



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Melhorar as Competências dos Cuidadores Informais

Isabel Alexandra Gonçalves Valentim

Orientação: Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Melhorar as Competências dos Cuidadores Informais

Isabel Alexandra Gonçalves Valentim

Orientação: Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Melhoras as Competências dos Cuidadores Informais

Isabel Alexandra Gonçalves Valentim

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

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)

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

Arguente: Maria Filomena Marques de Oliveira Martins (Doutorada em Ciências da Saúde)

Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Orientador: Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas (Especialista em Enfermagem, Decreto-Lei n.º 206 de 2009, de 31 agosto)

Data: 23 de julho de 2020

“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 Calcuta)

RESUMO

O cuidar é um conceito essencial ao ser humano, surgindo muitas vezes associado a situações de dependência. Dados estatísticos revelam que o índice de dependência total irá sofrer aumentos drásticos nas próximas décadas. Desta forma, torna-se essencial repensar as estratégias implementadas bem como as políticas de saúde no que diz respeito a quem assume o papel de cuidar do outro, o qual se designa de Cuidador Informal. Este assume um papel preponderante na prestação de cuidados à pessoa dependente e para isso, deve estar apto, encontrando-se capacitado, confortável e seguro no desempenho do seu papel.

Foi neste sentido, que a mestrandia desenvolveu um projeto de intervenção comunitária com o intuito de otimizar o processo de capacitação dos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas.

Palavra-Chave: Cuidador Informal, Cuidados de Enfermagem, Dependência.

ABSTRACT

Caring is an essential concept for human beings, often arising in situations of dependency. Statistical data reveal that the total dependency index will increase dramatically in the coming decades. Thus, it is essential to rethink the strategies implemented as well as the health policies with regard to those who assume the role of caring for others, who are called Informal Caregivers. This person assumes a preponderant role in providing care to the dependent person and for that, he must be able, being able, comfortable and safe in the performance of his role.

It was in this sense, that the master's student developed a community intervention project in order to optimize the process of training the Informal Caregivers of users in ECCI of the UCC of Vendas Novas.

Keyword: Informal Caregiver, Nursing Care, Addiction.

AGRADECIMENTOS

A concretização do Estágio Final e a elaboração do presente relatório tornou-se possível graças à colaboração de algumas pessoas:

À minha orientadora pedagógica Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas pela orientação e disponibilidade.

À minha supervisora a Enfermeira Gisela pela compreensão, incentivo, disponibilidade e apoio durante os estágios.

A toda a equipa da UCC pela colaboração e disponibilidade.

Aos utentes com os quais contactei e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Nídia, à Ana e às minhas afilhadas Tânia e Beatriz, pela amizade, apoio e incentivo.

Aos meus pais, irmã e cunhado pelo carinho, cuidado e incentivo neste desafio a que me propus.

Um agradecimento muito especial e sincero a todos.

Muito Obrigada!

LISTAGEM DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ADL - Associação de Desenvolvimento Local

AICVN - Associação de Intervenção Comunitária de Vendas Novas

APA - American Psychological Association

ARSA - Administração Regional de Saúde Alentejo

AVD - Atividades de Vida Diárias

CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidar

CAFAP - Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CAO - Centro de Apoio Ocupacional

CATL - Centro de Atividades de Tempos Livres

CCRPICVN - Centro de Convívio dos Reformados, Pensionistas e Idosos do Concelho de
Vendas Novas

CI - Cuidador Informal

CRAE - Centro de Recursos para a Área Educativa

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECI - Equipe de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa de Coordenação Local

EGA - Equipa de Gestão de Alta

EpS - Educação para a Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

NUTSIII - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE - Regulamento da Execução Profissional do Enfermeiro

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SINUS - Sistema De Informação Para Unidades De Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiares

