que participaram neste projeto foram extremamente humanos,

compreensíveis, atentos e comunicadores; receberam-me e aceitaram-me como parte integrante da equipa de enfermagem da USF.

Tabela 6: Indicadores de atividade na produção do material informativo.

Indicador de atividade	Meta	Avaliação
Nº total de material informativo elaborado	100%	100%
/ Nº total de produtos previstos * 100		(4/4) x 100

Após determinar o cálculo do indicador da atividade desenvolvida, foi possível verificar que o material informativo proposto, quatro produtos de divulgação (folhetos, postal, poster e livro de apoio ao cuidador), foi superado na sua totalidade. Foram ainda impressos 30 folhetos, 30 postais, 30 livros que foram distribuídos pela mestranda durante as visitas domiciliárias.

Através desta estratégia, procurou-se, de forma individual e personalizada, fornecer ao cuidador informal a informação sobre os seus direitos e deveres e desta forma levar a uma aquisição de conhecimentos e mudança de comportamento, para poder adquirir ganhos em saúde. Foi afixado também um poster na sala de espera dos utentes na USF e foram divulgados os produtos informativos nas redes sociais da Junta de Freguesia da área de intervenção da USF.

Relativamente ao indicador de resultado definido, pode constatar-se que foi atingido na totalidade (100%). O questionário da avaliação da intervenção de “útil a muito útil” foi entregue a seis cuidadores informais, as respostas obtidas à intervenção foram positivas. Este número reduzido deve-se ao falecimento da pessoa cuidada e respetiva referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

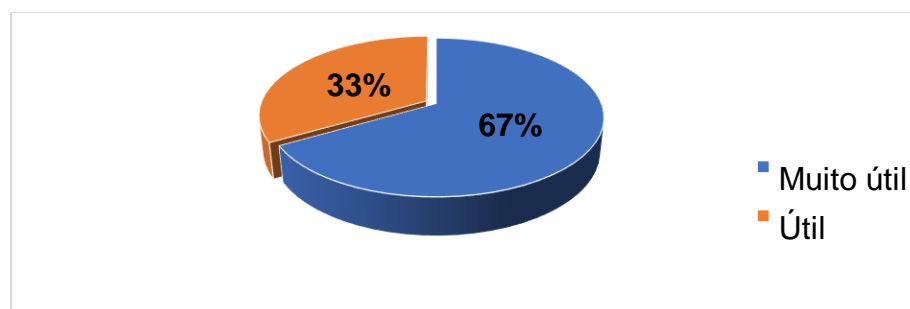
Tabela 7: Indicadores de resultado na avaliação da intervenção.

Indicador de resultado	Meta	Avaliação
Nº cuidadores que avaliaram positivamente a intervenção / Nº total de cuidadores * 100	70%	100%
		(6/6) x 100

Dos seis participantes, quatro responderam que a intervenção foi muito útil o que corresponde a 67% e dois responderam que a intervenção realizada

foi útil, correspondendo a 33%. Como pode ser verificado no gráfico que se segue.

Gráfico 6: Avaliação da intervenção



Contudo, os indicadores de resultado são aqueles que irão permitir verificar se houve modificação dos comportamentos ou das atitudes da população-alvo a médio ou a longo prazo (Tavares, 1990). O que nesta intervenção não se aplica, ou seja, não foi desenvolvida nenhuma atividade de avaliação de conhecimentos adquiridos à população-alvo, devido a constrangimentos de carácter temporal e pandémico. Não foi possível avaliar a mudança de comportamentos dos participantes. Relativamente ao contributo desta intervenção para o sector da saúde, afirma-se que a intervenção contribuiu, de certa forma, para o aumento de conhecimento sobre os direitos e deveres dos cuidadores informais, uma vez que, foi observada a motivação dos participantes durante as visitas domiciliárias.

Todavia, pode referir-se que se trata de um projeto com sustentabilidade, visto que, o presente projeto está integrado num projeto alargado do município de Lisboa, a desenvolver em parceria com a ESEL intitulado de "Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa", no qual irei colaborar.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS

Ao longo do percurso do estágio, fui adquirindo e fortalecendo competências para exercer a prática com segurança e ética imprescindíveis para o meu crescimento pessoal e profissional.

Portugal tem acompanhado o crescimento e reconhecimento Internacional do conhecimento na ciência de enfermagem, viu regulamentadas as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e as competências do segundo ciclo, grau de mestre.

No Código Deontológico da ordem dos enfermeiros, no artigo 109º (da excelência do exercício) ressalva que os enfermeiros devem assumir o dever de procurar em todo o seu cuidado, a excelência do exercício aumentando os seus conhecimentos através da formação contínua. O enfermeiro tem o dever de analisar com regularidade a sua prática e manter os seus conhecimentos atualizados (OE, 2015). De acordo com *Benner* para atingir elevados níveis de aptidão, os enfermeiros necessitavam de formação contínua e investir nas suas aprendizagens, o desenvolvimento da competência profissional passava por cinco níveis de proficiência (Benner, 2005).

Analisando o meu percurso ao longo destes treze anos de serviço, constato que me encontro no nível de proficiente, considero que tenho consciência da globalidade das situações, identificando e filtrando aspetos significativos para responder de forma competente. Esta competência profissional resulta da necessidade de adquirir novos conhecimentos teóricos e práticos para fundamentar os meus cuidados, assim como, responder à diversidade de contextos.

De acordo com o regulamento 140/2019 (Lei n.º 140/2019 da OE, 2019) existem competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, que englobam quatro domínios. Estes domínios foram desenvolvidos de forma gradual ao longo do processo de intervenção comunitária. Seguem-se:

(1) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal - A minha prática assentou no cumprimento de todos os requisitos éticos e deontológicos refletidos no pedido de parecer à CES. (2) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade - todas as intervenções tiveram como objetivo a melhoria contínua dos cuidados prestados, tendo por base a

melhor evidência científica. Todo o processo de aprendizagem decorreu ao longo do processo académico e durante as etapas da intervenção comunitária, baseando a prática clínica na evidência disponível. (3) Competência do domínio da gestão dos cuidados – Em colaboração com a equipa da USF definiu-se a intervenção comunitária a realizar para proporcionar ganhos em saúde. (4) Competências do domínio das aprendizagens profissionais – Ao longo das unidades curriculares e durante o contexto de estágio desenvolveram-se aprendizagens de cariz reflexivo em conjunto com a equipa e através da autoformação e autoconhecimento, dado que a reflexão serve de ferramenta para aquisição de conhecimento.

Em relação às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, encontram-se descritas no regulamento 428/2018 da OE e pressupõem que o enfermeiro deve ser detentor das seguintes competências: (1) Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade - O processo de planeamento em saúde vai de encontro ao processo de decisão clínica em enfermagem contemplando um conjunto de competências clínicas especializadas, onde os enfermeiros são responsáveis por identificar problemas e necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e comunidade onde trabalham. Assumem, assim, um papel de liderança na promoção da saúde pelo trabalho desenvolvido pela proximidade com o indivíduo, família, grupos e comunidades (Melo, 2020).

Através da implementação de todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde, foi possível identificar os problemas e necessidades da população-alvo e selecionar as estratégias mais adequadas para obter os resultados esperados. (2) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades – A partir do modelo de promoção da saúde de Nola Pender, que se estrutura e organiza para observar uma mudança no comportamento, procurou-se capacitar os cuidadores informais com a aquisição de novos saberes. (3) Integrar e coordenar programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional Saúde – Durante as visitas domiciliárias promoveu-se o desenvolvimento de intervenções para incentivar a segurança e o bem-estar. Pude encontrar durante estes contextos de visita um ambiente de procura para um bem comum (a saúde). Constatei que para a implementação do projeto de intervenção comunitária com vista ao

empoderamento comunitário, é exigido trabalho a todos os intervenientes, desde o diagnóstico à avaliação dos resultados. Este trabalho deve ser alicerçado ao Plano Nacional de Saúde tendo em conta o contexto sociopolítico da intervenção (Melo, 2020). (4) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico – Para determinar o diagnóstico da situação de saúde da população-alvo foi necessário fazer a caracterização sociodemográfica através de instrumentos de recolha de dados e, posteriormente, realizando o tratamento estatístico de forma a ser possível identificar os diagnósticos de enfermagem num determinado tempo, local e população, determinando assim o perfil epidemiológico dos cuidadores informais.

Refletindo em todas estas competências enunciadas no Regulamento 428/2018 da OE é perceptível a importância da enfermagem comunitária para o alcance da melhor saúde possível da comunidade, onde todas as etapas da intervenção comunitária foram inegáveis para desenvolver as competências preconizadas.

Em relação às competências para obtenção de grau de mestre, estas englobam um conjunto de competências definidas e adotadas em conformidade com os Descritores de Dublin (Decreto - Lei nº. 63/2016/2016), no qual exige ao mestrando em enfermagem maior conhecimento e capacidade de compreensão para a resolução de problemas nos diversos contextos, decorrentes da prática da enfermagem.

Considero que as competências descritas pela Direção-Geral do Ensino Superior para a obtenção do grau de mestre foram desenvolvidas e construídas ao longo do percurso profissional e científico, onde a aquisição e aplicação de conhecimentos e a sua compreensão foram desenvolvidas ao longo das UC, com a realização de trabalhos escritos fundamentados na prática e baseados na evidência científica, na qual os estágios permitiram também a transferência do conhecimento para a prática clínica e o desenvolvimento de novos saberes fundamentais para a realização deste projeto.

Ao longo do percurso académico fui desenvolvendo capacidades de análise e síntese, de organizar e planear. Tomei conhecimento de como procurar e analisar a informação de diferentes fontes, e desta forma, resolver problemas e tomadas de decisões em novos contextos recorrendo ao

pensamento crítico e reflexivo. Aprendi a aplicar na prática de cuidados, conhecimentos de investigação para desenvolver soluções ou emitir julgamentos. Desenvolvi a capacidade de refletir de forma estruturada, revendo acontecimentos e compreendendo os processos de cuidados, identificando assim áreas onde devo melhorar a minha prática. Ter desenvolvido a capacidade de compreensão, de aplicação de conhecimentos e de aprofundar conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo, possibilitou a adaptação a diferentes contextos. Ou seja, através da aprendizagem compreendi a importância de incorporar novos conhecimentos nos que já existem, estabelecendo relações entre eles e modificando-os. Adquiri a capacidade de aprender para prosseguir os estudos de modo autónomo, autosuficiente e autoorientado para uma prática baseada na evidência, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados, a segurança do doente e excelência dos cuidados prestados (Bandeira, et al., 2017).