USP - Unidades de Saúde Pública

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	12
ÍNDICE DE QUADROS.....	13
ÍNDICE DE TABELAS	14
0. INTRODUÇÃO	15
1. PLANEAMENTO EM SAÚDE	21
2. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....	26
2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	26
2.2. DEPENDÊNCIA.....	28
3. O CUIDADOR INFORMAL.....	30
3.1. O CUIDAR DO OUTRO	30
3.2. CUIDADOR INFORMAL.....	31
3.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR – MODELO TEÓRICO	34
4. ANÁLISE DO CONTEXTO	37
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	37
4.2. CARACTERIZAÇÃO DA UCC DE VENDAS NOVAS	40
5. ESTÁGIO.....	44
5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	44
5.2. METODOLOGIA	47
5.2.1. Recrutamento da População-alvo	47
5.2.2. Instrumento de Recolha de Dados	48
5.2.3. Questões Éticas	48
5.2.4. Análise de Conteúdo.....	49

5.2.5. Análise Reflexiva sobre os Resultados	52
5.3. PROBLEMAS IDENTIFICADOS	54
5.4. NECESSIDADES DETERMINADAS	55
5.5. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	55
5.6. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	56
5.7. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	58
5.8. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	62
5.9. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	62
5.10. AVALIAÇÃO	68
6. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA	76
6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	76
6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	81
6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	86
7. CONCLUSÃO	88
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	
Anexo A- (Autorização da Comissão de Ética para a Saúde, Administração Regional de Saúde do Alentejo).....	97
Anexo B- (Autorização da Comissão de Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre)	104
APÊNDICES	
Apêndice A (Guião da Entrevista).....	107
Apêndice B (Consentimento Informado)	110
Apêndice C (Matriz de Análise das Entrevistas).....	115

Apêndice D (Planos de Sessão de Educação para a Saúde "Cuidados de Higiene")	127
Apêndice E (Planos de Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos")	130
Apêndice F (Sessão de Educação para a Saúde "Cuidados de Higiene")	133
Apêndice G (Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos").....	141
Apêndice H (Flyer “Cuidados de Higiene”).....	169
Apêndice I (Flyer “Mobilizações e Posicionamentos”)	169
Apêndice J (Cronograma)	169
Apêndice L (Artigo Científico)	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1: Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde	23
Figura n.º 2: Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance [Traduzido]... 36	
Figura n.º 3: NUTSIII	38

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1: Apresentação de Resultados das Entrevistas	51
Quadro n.º 2: Objetivo específico, indicador de execução, atividade e meta.....	57
Quadro n.º 3: Grelha de Observação - Sessão de Educação para a Saúde: "Cuidados de Higiene".....	72
Quadro n.º 4: Grelha de Observação - Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos"	73
Quadro n.º 5: Registo de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde " Cuidados de Higiene".....	73
Quadro n.º 6: Registo de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos"	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1: Estratégia- Envolvimento de todos os elementos da equipa da UCC de Vendas Novas.....	63
Tabela n.º 2: Estratégia - Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, através de reunião com os profissionais de saúde da UCC	64
Tabela n.º 3: Estratégia- Observação participante na prestação de cuidados prestados pelos Cuidadores Informais, demonstração e ensinos em visitas domiciliárias	65
Tabela n.º 4: Estratégia- Sessões de Educação para a Saúde/Ensinos individuais	66
Tabela n.º 5: Estratégia- Disponibilização de informação escrita individualizada.....	67
Tabela n.º 6: Estratégia - Atualização da informação do Manual do Cuidador em uso na UCC.....	68

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório, cujo título é “Melhorar as Competências dos Cuidadores Informais”, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio Final, inserido no 2º ano/2º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, sob a orientação da Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas, professora na Universidade de Évora.

A realização do presente relatório tem o intuito de relatar o desenvolvimento e conclusões do estágio, através de uma reflexão crítica das atividades realizadas. O mesmo gera a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Desta forma, foi definido como objetivo geral: Apresentar as atividades desenvolvidas pela mestranda, através da análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública, durante o estágio. Foram estabelecidos como objetivos específicos: Descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final; Adquirir conhecimentos acerca do planeamento em saúde na promoção da saúde de indivíduos e comunidade; Adquirir conhecimentos acerca da metodologia científica qualitativa e Realizar uma reflexão crítica acerca dos conhecimentos obtidos ao longo do Estágio Final.

Temos vindo a assistir a uma mudança de paradigma no que diz respeito à população mundial, denotando-se um envelhecimento populacional progressivo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela dados que mostram que a população idosa ultrapassará, com uma relativa brevidade, a população total. Este envelhecimento da população deve-se a um aumento da população idosa, maior longevidade, diminuição da taxa de natalidade, melhores condições de vida e progressos da medicina.

Não se pode afirmar que o envelhecimento conduz à dependência, no entanto, sabe-se que o envelhecimento e a dependência existem lado a lado, visto que o processo de envelhecimento gera comorbidades e doenças que conduzem à dependência. Como afirma Sequeira (2018), pessoas com mais de 65 anos de idade têm pelo menos uma doença crônica e consequentemente diversos problemas concomitantes. É desta forma que surge a necessidade de cuidar do outro. Na maioria dos casos a família é o prestador de cuidados de eleição, surgindo assim o Cuidador Informal (CI). Quando este assume o papel de cuidador fica sujeito a sobrecarga, desgaste, stress e diversos desafios bons e menos bons, pelo que necessita de estar preparado e capacitado para tal. Os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros possuem um papel importante na identificação das necessidades destes cuidadores bem como na satisfação dos mesmos, mantendo um nível adequado de saúde e bem-estar do Cuidador Informal, conseguindo assim, garantir a continuidade dos cuidados prestados à pessoa dependente (Melo, Rua & Santos, 2014).

Vários autores mencionam e salientam a necessidade de uma revisão urgente nas políticas globais acerca do bem-estar físico e psicológico dos Cuidadores Informais, de forma a que sejam adotadas medidas que tenham como objetivo o sucesso deste grupo, reduzindo a sua fragilidade e sobrecarga (Maior & Leite, 2011).

Segundo Cruz Silva & Fernandes (2010), a intervenção do enfermeiro com o intuito da promoção do bem-estar tanto do Cuidador Informal como da pessoa dependente, deve incidir na análise das vivências destes, sendo de elevada relevância capacitar o Cuidador Informal para a obtenção de competências e habilidades para manter a pessoa dependente no domicílio. Desta forma, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública possui um papel e enorme importância na promoção do bem-estar da população e neste caso dos Cuidadores Informais, capacitando-os para obtenção de ganhos em saúde.

O Enfermeiro Especialista pode ser definido como aquele que detém “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem” (Regulamento nº.140/2019: 4744). Para isso tem que ser detentor de competências que “envolvem as dimensões de educação dos cliente e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança,

incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (Regulamento n.º.140/2019: 4744). No ramo da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública pretende-se o desenvolvimento de projetos/programas tendo como foco “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas” e “Envelhecimento”.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018: 19355, “tendo em conta a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.” O mesmo regulamento define como competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Estabelece, com base na metodologia de Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação dos Programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Regulamento n.º 428/2018, 2011: 19354).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem um papel essencial como elo de ligação com a comunidade. Este deverá conseguir reunir dados que lhe permitam prestar cuidados eficazes e eficientes, utilizando da melhor forma os recursos existentes, respondendo às necessidades específicas de determinada comunidade.

Desta forma, podemos denotar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deverá estabelecer, assente na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Para isso, deve integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Deve ainda realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º.428/2018: 19354).

Para que se consigam alcançar os resultados esperados para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é importante o recurso à metodologia do Planejamento em Saúde, como já foi referido anteriormente no presente relatório, que leva a alterações do comportamento da comunidade, obtendo-se ganhos em saúde. Assim, o estágio foi desenvolvido com base na metodologia do Planejamento em Saúde, respeitando todas as etapas definidas.