Relativamente à capacidade de comunicação, o seu desenvolvimento foi progressivo e tem vindo a ser consolidado ao longo dos tempos. Durante a realização do Curso de Mestrado houve a oportunidade de apresentar nos dias 28 e 29 de abril de 2021 uma comunicação em formato de pôster sustentado na metodologia do planeamento de saúde, no Congresso Internacional de Literacia em Saúde e Autocuidado (Apêndice VIII). Nos dias 8 e 9 junho de 2021 tive a oportunidade de participar com uma comunicação livre, intitulada “Os direitos e deveres dos cuidadores informais uma revisão *scoping*”, no VI Congresso Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa (Apêndice IX). Estas duas participações contribuíram para aperfeiçoar a capacidade de comunicação e para partilhar conhecimentos entre pares, dando a conhecer os resultados obtidos.

De acordo com Alves (2011), a comunicação é uma ferramenta essencial na enfermagem onde a colaboração entre a equipa conduz à qualidade dos cuidados e à diminuição dos erros. Considero que este projeto constitui um mecanismo de comunicação de conhecimento realizado através da redação das intervenções planeadas e implementadas. Por sua vez, considero também que as minhas competências comunicacionais se têm vindo a desenvolver ao longo da minha carreira profissional em contato com os utentes, familiares e equipa multidisciplinar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação científica permite aos enfermeiros um permanente desenvolvimento e crescimento, dado que através da investigação os enfermeiros vão procurar a melhor evidência científica para sustentar a correta tomada de decisão e assim prestar cuidados de enfermagem de excelência.

Só quando se compreende as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, se podem determinar as estratégias a adotar e desta forma, contribuir para a resolução dos problemas. Neste sentido, o presente projeto de intervenção comunitária teve por finalidade contribuir para a capacitação dos cuidadores informais sobre os seus direitos e deveres.

O número de cuidadores informais tem vindo a aumentar devido ao envelhecimento da população, com este envelhecimento surge a necessidade cada vez mais de cuidar de quem cuida, para que seja capaz de cuidar de si e da pessoa cuidada, dado que, o papel de cuidar implica um conjunto de adaptações com a necessidade de reorganizar papéis e tarefas.

A parceria desenvolvida com a Junta de Freguesia da área de abrangência da USF, proporcionou o acesso da comunidade ao material informativo elaborado.

O recurso à metodologia do planeamento em saúde e ao do modelo da promoção de saúde de *Nola Pender* para a realização da intervenção comunitária permitiu a organização e a disposição do pensamento e do projeto, assim como, a obtenção de resultados positivos. Através das estratégias adotadas procurou-se capacitar e motivar, de forma individual e personalizada, os cuidadores informais a alterar os seus comportamentos, incentivando e promovendo comportamentos conscientes das ações promotoras de saúde.

Ao longo da intervenção comunitária foi possível intervir ao nível da prevenção primária “*intervenções com o objetivo de prevenir a ocorrência de doença, lesão ou incapacidade*” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.268), promovendo o empoderamento dos cuidadores informais através da informação transmitida e fornecidas sobre os seus direitos e deveres.

Relativamente à situação pandémica que vivemos, concluiu-se que a enfermagem comunitária teve de se reorganizar para acompanhar as comunidades de forma a promover a continuidade dos cuidados curativos, assim como, atuar na prevenção e na educação da população. Estes cenários

podem comprometer os processos de adesão, causar medos e incertezas aos indivíduos, famílias e comunidades.

Com o desenvolvimento e a operacionalização deste projeto de intervenção comunitária, foi possível adquirir conhecimentos e competências comuns dos enfermeiros especialistas, competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, competências contempladas no segundo ciclo e ainda foi possível responder a necessidades formativas e individuais. Todo o percurso realizado contribuiu para a minha evolução enquanto pessoa e enfermeira, proporcionando oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados.

Todavia, houve limitações externas que influenciaram a realização e implementação do projeto: a situação pandémica que vivemos originou a necessidade de adaptação ao atual contexto; o tempo de espera para obter o parecer favorável da comissão de ética da saúde demorou cerca de seis meses. Sem o parecer favorável não foi possível iniciar a implementação do projeto, após a sua receção apenas restaram três meses para a implementação da metodologia do planeamento em saúde, o que impossibilitou a avaliação da mudança de comportamento dos cuidadores informais, conforme requer o modelo de promoção da saúde de *Nola Pender*, a amostra reduzida devido à referenciação da pessoa cuidada para a RNCCI e ao falecimento da mesma.

No entanto, apesar dos constrangimentos expostos considero que o objetivo geral determinado foi alcançado com sucesso, assim como a finalidade da UC Estágio com Relatório.

Relativamente à sustentabilidade do projeto, termino este relatório com a questão: Terá futuro este projeto?

O presente projeto está integrado num projeto alargado do município de Lisboa, a desenvolver em parceria com a ESEL, no qual irei colaborar. Em setembro de 2021, juntamente com outra mestranda iremos realizar uma sessão de educação à equipa multidisciplinar da USF sobre o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais e da pessoa cuidada, abrangida pela USF.

Assim, o sentimento que prevalece não é o de trabalho finalizado, mas sim o do início de uma nova etapa.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C. V., Silva, C. R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Laranjeira, J. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde capacitação dos profissionais de saúde*. Direção Geral de Saúde.
- Alves, A. (2011). Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar (Projeto de Investigação para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2),59-66.
- Araújo, I. M. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem* [Unpublished doctoral dissertation]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ávila, A., Guerra, M. & Meneses, M. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamento Psicológico*, 3(8), 7-18.
- Bandeira, A., Witt, R., Lapão, L. Madruga, J. (2017). A utilização de um referencial metodológico na implementação de evidências como parte da investigação em enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(4), e2550017. [http://dx. doi. org/10.1590/0104- 07072017002550017](http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002550017).
- Barber, C. (2013). Carers legislation and the role of the HCA, AP and nurse. *British Journal of Healthcare Assistants*, 7(3), 125-128.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Quarteto.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). *Simply put a guide for creating easy-to-understand materials*. (3ª ed.) Centers for Disease Control and Prevention.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

- Conferência internacional sobre promoção da saúde (1986). *Carta de Ottawa*.
Direção Geral da Saúde. Retrieved from
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Constituição da República. (2005). *Direitos fundamentais*. VII Revisão constitucional.
- Costa, A., Magalhães, S., Galego, A. & Figueiredo, A. (2017). *Estudo sobre novas dinâmicas urbanas no centro histórico de Lisboa*. Quaternaire Portugal.
- Courtin, E., Jemias, N. & Mossialos, E. (2014). Mapping support policies for informal cares across the European Union. *Health Policy* 118, 84-94.
- Davies, M., & Macdowall, W. (2006). *Health promotion theory*. Open University Press.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016). Aprovação do quadro de qualificações a adotar no espaço europeu do ensino superior, organizado em três ciclos, bem como os objetivos genéricos a atingir em cada um deles. Descritores Dublin. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, 1ª série* (N.º 176, 13-09-2016) 3159-3191.
<https://dre.pt/application/file/a/75319373>.
- Dicionário da língua portuguesa (2017). *Dicionários académicos*. Porto: Porto Editora.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde, capacitação dos profissionais*. DGS.
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio: A sobrecarga do cuidador familiar*. [Unpublished master's thesis]. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ferreira, C., Isaac, L. & Ximenes, V. (2018). Cuidar de idosos um assunto de mulheres: Estudos interdisciplinares em psicologia. *Londrina* 9(1),108-125.
- Figueiredo, D. (2007a). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi.

- Figueiredo, D. (2007b). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência* [Unpublished doctoral dissertation]. Universidade de Aveiro.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frericks, P., Jensen, P. H. & Pfau-Effinger, B. (2014). *Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe*.
- Gemito, M. L. (2015). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(2), 132-144. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/57/81_
- Hoffman, R. (2000). *Mensuração da desigualdade e da pobreza no Brasil*. IPEA.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso nos serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 resultado definitivo*. Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito nacional de saúde 2014*. Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções da população residente de 2018-2080*. Instituto Nacional de Estatística.
- International Council of Nurses. (2021). CIPE. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp/about-icnp>.
- International Council of Nursing. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. *Journal of Aging Studies*, 29, 66-77.
- Lage, I. (2005). *Cuidadores familiares a idosos*. In C. Paúl & A. Fonseca, (org.). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde, poder e empoderamento*. Lusodidacta.

- Lei n.º 100/2019 (2019). Estatuto do cuidador informal. Assembleia da República. *Diário da República I Série* (Nº 171 de 06-09-2019) 3-16. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Lei n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II série*, (Nº 26 de 06-02-2019) 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.
- Lei n.º 161/1996 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República I série* (Nº 205 de 04-09-1996). 2959-2962. <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Lei n.º 95/2019 (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde. Assembleia da República. *Diário da República I série* (Nº 169 de 04-09-2019) 55-66. ELI: [https:// data. dre.pt/eli/lei/95/2019 /09/04/p/dre](https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre)
- Maetens, A., Beernaert, K., Deliens, L., Aubry, R., Radbruch, L. & Cohen, J. (2017). Policy measures to support palliative care at home: A cross-country case comparison in three european countries. *Journal of Pain & Symptom Management*, 54(4), 523-529.e5.(p.1).
- Meleis A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (2nd ed.) Lippincott.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA SAUDE_2018_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Montgomery, A. (2018). Advocacy and the global demographic age wave: What is being done to help family caregivers? *Aging Today*, 39(6), 8-10.
- Murdaugh, C., Parsons. M., & Pender, N. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8ªed.). Pearson.
- Nogueira, A. (2008). *Competências do cuidador principal: Perspetivas dos enfermeiros comunitários*. Universidade Portucalense, Infante D. Henrique.
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Chiado.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2011). *Relatório Primavera: Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde*. OPSS.

- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComuni tSaudePublica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. OMS
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Conferência global de cuidados de saúde primários*. OMS
- Paixão, C. (2017). *Desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal*. Cáritas.
- Pardal, C. (2014). *Envelhecer com dignidade*. Vieira da Silva.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in nursing practice (7ªed.)*. Pearson.
- Pereira, A. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes: Perfil, motivos e satisfação com a vida* [Unpublished master's thesis]. Universidade de Aveiro.
- Pimentel, L. (2013). *Filho és pai serás: Cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Coisas de ler.
- Pordata. (2020). *Índice demográfico*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [file:///C:/Users/media/Downloads/PORDATA Indicadores-de-envelhecimento.pdf](file:///C:/Users/media/Downloads/PORDATA%20Indicadores-de-envelhecimento.pdf).
- Portaria nº 2/2020 (2020). Regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República I Série I* (Nº 7 de 01-10-2020) 5-9. ELI. <https://data.dre.pt/eli/port/2/2020/01/10/p/dre>
- Portugal, R., Nunes, A. & Andrade, C. (2016). *Manual orientador dos planos locais de saúde*. Direção Geral da Saúde.
- Ramos, C. (2012). *Dificuldades e necessidades de cuidador informal de idosos da Beira Interior* [Unpublished master's thesis]. Universidade da Beira Interior.

- Rea, H., Kenealy, T., Sheridan, N. & Gorman, D. (2010). Invisible care: Do we need a code of rights to protect family and informal carers? *The New Zealand Medical Journal*, 123, 5-6.
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, IIª série (N.º 135 de 16-07-2018) 19354–19359* <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>.
- Reis, A. (2019). *O cuidador informal: Manual prático para cuidar dos que mais amamos*. Mahatma.
- Ridley, J., Hunter, S. & Rosengard, A. (2010). Partners in care? Views and experiences of carers from a cohort study of the early implementation of the mental health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community*, 18(5), 474-482.
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.
- Romão, A., Pereira, A. & Gerardo, F. (2008). *As necessidades dos cuidadores informais: Estudo na área do envelhecimento*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Santos, A. (2020). *Cuidadores informais, e agora! O papel da medicação nos cuidados aos cuidadores informais*. [Unpublished master's thesis]. Instituto Politécnico de Coimbra.
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Sequeira, C. (2010b). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência. II Série* (12), 9-16.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e Mental*. Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Relatório anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. SNS.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). Medidas de apoio ao cuidador informal <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/02/18/cuidadores-informais-2/>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Bi-CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3110700/Pages/default.aspx>.

- Serviço Nacional Saúde. (2017). *SNS+ proximidade, mudança centrada nas pessoas*. SNS.
- Silva, J. (2015). *Deveres do estado de proteção de direitos fundamentais*. Universidade Católica Editora.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Barnd, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, a80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.). Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M.L., Ferreira, M.S., Narigão, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais: Documento enquadrador perspetiva nacional e internacional*. MTSSS
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Methodology for JBI scoping reviews*. The Joanna Briggs Institute.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. The Joanna Briggs Institute.
- Unidade de Saúde Familiar Anta (2014). Manual do cuidador informal de utentes dependentes. <https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-do-Cuidador-Infomal-de-Utentes-Dependentes.pdf>
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>.
- Yang, T. & Gimm, G. (2013). Caring for elder parents: A comparative evaluation of family leave laws. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(2), 501-513.

ANEXOS

Anexo I– Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

Exma. Senhora

Dr.ª Sónia Teixeira

sonia.teixeira@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		39/CES/2021	

Assunto: Perfil dos Cuidadores informais na Cidade de Lisboa.

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

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Perfil dos Cuidadores informais na Cidade de Lisboa

Proc. 60; 61; 079/CES/INV/2020

Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da saúde: apoios comunitários aos cuidadores informais, direitos e deveres; Recursos para a sua capacitação

Investigadores: Fernanda Daniela Moura Silva; Sónia Marisa da Silva Teixeira - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Maria de Fátima Mendes Carvalho Fernandes

Critérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT:

Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT? Sim

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos? Sim

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

Apreciação:

Os protocolos apresentados integram-se no projeto "Perfil dos Cuidadores informais na Cidade de Lisboa" desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pela Câmara Municipal Lisboa. O projeto integra, enquanto parceiros, as 24 Juntas de Freguesia da cidade de Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a Rede Social de Lisboa, a Associação Nacional de Cuidadores Informais e os ACeS Lisboa Norte, Lisboa Central e Lisboa Ocidental Oeiras.

A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) lidera a componente científica do projeto. O Plano de Investigação prevê a participação de estudantes de mestrado, designadamente do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, Médico-cirúrgico – Pessoa Idosa e do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa/ESEL no âmbito do desenvolvimento dos seus projetos académicos.

Assim, os protocolos submetidos a apreciação desta CES, representam dimensões de investigação e intervenção distintas, a desenvolver no contexto de percursos académicos individuais mas integrados neste projeto alargado.

As respostas das investigadoras aos pareceres intermédios desta CES, os esclarecimentos fornecidos pela sua orientadora pedagógica, Professora Doutora Andreia Costa e pela coordenadora do projeto, Professora Doutora Adriana Henriques, esclareceram de forma satisfatória as objeções colocadas pelo que propomos e emissão de parecer favorável ao desenvolvimento do estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética da ARSLVT

08.01.2021

Anexo II – Instrumentos de recolha de dados

Questionário Literacia em Saúde Portugal

Módulo 1

Considerando a seguinte escala, na qual 1 significa muito difícil e 4 significa muito fácil, indique quão fácil diria que é para si cada uma das seguintes situações:	1 = Muito difícil	2 = Difícil	3 = Fácil	4 = Muito fácil	5 = Não sei
Q1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam?	1	2	3	4	5
Q2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	1	2	3	4	5
Q3. Saber o que fazer em caso de emergência médica?	1	2	3	4	5
Q4. Saber onde encontrar ajuda profissional quando está doente?	1	2	3	4	5
Q5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	1	2	3	4	5
Q6. Compreender os folhetos que vêm com os seus medicamentos?	1	2	3	4	5
Q7. Perceber o que fazer numa emergência médica?	1	2	3	4	5
Q8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma de um medicamento que lhe foi receitado?	1	2	3	4	5
Q9. Avaliar como é que a informação dada pelo seu médico se aplica à sua condição clínica?	1	2	3	4	5
Q10. Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	1	2	3	4	5
Q11. Avaliar a necessidade de uma segunda opção médica?	1	2	3	4	5
Q12. Avaliar se a informação sobre doenças divulgadas nos meios de comunicação é de confiança?	1	2	3	4	5
Q13. Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	1	2	3	4	5
Q14. Seguir as instruções sobre a medicação prescrita?	1	2	3	4	5
Q15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	1	2	3	4	5
Q16. Seguir as indicações do seu médico ou farmacêutico?	1	2	3	4	5
Q17. Encontrar informação sobre como gerir comportamentos pouco saudáveis, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1	2	3	4	5
Q18. Encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental como stress ou depressão?	1	2	3	4	5
Q19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames médico que deve fazer?	1	2	3	4	5
Q20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	1	2	3	4	5
Q21. Compreender as recomendações de saúde relativas a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1	2	3	4	5
Q22. Compreender porque precisa de ser vacinado?	1	2	3	4	5
Q23. Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina?	1	2	3	4	5
Q24. Avaliar em que medida são fiáveis as recomendações de saúde sobre tabagismo, falta de atividade física e excesso de álcool?	1	2	3	4	5
Q25. Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	1	2	3	4	5
Q26. Avaliar quais são as vacinas de que pode necessitar?	1	2	3	4	5
Q27. Avaliar os exames médicos de rotina que precisa fazer?	1	2	3	4	5
Q28. Avaliar se a informação transmitida nos meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança?	1	2	3	4	5
Q29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	1	2	3	4	5

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

Módulo 2

<i>2.A. Com que regularidade procura obter informação sobre saúde e bem-estar? Escolha a afirmação que melhor traduz a sua situação.</i>	1 = Adequa-se totalmente	2 = Adequa-se	3 = Adequa-se um pouco	4 = Não se adequa	5 = Não sei, Não respondo
2.A.1. Sempre, faz parte das minhas preocupações no dia-a-dia, mesmo quando não estou doente.	1	2	3	4	99
2.A.2. Procuo informar-me com alguma frequência para prevenir possíveis doenças e para levar uma vida saudável.	1	2	3	4	99
2.A.3. Procuo informar-me apenas quando estou doente ou algum familiar próximo está doente.	1	2	3	4	99
2.A.4. Raramente tenho a preocupação de me informar; limito-me a ir aos serviços de saúde quando estou doente.	1	2	3	4	99

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

	a) Está doente e procura informação para se tratar	b) Pretende obter informação para prevenir doenças	c) Pretende obter informação sobre como ter uma vida saudável
2.C. A partir da lista anterior, indique, por ordem de importância, as três principais fontes de informação quando:			
a) Está doente e procura informação para se tratar			
b) Pretende obter informação para prevenir doenças			
c) Pretende obter informação sobre como ter uma vida saudável			
2.C.1. Folhetos informativos disponíveis em farmácias, centros de saúde ou hospitais			
2.C.2. Bulas ou folhetos dos medicamentos			
2.C.3. Informação através de <i>sites</i> sobre saúde de seguradoras ou farmacêuticas			

2.C.4. Informação através de <i>sites</i> sobre saúde de hospitais ou centros de saúde ou clínicas			
2.C.5. Informação em <i>sites</i> sobre saúde de entidades estatais (ex: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde)			
2.C.6. Informação em <i>sites</i> generalistas sobre saúde			
2.C.7. Informação através da internet: redes sociais e <i>blogs</i>			
2.C.8. Artigos ou notícias sobre saúde publicadas em jornais			
2.C.9. Artigos ou notícias sobre saúde publicadas em revistas			
2.C.10. Livros ou outras publicações			
2.C.11. Programas de televisão generalistas (como telejornais ou programas da “manhã”) em que esses assuntos são por vezes tratados			
2.C.12. Programas de televisão específicos sobre saúde			
2.C.13. Programas de rádio onde se tratem questões de saúde			
2.C.14. Através do(s) seu(s) médico(s)			
2.C.15. Através do(s) farmacêutico(s)			
2.C.16. Através do(s) enfermeiros			
2.C.17. Através do(s) associações de doentes			
2.C.18. Através do(s) familiares / amigos			