O estágio surge com a necessidade de incorporação de conhecimentos científicos no processo de formação em enfermagem. O objetivo final é a formação de profissionais com competências consolidadas para dar respostas aos desafios da profissão de Enfermagem. Podemos igualmente afirmar que o estágio pretende a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências de especialista e o aperfeiçoar de algumas capacidades do enfermeiro, nomeadamente, a de raciocínio e de resolução de problemas.

As evidências mostram-nos que o estágio é essencial na formação académica dos enfermeiros, conduzindo ao desenvolvimento do raciocínio crítico, da comunicação, liderança e tomada de decisão. Segundo Esteves, Cunha, Bohomol & Negri (2018: 1851), o estágio:

“ é um dos elementos fundamentais na formação académica de enfermeiros, pois possibilita a resignificação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, fomentando o desenvolvimento da capacidade de identificar problemas, de analisar criticamente os fatores que compõem a situação vivenciada e de propor soluções pautadas em referenciais da área.”

No âmbito da especialidade, pretende-se que com o estágio, o estudante desenvolva um percurso formativo usando a investigação, obtendo um todo articulado e coerente à aprendizagem clínica.

No final do estágio é suposto o enfermeiro, futuro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, ser dotado de fortes e consolidadas competências que levam a tomadas de decisão competentes e fundamentadas, conduzindo a cuidados de excelência.

O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Vendas Novas, onde se procedeu, num primeiro estágio, ao diagnóstico de situação (primeira etapa do planeamento em saúde), através do levantamento das necessidades, identificando-se como necessidade a capacitação dos Cuidadores Informais de doentes que recebem cuidados da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC. Chegámos assim ao tema do trabalho a ser realizado no estágio (projeto de intervenção na comunidade) “Melhorar as Competências dos Cuidadores Informais”. A escolha do tema foi realizada em conjunto com a Enfermeira supervisora e com a equipa da UCC, visto ser um tema atual, pertinente e constituir uma necessidade da UCC.

Posteriormente realizou-se o Estágio Final que decorreu no período de 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020, sob a orientação da Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas e a supervisão da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Gisela Lopes da UCC de Vendas Novas. Com a realização do Estágio Final foi possível praticar os conhecimentos adquiridos nos semestres anteriores do curso bem como o desenvolvimento de competências.

O Estágio Final teve como objetivos (conforme guia orientador fornecido pela escola): a) Conceber e planear projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado; b) Coordenar, dinamizar e participar em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; c) Avaliar projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; d) Elaborar um projeto de estágio realizando a apreciação de contexto, definição dos objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação e controlo e e) Elaborar um relatório sobre o processo de desenvolvimento do Estágio Final, fundamentando-o em termos técnico-científicos e apresentando sugestões de melhoria relativas à intervenção profissional.

É de referir que ao longo do estágio, foram desenvolvidas outras atividades, nomeadamente, integração e participação em projetos já implementados na UCC, como foi o caso de projetos na área da saúde escolar e da academia sénior.

Como já foi referido anteriormente, o presente relatório teve o objetivo de descrição e de reflexão crítica do processo desenvolvido durante o Estágio Final. Encontra-se dividido em oito capítulos. No primeiro capítulo é abordado o tema do planeamento em saúde e a sua relevância na prática da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O segundo e terceiro capítulos contêm os conceitos principais no que diz respeito ao envelhecimento e dependência, Cuidador Informal e modelo teórico que sustentou as intervenções realizadas. O quarto capítulo descreve a região e local de estágio. No quinto capítulo consta a descrição do estágio e as atividades desenvolvidas no decorrer do mesmo (suportando as etapas do planeamento em saúde), bem como a metodologia usada. O sexto capítulo é composto pela reflexão crítica da mestrandia em relação ao seu processo formativo bem como às competências adquiridas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e competências de Mestre. Por fim, surge a nota conclusiva, as referências bibliográficas que sustentaram o relatório, os anexos e os apêndices considerados pertinentes.