2.D. De um modo geral, qual o grau de dificuldade que tem em compreender a informação de saúde através de:	1 = Nenhuma dificuldade	2 = Pouca dificuldade	3 = Alguma dificuldade	4 = Muita dificuldade	5 = Não sei porque nunca consultei informação por esta via	Não respondo
2.D.1. Folhetos informativos	1	2	3	4	5	99
2.D.2. Bulas de medicamentos	1	2	3	4	5	99
2.D.3. Informações prestadas pelos médicos	1	2	3	4	5	99
2.D.4. Informações prestadas pelos farmacêuticos	1	2	3	4	5	99
2.D.5. Informações sobre saúde e bem-estar em jornais e revistas	1	2	3	4	5	99
2.D.6. Informações sobre saúde e bem-estar em <i>sites</i> generalistas	1	2	3	4	5	99
2.D.7. <i>Sites</i> sobre saúde promovidos por entidades estatais (ex: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde)	1	2	3	4	5	99
2.D.8. Informações sobre saúde e bem-estar em <i>sites</i> promovidos por hospitais ou centros de saúde ou clínicas	1	2	3	4	5	99
2.D.9. Informações sobre saúde e bem-estar em <i>sites</i> promovidos por seguradoras ou farmacêuticas	1	2	3	4	5	99
2.D.10. Informações sobre saúde e bem-estar em redes sociais e <i>blogs</i>	1	2	3	4	5	99

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

2.F. Com que frequência ocorrem as seguintes situações:	1 = Muito raramente/ Nunca	2 = Raramente	3 = Frequentemente	4 = Muito frequentemente/ Sempre	5 = Não sei, Não respondo
2.F.1. Em geral, sinto que consigo obter a informação necessária para lidar de forma adequada com os problemas de saúde.	1	2	3	4	99
2.F.2. Sinto frequentemente que não domino a informação de saúde necessária para tomar as decisões mais adequadas.	1	2	3	4	99
2.F.3. Preciso quase sempre de pedir ajuda a terceiros para procurar informação sobre questões relacionadas com a minha saúde/bem-estar.	1	2	3	4	99
2.F.4. De um modo geral prefiro ir ao médico acompanhado para garantir que toda a informação da consulta é partilhada com terceiros que me ajudarão.	1	2	3	4	99
2.F.5. Sinto que tenho demasiada informação sobre saúde e tenho dificuldade em identificar a mais credível.	1	2	3	4	99
2.F.6. De um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldades em encontrá-la.	1	2	3	4	99
2.F.7. De um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldades em entender o que devo fazer.	1	2	3	4	99
2.F.8. Tenho dificuldade em encontrar a informação sobre saúde que procuro.	1	2	3	4	99

2.F.9. Tenho dificuldade em compreender a informação sobre saúde que encontro.	1	2	3	4	99
2.F.10. Por vezes cometo erros por que não percebo a informação que me é dada sobre como tomar medicamentos.	1	2	3	4	99
2.F.11. Por vezes falto a consultas por não perceber a informação que me é dada.	1	2	3	4	99
2.F.12. Por vezes não realizo os exames que devia por não compreender o que devo fazer ou onde me devo dirigir.	1	2	3	4	99
2.F.13. Percebo as indicações que me são dadas, mas, por vezes, opto por não as seguir.	1	2	3	4	99

Módulo 3

3.A. As questões seguintes referem-se a atividades de leitura que desenvolve no seu dia-a-dia (incluindo as que fazem parte do seu trabalho atual, ou estudo) No seu dia-a-dia, com frequência:	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Nem todas as semanas, mas pelo menos 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por semana, mas não todos os dias	Todos os dias	Não sei, Não respondo
3.A.1. Lê indicações ou instruções?	1	2	3	4	5	99
3.A.2. Lê cartas, circulares, memorandos ou mensagens de correio eletrónico	1	2	3	4	5	99
3.A.3. Lê artigos em jornais, revistas ou boletins informativos?	1	2	3	4	5	99
3.A.4. Lê artigos em jornais profissionais ou publicações académicas?	1	2	3	4	5	99
3.A.5. Lê livro, de ficção ou não-ficção?	1	2	3	4	5	99
3.A.6. Lê manuais ou materiais de referência?	1	2	3	4	5	99
3.A.7. Lê guias de remessa, faturas, relatórios bancários ou outros documentos de carácter financeiro?	1	2	3	4	5	99
3.A.8. Lê diagramas, mapas ou esquemas?	1	2	3	4	5	99

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

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

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

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

Consulto a internet sem o auxílio de ninguém e tenho-a em casa	1	(PASSAR PARA A PERGUNTA 3.H)
Consulto a internet sem auxílio de ninguém, mas não tenho em casa	2	(PASSAR PARA A PERGUNTA 3.H)
Tenho internet em casa, mas preciso de alguma ajuda para consultar	3	(PASSAR PARA A PERGUNTA 3.H)

Tenho internet em casa, mas não sei usar	4	(PASSAR PARA A PERGUNTA 3.G)
Não tenho internet e não sei usar	5	(PASSAR PARA A PERGUNTA 3.F)
Ns/Nr	99	

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

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

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

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

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

1x/mês	1
1x/semana	2
2 a 3x/semana	3
Diariamente	4
Ns/Nr	99

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

A TODOS

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

Módulo 4

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

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

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

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

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

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

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

A TODOS

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

Módulo 5

5.A. Sexo	Masculino	Feminino
	1	2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Não sabe ler nem escrever	1
---------------------------	---

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

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

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

(se não, passe para a pergunta 5.K.)

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

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

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

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

5.O. PAI		5.P. MÃE	
Não sabe ler nem escrever	1	Não sabe ler nem escrever	1
Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	2	Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	2
1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)	3	1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)	3
2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)	4	2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)	4

3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)	5	3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)	5
Ensino secundário (12º ano de escolaridade)	6	Ensino secundário (12º ano de escolaridade)	6
Bacharelato/Curso médico (Ensino superior)	7	Bacharelato/Curso médico (Ensino superior)	7
Licenciatura (Ensino superior)	8	Licenciatura (Ensino superior)	8
Mestrado (Ensino superior)	9	Mestrado (Ensino superior)	9
Doutoramento (Ensino superior)	10	Doutoramento (Ensino superior)	10
Ns/Nr	99	Ns/Nr	99

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Escala de Lawton y Brody	Pontuação
<p>1 Capacidade para usar o telefone:</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> É capaz de marcar alguns números familiares</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Atende o telefone mas não marca números</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone</p>	
<p>2 Fazer compras:</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) as compras pequenas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Precisa ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de ir às compras</p>	
<p>3 Preparação da comida:</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinho</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições</p>	
<p>4 Cuidado com a casa:</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Mantém a casa arrumada, sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda em todas as tarefas da lida da casa</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica.</p>	
<p>5 Lavar a roupa:</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) toda a sua roupa</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) apenas peças pequenas</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa</p>	
<p>6 Usar os meios de transporte:</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro</p> <p>3 <input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não viaja</p>	

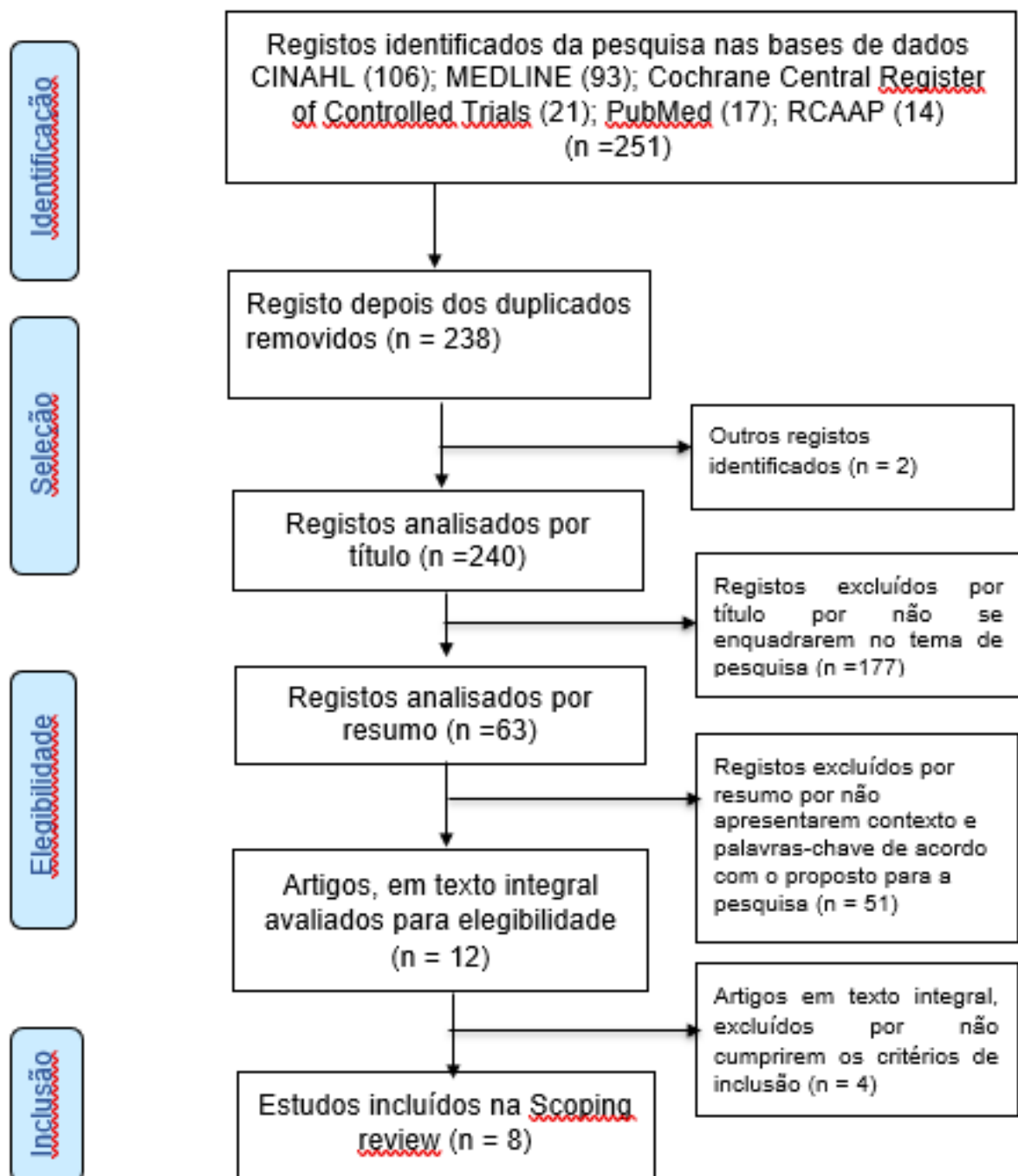
7 Responsabilidade com a sua medicação: 2 <input type="checkbox"/> É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa 1 <input type="checkbox"/> Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	
8 Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos: 2 <input type="checkbox"/> Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias) 1 <input type="checkbox"/> Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco... 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de gerir o dinheiro	
PONTUAÇÃO FINAL	

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

1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho	
0 <input type="checkbox"/> Não consegue ir à casa de banho sozinho	
PONTUAÇÃO FINAL	

APÊNDICES

Apêndice I – Fluxograma PRISMA



Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos

Apêndice II – Grelha de Leitura de artigos selecionados

Grelha de leitura de artigos selecionados

Título	País da realização	Autores e ano de publicação	Tipo de estudo, objetivo e população	Caraterização dos cuidadores e cuidados	Direitos e deveres	Conclusões
<i>Invisible care: do we need a Code of Rights to protect family and informal carers?</i>	Nova Zelândia	Rea et al. (2010)	Quantitativo Identificar quem eram os cuidadores informais e se precisavam de mais apoios; 300 Cuidadores.	Familiares ou amigos 242 do género feminino em que 180 tinham entre 30 e 59 anos Os cuidados podem ser: tomar banho, vestir, físico, trabalhos domésticos, culinária, transporte, apoio social, necessidades financeiras, espirituais ou culturais,	Apoio financeiro Ensinos para cuidados	Os cuidadores informais são pessoas que prestam cuidados e apoio não remunerado àqueles que necessitam. Geralmente são a linha de frente e a base da do serviço social e da saúde, garantindo talvez 80% de todos esses cuidados. Muitos cuidadores informais não sabem os direitos que têm, com a ausência de um sistema de informação passivo, eles dificilmente têm acesso à informação. 96% dos inquiridos disseram que não estavam satisfeitos com a assistência prestada ao nível emocional, material e financeiro.

<p><i>Partners in care?: Views and experiences of carers from a cohort study of the early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003</i></p>	<p>UK</p>	<p>Ridley et al. (2010)</p>	<p>Estudo de coorte durante 2007 e 2008 Qualitativo;</p> <p>Avaliar principais desenvolvimentos na legislação da saúde mental na Escócia;</p> <p>33 Cuidadores.</p>	<p>Família e prestadores de cuidados não remunerados</p> <p>Cuidados a pessoas com fragilidade e dependência física devido a problemas de saúde mental</p>	<p>Lei de reconhecimento e serviço dos cuidadores 1995</p>	<p>No princípio 7 da lei de 2003 da escócia estão estabelecidos os direitos dos cuidadores.</p> <p>Das 33 entrevistas 27 participantes era do sexo feminino.</p> <p>Os cuidadores levantaram preocupações, tais como a necessidade de permanecer em empregos remunerados.</p>
--	-----------	-----------------------------	---	--	--	---

<p><i>Carers legislation and the role of the HCA - (healthcare assistants) AP – (assistant practitioners) and nurse</i></p>	<p>Inglaterra</p>	<p>Barber (2013)</p>	<p>Estudo comparativo descritivo através da análise das diferenças e semelhanças das leis;</p> <p>Apresentar e discutir três partes da legislação de 1995, 2000 e 2004</p> <p>—</p>	<p>Cuidados substanciais que podem significar 20, 30, 40 horas por semana é substancial porque não está especificado</p>	<p>Acesso justo a treinamento, trabalho e oportunidades de lazer</p> <p>Lei de oportunidades 2004</p>	<p>A lei de 1995 foi seguida por mais duas leis do cuidador em 2000 e 2004, este artigo vai analisar que várias estratégias dos cuidadores derivam de atos, fundamentais para a promoção dos direitos dos cuidadores. Contudo muitos cuidadores permanecem inconscientes desses atos. O que levará a um impacto negativo sobre o tipo e qualidade de suporte que é oferecido aos cuidadores.</p>
<p><i>Caring for Elder Parents: A Comparative Evaluation of Family Leave Laws</i></p>	<p>EUA</p>	<p>Yang. et al. (2013)</p>	<p>Estudo analítico Comparativo das leis;</p> <p>Avaliar as leis existentes que permitam cuidar dos pais mais velhos;</p> <p>—</p>	<p>Família a maioria mulheres</p> <p>Cuidados de longa duração</p>	<p>Pagamento de 80 horas de atendimento domiciliário por ano</p> <p>Férias remuneradas de longo prazo</p>	<p>Lei da família e licença médica de 1993, esta lei permite certa flexibilidade para que os trabalhadores possam tirar licença para cuidar de um familiar, no entanto, esta lei tem limitações. Vários países da OCDE fornecem proteção aos cuidadores informais, apesar dessas várias políticas serem diferentes.</p>

<p><i>Mapping support policies for informal carers across the European Union</i></p>	<p>UK</p>	<p>Courtin et al. (2014)</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Dar uma imagem abrangente do suporte disponível para prestadores de cuidados informais entre os estados membros</p> <p>27 Especialistas políticos</p>	<p>Maioria Mulheres</p> <p>Limitações funcionais nas atividades de vida diária</p>	<p>Apoio financeiro</p> <p>Apoio psicológico</p> <p>Treino e ensinos</p>	<p>Os prestadores de cuidados informais são os principais fornecedores de cuidado a longo prazo. Várias formas e níveis de apoio foram implementados em toda a Europa para facilitar o papel dos cuidadores informais. O suporte financeiro é o tipo mais comum de suporte prestados, seguidos os ensinos para prestar cuidados à pessoa cuidada. Foram tomadas medidas para apoiar e reconhecer a contribuição dos cuidadores informais, no entanto, os resultados mostram que reconhecem o papel dos cuidadores informais, mas as medidas de suporte ainda são muito irregulares e até inexistentes em vários países. O apoio financeiro indireto ou direto</p>
--	-----------	------------------------------	--	--	--	---

						Está a ser desenvolvido como uma maneira de compensar os cuidadores informais.
<i>Social rights and employment rights related to family</i>	Dinamarca	Frericks et al. (2014)	Estudo analítico Comparativo Comparar as políticas dos Países Baixos, Alemanha e Dinamarca —	Família Cuidados frágeis a pessoas dependentes	Trabalho remunerado Apoio psicológico e social Redução de horas de trabalho	Foram comparadas as políticas dos Países Baixos, Alemanha e Dinamarca os resultados mostram que a situação dos cuidadores familiares está a ser regularizada Ainda assim, a situação legal, bem como a qualidade e o nível dos direitos sociais para os cuidadores familiares diferem entre países.
<i>Policy measures to support palliative care at home</i>	Bélgica	Maetens et al. (2017)	Estudo descritivo Comparativo Comparar medidas políticas destinadas a apoiar os cuidados paliativos em casa; —	Família Cuidados paliativos	Cuidados paliativos pagos Licença para prestar cuidados remunerada ou não Redução de custos para despesas diretas	Todos os três países têm medidas políticas que permitem que os cuidadores informais adaptem os seus padrões de trabalho ou optem por uma licença para prestar assistência sem perder os direitos de trabalhador; Os cuidadores informais podem receber

					Subsídios para cuidadores informais	compensações financeiras na Bélgica e França, mas não na Alemanha.
<i>Advocacy and the global demographic “age wave”—what is being done to help family caregivers?</i>	EUA	Montgomery (2018)	Estudo descritivo Comparativo; Conhecer as políticas para ajudar os cuidadores familiares; —	Maioria família ou amigos Cuidados a pessoas dependentes	Férias remuneradas ou não 93 dias de licença por ano Seguros de assistência a longo prazo	No Japão Subfinanciamento para cuidadores familiares; No UK licença remunerada e maior flexibilidade para os cuidadores familiares; Itália permite os cuidadores informais o gozo de dois anos de férias remuneradas. A Suécia permite aos cuidadores informais uma licença remunerada em 80% dos ganhos. O Chipre apenas permite sete dias de férias por ano não remuneradas para os cuidadores.