Para elaboração do presente relatório foram utilizadas as normas de referência bibliográfica do estilo American Psychological Association (APA) 6ª edição, as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos (2ª versão) do Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde e na redação do texto foi tido em conta o novo acordo ortográfico.

1. PLANEAMENTO EM SAÚDE

A saúde como um direito das populações, na história da Humanidade, é um facto relativamente recente devido à evolução histórica do conceito de saúde.

A partir dos finais do século XIX foi quando se verificou com maior clareza a necessidade dos Estados criarem organizações responsáveis pela saúde das pessoas. Estas instituições possuem o intuito de promover a saúde, prevenir e curar doenças, baseando-se num processo administrativo cuja função primordial é o planeamento (Tavares, 1990).

Na área da saúde planear pode ser entendido como um:

“processo contínuo de previsão de recurso e serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução(ões) óptima (s) entre várias alternativas, essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990: 29).

Imperatori e Giraldes (1982: 3) defendem que planeamento é um “conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das acções conducentes à transformação da realidade.”

Os mesmos autores realçam que o planeamento em saúde não se define apenas pelo planeamento dos serviços de saúde mas sim pelo envolvimento de todos os sectores que condicionam a saúde das populações, quer sejam económicos ou sociais. Definem então o planeamento em saúde como a racionalização do uso dos recursos escassos com o intuito de atingir os objetivos fixados para diminuir os problemas de saúde prioritários. Para isso, é necessário o envolvimento dos vários setores sócio-económicos.

Relativamente à necessidade de planeamento, Imperatori e Giraldes (1982) tal como Tavares (1990) enumeram algumas justificações, nomeadamente: Os **Recursos escassos** (assim devem ser usados o mais eficaz e eficiente possível, resolvendo o maior número de problemas de saúde ao mais baixo custo e com a maior eficácia); Intervir nas **Causas do problema** (para prevenir o seu reaparecimento); **Definir prioridades** (definir os problemas onde se deve intervir de forma mais intensiva); **Evitar intervenções isoladas** de uma área sem saber o que as outras áreas têm previsto; **Infra-estruturas** caras; **Equipamentos** que podem e devem ser polivalentes; **Competir com outras prioridades nacionais** (para isso são necessários planos claramente concebidos e justificados); **Progressos rápidos da Medicina** (necessidade de integrá-los na prestação de cuidados); uma maior **Complexidade tecnológica** (o que leva a uma maior especialização profissional).

Podemos afirmar que o planeamento em saúde tem como objetivo produzir mudanças no comportamento das populações. Ele modifica de forma consciente a situação de saúde da população, sendo esta mudança social dirigida (Imperatori & Giraldes, 1982).

Esta mudança social dirigida, com o intuito de um melhor estado de saúde, é efetivada através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, mudanças nos comportamentos das populações e através do planeamento, na educação em busca de mais conhecimento no processo de ensino/aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos (Tavares, 1990).

Podemos dizer que com o planeamento em saúde são obtidos ganhos em saúde através de uma correta identificação dos problemas existentes nas populações, bem como de uma correta definição de objetivos e prioridades e de uma correta gestão dos recursos dessa comunidade. Assim, os enfermeiros que trabalham na comunidade têm um papel importantíssimo na identificação dos problemas dessa comunidade, na definição de objetivos bem como de prioridades e no planeamento e execução de estratégias para reduzir/solucionar esses problemas, recorrendo aos recursos existentes na comunidade e posteriormente na avaliação de todo o processo. Por outras palavras, o Enfermeiro da Comunidade, em particular, na Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, deve recorrer ao processo de planeamento em