Apêndice III – Diagrama do modelo de promoção da saúde adaptado à população em estudo

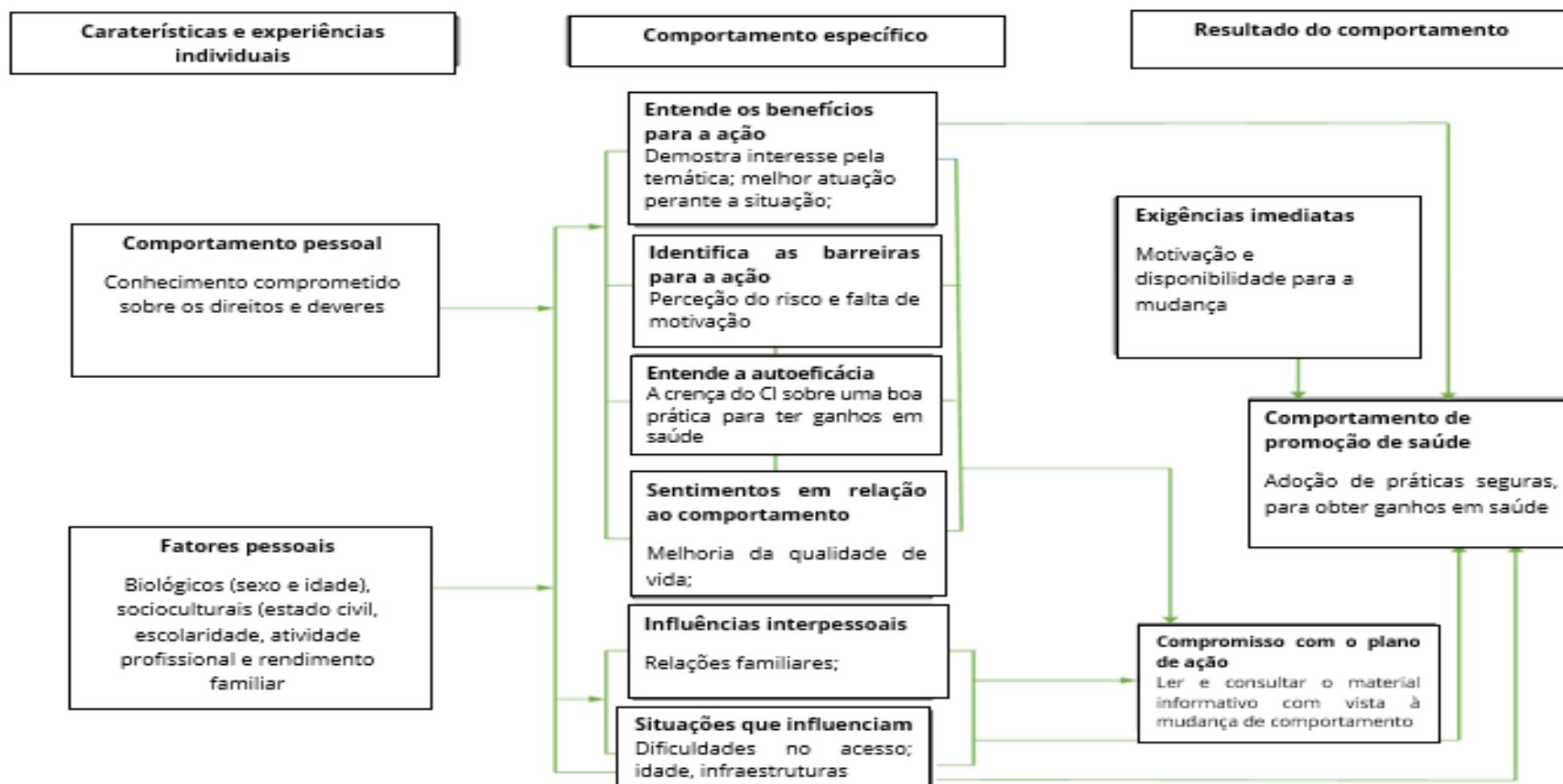



Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender (2015) - adaptado à população em estudo

Apêndice IV – Cronograma

Cronograma das atividades a realizar no desenvolvimento do projeto

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

Legenda:
 Realizado 

Apêndice V – Questionário decorrente da revisão *scoping*

--	--	--

QUESTIONÁRIO

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

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

Desde já um Muito Obrigada pela sua participação!

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- Qual é a sua idade? _____ anos.

2- Qual é a sua nacionalidade?

3- Qual é a sua naturalidade?

4- É do sexo: Feminino Masculino

5 – Vive em habitação própria? Sim Não

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

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

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

Pai

Mãe

Filho/Filha

Marido

Outros

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

8 – Há quanto tempo cuida do seu familiar?

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

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

Enfermeiro

Farmacêutico

Outro Qual?_____

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

Sim Não

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

Profissionais de saúde

Quais?_____

Técnico do serviço social

Internet

Televisão

Outros _____

12 - Já recorreu a alguns destes recursos?

Manual/ Guia do Cuidador

Folhetos

Vídeos

Grupos de ajuda

Centro Saúde

Santa Casa Misericórdia Lisboa

Outros _____

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

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

Televisão

Profissionais de saúde Quais? _____

Internet

Segurança Social

Outro _____

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

Não

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

Televisão

Profissionais de saúde Quais? _____

Internet

Segurança Social

Outro _____

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

Sim Não

15.1. – Se **Sim**, qual? _____

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

Sim Não

16.1. – Se **Sim**, qual? _____

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

Sim Não

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

Televisão

Rádio

Segurança Social

Profissionais de saúde Qual? _____

Outro Qual? _____

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

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

ISS

Profissionais de saúde Qual? _____

Serviços de ação social

Autarquia

Outro _____

20 - Tem usufruído dos seus direitos como cuidador informal?

Sim Não

20.1. – Se **Sim**, quais? _____

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

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

15.1. – Se **Sim**, quais? _____

Apêndice VI– Questionário de avaliação

Questionário de satisfação do cuidador informal

O folheto que lhe foi entregue Sr. Cuidador, tinha como finalidade dar-lhe a conhecer os seus direitos e deveres enquanto cuidador informal.

Gostaria de pedir a sua participação respondendo às seguintes questões:

1. Como considera a informação que consta no material informativo, que lhe foi fornecido?



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

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



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

3. Esta informação permitiu aumentar o seu conhecimento sobre os direitos e deveres dos cuidadores informais?



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

Obrigada pela sua participação!

Apêndice VII – Material informativo elaborado

Cuide de Si, para Cuidar bem dos Outros!

Para mais informações os seguintes contactos poderão ser úteis:

-USF Alvalade
Av. do Brasil nº 53, Pavilhão 33 Parque de Saúde de Lisboa 1749-080 Lisboa
Telefone: 217816440

-Junta de Freguesia de Alvalade
Largo Machado de Assis, 1700-116 Lisboa
Telefone: 21 842 8370

-Santa Casa da Misericórdia de Lisboa Largo Trindade Coelho 1200- 470 Lisboa
Telefone: 213 235 000 | 213 235 060 Email: secretaria-geral@scml.pt

-Centro Social e Paroquial S. João de Brito
Av. Rio de Janeiro nº 42 - 2º dto 1700 Lisboa.
Telefone / Fax: 218405731 / 218404123
Email: geral@cpsjbrito.com

-Centro Paroquial do Campo Grande
Campo Grande, 244, 1700-094 Campo Grande
Telefone:217812480

-Associação Beneficência Casas São Vicente Paulo
Av. Mal. Craveiro Lopes 10, 1700-238 Lisboa
Telefone:217521430

Elaborado por:
Sónia Maria da Silva Teixeira aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem Comunitária;
Projeto "Papel dos Cuidadores Informais no Município de Lisboa" promovido pela CME, em parceria com a ESEL.



Direitos e Deveres dos Cuidadores Informais



Direitos

O cuidador informal tem Direito a:

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

(Lei n.º 100/2019, artigo 5º, p.10)

Deveres

O cuidador informal deve:

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

(Lei n.º 100/2019, artigo 6º, p.10 e 11)

O Cuidador Informal para ser reconhecido deve reunir as seguintes condições:

- Residir legalmente em território nacional;
- Ter idade superior a 18 anos;
- Ter condições físicas e psicológicas;
- Ser cônjuge ou união de facto, ser parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada.

(ISS, 2020,p.5)



DIREITOS E DEVERES DOS CUIDADORES INFORMAIS



Direitos:

O cuidador informal tem Direito a:

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

[Lei n.º 100/2019, artigo 7.º, p.10]

ACONSELHE-SE COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE!

Deveres:

O cuidador informal deve:

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

[Lei n.º 100/2019, artigo 8.º, p.10 e 11]

Livro de apoio aos cuidadores

CUIDADORES INFORMAIS

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



APOIOS, RECURSOS, DIREITOS E DEVERES



Resumo: Este livro, escrito por Fernanda Daniela Moura da Silva, Maria de Fátima Fernandes, Sónia Marisa Silva Teixeira, alunas do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especificação em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem como objetivo fornecer informações sobre o papel do cuidador informal, os apoios, recursos, direitos e deveres associados a esta função. O livro é dirigido a cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde.

Contatos e linhas de apoio

- Em caso de emergência - 112
- Linha nacional de emergência social - 144
- SNS 24 - 808 24 24 24
- Linha intoxicações/INEM - 808 250 143
- Linha Segurança Social - 300 502 502
- Linha cidadão - 300 003 990
- Linha do cidadão com deficiência - 800 208 462
- Linha do cidadão idoso - 800 203 531
- Linha da criança - 800 206 656
- Linha APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - 116 006

DEFINIÇÕES

Cuidador informal principal - Pessoa que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufer qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Cuidador informal não principal - Pessoa que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

A pessoa cuidada é alguém que se encontra numa situação de dependência e que necessita de cuidados de outrem, que não tem autonomia para a realização das atividades de vida quotidianas.

O cuidador informal pode usufruir do **descanso do cuidador** que tem por objetivo diminuir a sua sobrecarga física e emocional. Deve ter em conta:

- A vontade do cuidador informal e da pessoa cuidada;
- As necessidades da pessoa cuidada e do cuidador;
- As exigências laborais do cuidador informal;
- As limitações funcionais e níveis de exaustão do cuidador informal;
- As características da rede social de suporte;
- A proximidade da área do domicílio da pessoa cuidada.

Apoios

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

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

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

Assim como, medidas de apoio específicas nomeadamente:

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



INFORMAÇÕES ÚTEIS

LEGISLAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deveres

O cuidador informal deve:

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

Para mais informação consulte:

Legislação: Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro

RECURSOS

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

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



ALGUNS LOCAIS ONDE PODE ENCONTRAR INFORMAÇÃO:

→**Alzheimer Portugal**- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer- Contacto:213610 465; www.alzheimerportugal.org;

→**Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson**- Contacto: 939053 378; www.parkinson.pt;

→**APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal**- Contacto: 21 381 61 01; www.apdp.pt;

→**APELA- Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica**- Contacto: 218491756; www.apela.pt;

→**Sociedade Portuguesa Esclerose Múltipla**- Contacto: 218 650 480 / 934 386 904 www.spem.pt;

→**Portugal AVC**- União de Sobreviventes, Familiares e Amigos. Contacto: 963898059;www.portugalavc.pt;

ALGUNS LOCAIS DIGITAIS:

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

→**Biblioteca da Literacia em Saúde**
biblioteca.sns.gov.pt;

→**Cuidadores de Portugal**
www.cuidadoresportugal.pt;
eportugal.gov.pt- área do cuidador informal;

Em Benfica:

→**Associação Rute**- 217145511 (Apoio domiciliário e ajudas técnicas);

→**Centro Paroquial Nossa Senhora do Amparo**- 217600362 (Apoio domiciliário e banco de ajudas técnicas);

Em Carnide:

→**Centro Social e Paroquial de Carnide**- 217112520; (Apoio Domiciliário, Fisioterapia);

→**Grupo de Ação Comunitária**- 217156513; (Informações a respeito de Saúde Mental);

DIREITOS E DEVERES

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

Direitos

O cuidador informal tem Direito a:

- Ver reconhecido o seu papel enquanto Cuidador Informal;
- Informação e formação específica adequadas às necessidades da pessoa cuidada;
- Apoio psicológico sempre que necessário;
- Aconselhamento, acompanhamento e orientação;
- Descanso do cuidador para diminuir a sobrecarga física e emocional; Promoção da integração no mercado de trabalho;
- Ser ouvido na definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais;
- Subsídio de apoio atribuído ao cuidador informal principal, nos termos previstos no Estatuto. (Lein.º 100/2019, artigo5º, p.10)



Apêndice VIII – Poster apresentado no congresso 28 e 29 de abril

Intervenção da enfermagem comunitária na promoção da saúde dos cuidadores informais: direitos e deveres

Autores:
Sónia Teixeira | sonia.teixeira@campus.ual.pt
Adriana Costa | adriana.costa@ual.pt
Carolina Sousa | carolina.sousa@campus.ual.pt
Adriana Henriques | ahenriques@ual.pt

Resumo

O aumento da longevidade na população acarreta necessidades acrescidas de cuidados (DGS,2017). Habitualmente, é a família que detém o papel de cuidador informal dos seus familiares, quando alguém adoece, é necessária uma toda adaptação a essa nova realidade. Para dar resposta a esta problemática, é fundamental promover a capacitação do cuidador para melhorar a sua qualidade de vida (Patoão,2017).

Os cuidadores informais representam um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde de um país. É necessário promover medidas de apoio, de suporte e de políticas orientadas para os cuidadores informais, de forma a proporcionar uma abordagem com múltiplos benefícios para a pessoa cuidada, os cuidadores informais e os sistemas públicos (Teixeira et al., 2017).

Problema e questões de investigação | Objetivos

A problemática que constitui o ponto de partida para este projeto de intervenção comunitária, foi a baixa literacia em saúde dos cuidadores informais sobre os seus direitos e deveres. A temática que propôs desenvolver para a realização deste projeto tem por objetivo dar resposta a um problema identificado, promovendo a literacia em saúde para originar ganhos em saúde e desta forma capacitar os cuidadores informais acerca dos seus direitos e deveres, para assim melhorarem a sua qualidade de vida, bem-estar e diminuir a sobrecarga física, emocional, social e económica.

Metodologia

O projeto foi elaborado a partir da Metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990). Iniciou com a revisão scoping da literatura, atendeu-se aos princípios éticos em seres humanos, tendo a aprovação da Comissão de Ética. Para executar a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde o diagnóstico de situação foi realizado um estudo descritivo e quantitativo, chegando a uma amostra não probabilística por conveniência, dos cuidadores informais com mais de 18 anos inscritos na área de intervenção. Seguiu as orientações do Modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

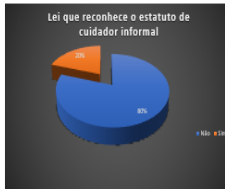
Apresentação e discussão dos dados

Foram aplicados os instrumentos HLS-EU-PT, Índice de Bem-estar da (OMS 5), Escala de Zarit, questionário resultante da scoping, Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody. Após o tratamento e a análise dos dados verificou-se: Todos os cuidadores informais eram de nacionalidade portuguesa, 80% nasceram em Lisboa, 50% residiam em casa alugada e tinham o ensino básico. Cerca de 70% auferiam um rendimento mensal entre 501 e 1000 euros. A média de idades era de 78,7 anos, 50% encontravam-se na faixa etária dos 81-90 anos, cerca de 70% eram do sexo feminino. Cerca de 60% segundo a avaliação da escala de Zarit tinham sobrecarga total, 40% apresentavam segundo a escala de Bem-estar da OMS um fraco bem-estar e 80% apresentavam um índice geral da literacia em saúde problemático.

Resultados

Caracterizou-se os cuidadores informais sobre o conhecimento dos seus direitos e deveres, verificando-se que cerca de 80% não obtinha qualquer informação sobre a lei do estatuto; 80% não tinha conhecimento da lei que reconhece o estatuto do cuidador; 100% não sabia o que fazer para ser reconhecido; 60% não usufruía dos seus direitos e 70% não tinha conhecimento dos seus deveres para com a pessoa cuidada.

Identificou-se que os problemas prioritários para a intervenção, estavam relacionados com a baixa literacia em saúde e o baixo conhecimento no âmbito dos direitos e deveres.



Conclusão

Os cuidados de saúde centrados na pessoa devem contemplar a promoção da literacia em saúde para a promoção da saúde dos indivíduos proporcionando as competências e os conhecimentos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem as informações sobre a saúde para tomarem decisões, prevenirem doenças e adotarem uma vida saudável (Espanha et al., 2016). Após a análise dos resultados verificou-se níveis de literacia em saúde baixos, através da educação para a saúde podemos capacitar as pessoas para o autocuidado, tomada de decisão e participação ativa da própria saúde. Através do modelo de promoção de saúde de Nola Pender fez-se uma avaliação da motivação para a mudança dos cuidadores informais com a finalidade de adquirirem maior controle sobre a sua saúde, tendo em conta as suas características, as suas experiências e o conhecimento do tema (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

Referências

- Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável*. Lisboa: DGS.
- Espanha, R., Avila, P., Romana Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde- Manual para uso nos serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública: Edições da saúde.
- Murdaugh, C., Parsons M., & Pender, N. (2015). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Boston: Pearson.
- Paixão, C. (2017). *Desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal*. Editorial Cármitas.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in nursing practice* (7th ed.). Boston: Pearson.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (Ministério da Saúde, Ed.). Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Teixeira, A.; Alves, B.; Augusto, B.; Fonseca, C.; Nogueira, J.; Almeida, M.; Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais*. Documento Enquadrador Perspetiva Nacional e Internacional.

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

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

28, 29 de abril 2021
Online

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

Logos: ipb, rutis, matiz, infad, etc.

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

Certifican que D/Dª

Sónia Marisa Da Silva Teixeira, Maria Carlota
Sousa, Maria Adriana Pereira Henriques,
Andreia Cátia Jorge Silva Da Costa

Ha participado en el mencionado Congreso Internacional

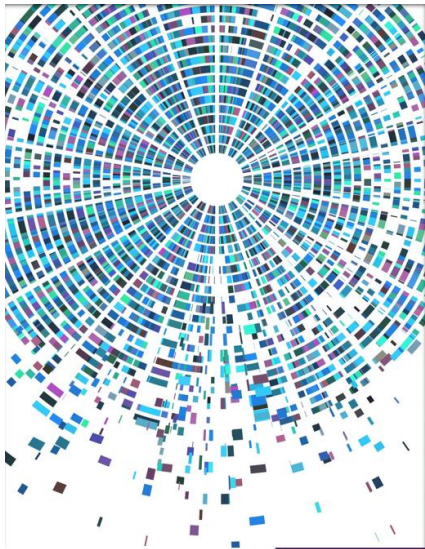
PRESENTANDO UN PÓSTER CON EL TÍTULO:
"Intervenção da enfermagem comunitaria, na
promoção da saúde dos cuidadores informais:
direitos e deveres"

Fdo: Florencio Vicente Castro



Assinatura manuscrita

Apêndice IX – Comunicação oral apresentada no congresso de 8 e 9 de junho



OS DIREITOS E DEVERES DOS CUIDADORES INFORMAIS: UMA REVISÃO SCOPING

Sónia Marisa da Silva Teixeira

Maria Carlota Sousa

Maria Adriana Pereira Henriques

Andreia Cátia Jorge Silva da Costa



1st Nursing Research Biennial

6th Congress on Nursing Research of Ibero-american
and Portuguese-speaking Countries
2nd International Symposium on Evidence-Based Health Care

8-9 Jun, 2021
online

Nursing School
of Coimbra

ÍNDICE



- ▶ **Prática Baseada na Evidência (PBE)**
- ▶ **Revisão da Literatura – Revisão Scoping**
 - ▶ Metodologia
- ▶ **Enquadramento teórico**
 - ▶ Objetivo
 - ▶ Questão de investigação
 - ▶ Mnemónica (PCC)
 - ▶ Estratégia de pesquisa
 - ▶ Extração de dados
 - ▶ Apresentação dos resultados
 - ▶ Evidência científica
 - ▶ Limitações
- ▶ **Conclusão**
- ▶ **Referências bibliográficas**

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA (PBE)

Promoção da
segurança e da
qualidade dos
cuidados da saúde

Enquadra-se na
cultura de
segurança do
doente

Procura da
qualidade e
excelência dos
cuidados

(Bandeira et al., 2017)

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico determinam novas necessidades em saúde (OMS,2015).

O índice de envelhecimento só irá estabilizar para 2060 (INE,2017).

As pessoas idosas ficam mais vulneráveis e frágeis devido à perda total ou parcial das suas capacidades funcionais levando-as à dependência dos cuidados de terceiros (DGS,2017)

É a família que detém o papel de cuidador informal dos seus familiares doentes portadores de patologia crónica e respetivas complicações (Paixão,2017)

Os cuidadores são as pessoas que, de forma transitória ou definitiva, com ocupação total ou parcial, por razões de saúde, deficiência ou dependência de terceiro, dele cuidam" (Reis,A, 2019.p.9)

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

REVISÃO DA LITERATURA - REVISÃO SCOPING

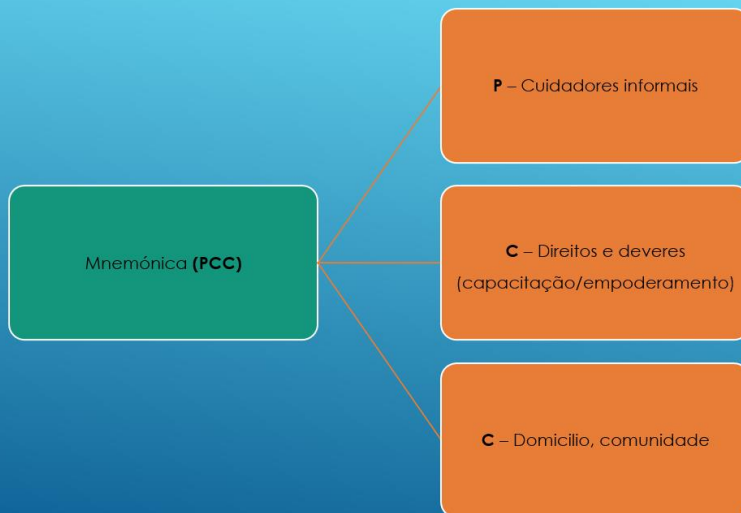
Metodologia recomendada pelo
Joanna Briggs Institute (JBI)

Objetivo: Mapear a evidência
disponível sobre os direitos e deveres
dos cuidadores informais.

Questão de investigação: Qual o
conhecimento dos cuidadores informais
sobre os seus direitos e deveres?

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

REVISÃO DA LITERATURA - REVISÃO SCOPING



REVISÃO DA LITERATURA - REVISÃO SCOPING

Estratégia de pesquisa

1º Momento

- Termos naturais: *informal caregivers, rights, right to health, duties, moral obligations, jurisprudence e liability legal*
- Termos de indexação: *caregivers e patient rights*

2º Momento

- Pesquisar nas Bases de dados CINAHL e Medline
- Estudos não publicados na literatura cinzenta (RCAAP e Google Scholar)

3º Momento

- Análise à lista de referências bibliográficas de todos os artigos encontrados

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

REVISÃO DA LITERATURA - REVISÃO SCOPING

Extração de dados

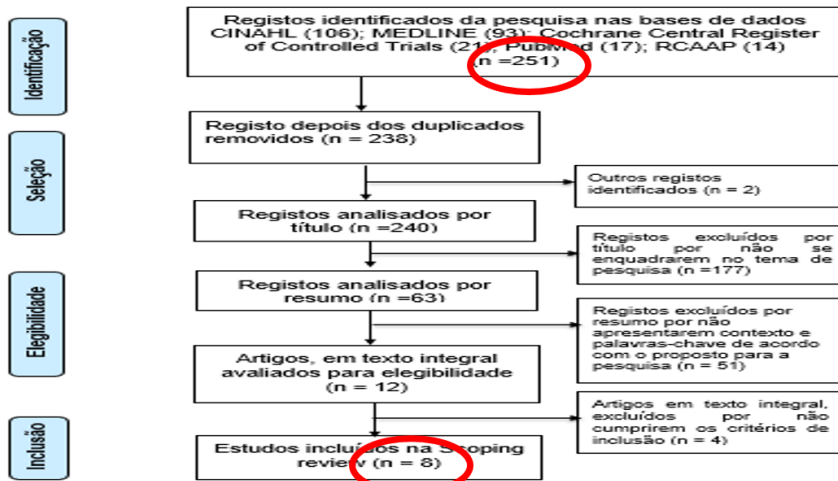
Recurso a um instrumento de extração elaborado pelo investigador e alinhado com o objetivo e questões de revisão

Título	País da realização	Autores e ano de publicação	Tipo de estudo, objetivo e população	Caraterização dos cuidadores e cuidados	Direitos e deveres	Conclusões
--------	--------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	------------

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

REVISÃO DA LITERATURA - REVISÃO SCOPING

Apresentação dos resultados



Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos

REVISÃO DA LITERATURA - REVISÃO SCOPING

LIMITAÇÕES

- ✓ Os estudos incluídos nesta *scoping review* foram estudos comparativos, acabaram por não demonstrar um conhecimento representativo para este contexto;
- ✓ Os estudos demonstraram lacunas nas informações descritas, no rigor e na sua objetividade, o que dificultou a avaliação e perceção do reconhecimento dos direitos e deveres dos cuidadores informais;

Podem ser vistos e compreendidos como um processo de construção de conhecimentos, através deles pode verificar-se continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

CONCLUSÃO

- ✓ O objetivo da Revisão *Scoping* era mapear a evidência disponível sobre os direitos e deveres dos cuidadores informais;
- ✓ Nos oito estudos incluídos verificam-se lacunas na informação;
- ✓ Demonstram que têm sido feitos esforços para garantir e salvaguardar a proteção dos cuidadores informais;
- ✓ Com a esperança média de vida a aumentar, aumenta a necessidade de a pessoa cuidada ter alguém que dela cuide;
- ✓ O cuidador informal deve ser reconhecido pelo estatuto que desempenha na sociedade. As medidas políticas devem ir ao encontro da realidade. Para isso, os seus direitos e deveres dos cuidadores informais devem ser reconhecidos, assim como **devem ser informados e capacitados da informação existente.**

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandeira, A.; Witt, R.; Lapão, L. Madruga, J.(2017). *A utilização de um referencial metodológico na implementação de evidências como parte da investigação em enfermagem*. Texto & Contexto-Enferm;26(4): e2550017. Disponível em: [http://dx. doi. org/10.1590/0104- 07072017002550017](http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002550017).
- Barber, C.(2013). *Carers legislation and the role of the HCA, AP and nurse*. British Journal of Healthcare Assistants, 7(3): 125-128. (p.4). ISSN: 1753-1586.
- Courtin,E.,Jemais,N.,Mossialos,E. (2014).*Mapping support policies for informal cares across the European Union*.Health Policy 118(p.84-94).Elsevier Ireland Ltd.ISSN:0168-8510.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável*. Lisboa: DGS.
- Frericks,P.,Jensen, PH., Pfau-Effinger,B. (2014). *Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe*.Journal of aging studies. Vol. 29, (p. 66-77). ISSN: 1879-193X.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*.Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Lei n.º 100/19 de 6 de setembro (2019). *Estatuto do cuidador informal*. Diário da República I Série, Nº 171.ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Maetens, A., Beernaert, K., Delyens, L., Aubry, R., Radbruch, L., Cohen, J.(2017). *Policy measures to support palliative care at home: A cross-country case comparison in three european countries*.Journal of Pain & Symptom Management. 54(4): 523-529.e5.(p.1).ISSN: 0885-3924.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra, Suíça.
- Paixão, C. (2017). *Desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal*. Editorial Cáritas.
- Reis,A.(2019). *O cuidador informal: Manual prático para cuidar dos que mais amamos*. Mahatma.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015. Methodology for JBI scoping reviews*.South Australia: The Joanna Briggs Institute.

Sónia Teixeira (sonia.teixeira@campus.esel.pt)



Certificado

Certifica-se que a comunicação oral "**Os direitos e deveres dos cuidadores informais: uma scoping review**", do(s) autor(es) Sónia Marisa da Silva Teixeira, Maria Adriana Pereira Henriques e Andreia Jorge Silva da Costa, enquadrada no eixo temático A2 - *Promoção de saúde e educação para a saúde*, foi apresentada por *Sónia Marisa da Silva Teixeira*, no âmbito do **VI Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa e II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência**, organizados pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que decorreram nos dias 08 e 09 de junho de 2021, em formato online.

Coimbra, 09 de junho de 2021

Pel'A Comissão Organizadora

Professor Doutor João Apóstolo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583

Certificado n.º C001418-319/2021

A Presidente da ESEnFC

Professora Doutora Aida Cruz Mendes

Apêndice X – Interpretação dos instrumentos de recolha de dados

Interpretação dos instrumentos de recolha de dados

✓ **Questionário Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU-PT)** é uma escala métrica variável entre 0 e 50, em que 0 é o mínimo possível e o 50 o máximo possível de literacia em saúde.

Permite determinar o nível de literacia em saúde (GEN_HL) no âmbito de três domínios: os cuidados de saúde (HC_HL); a prevenção da doença (DP_HL) e a promoção da saúde (HP_HL).

Estão definidos 4 níveis de acordo com os pontos obtidos no score, considera-se:

- Literacia em Saúde Inadequada quando o score for igual ou inferior a 25 pontos;
- Literacia em Saúde Problemática quando score entre 25-33 pontos;
- Literacia em Saúde Suficiente quando score entre 33-42;
- Literacia em Saúde Excelente quando Score entre 42-50.

✓ **Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998** – avalia 5 afirmações de como se tem sentido nas últimas duas semanas. Os números maiores indicam maior bem-estar. A pontuação bruta é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Pode ter valores de 0 a 25, em que 0 representa a pior e 25 a melhor qualidade de vida possível.

- 0-13 = Fraco bem-estar
- 14-25 = Melhor bem-estar

✓ **Escala de Zarit** – Escala de sobrecarga do cuidador

São avaliadas 22 questões, pontuadas de 1 a 5, obtendo-se um score entre 22 e 110, onde a maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga.

de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga total.

✓ **Escala de Lawton y Brody** - Avalia o nível de independência da pessoa idosa na realização de algumas tarefas tais como: usar telefone; fazer compras; preparação da alimentação; lida da casa; lavagem da roupa; uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. Para a sua interpretação determinou-se o seguinte score:

- 0-8 = Dependência total
- 9-12 = Dependência grave
- 13-19 = Dependência moderada
- 20 = Independência total

✓ **Índice de Barthel** – Serve para avaliar a capacidade funcional para a realização de 10 atividades de vida essenciais tais como: higiene pessoal; tomar banho; vestir e despir; comer; transferência da cadeira para a cama; subir e descer escadas; deambular; controlo de esfíncteres e ir à casa de banho. A pontuação mínima corresponde à máxima dependência e a pontuação máxima à independência total. Para a sua interpretação determinou-se o seguinte score:

- 0-8 = Dependência total
- 9-12 = Dependência grave
- 13-19 = Dependência moderada
- 20 = Independência total