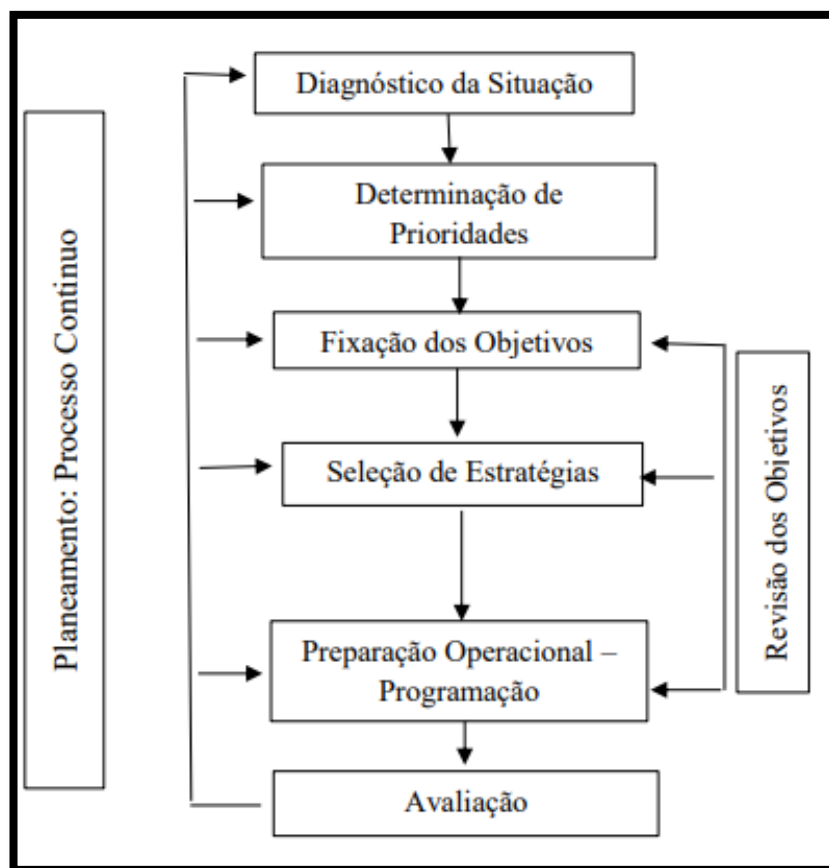
saúde como instrumento para a promoção de estilos de vida saudáveis (Imperatori & Giraldes, 1982).

O processo de planeamento inclui seis etapas, como defende Imperatori & Giraldes (1982) e Tavares (1990): Diagnóstico de situação, Determinação de prioridades, Fixação de objetivos, Selecção de estratégias, Preparação operacional e Avaliação.

Este processo é contínuo e dinâmico. Uma etapa nunca deve ser considerada completamente concluída, porque na etapa seguinte pode voltar-se à etapa anterior e obter mais informações que levem a refazê-la.

Conhecer as etapas do Planeamento em Saúde facilita a realização de intervenções corretas, conduzindo a elaboração de projetos eficientes vocacionados quer para problemas de saúde como para problemas dos serviços (Tavares, 1990).

Figura n.º 1: Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde



Fonte: (Imperatori & Giraldes, 1982)

A primeira etapa no processo de planeamento é o **Diagnóstico de situação** que deve ser alargado de modo a abranger o setor económico e social para identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes. Deve também ser aprofundado para explicar as causas do problema e ser sucinto e claro para que seja fácil de ler e apreender por todos. Nesta etapa devem ficar definidos “os principais problemas de saúde, entendidos estes fundamentalmente como situação de doença e medidas em termos de morbi-mortalidade” (Imperatori & Geraldès, 1982: 11).

Na segunda etapa do planeamento **Determinação das prioridades**, seleccionam-se os problemas de saúde que serão primariamente resolvidos, utilizando para isso critérios de várias ordens, nomeadamente, dimensão do problema, transcendência social e económica.

A terceira etapa do planeamento é a **Fixação de objetivos**, Imperatori & Geraldès (1982) define objetivo como o “enunciado do resultado desejável do problema alterando em princípio, a tendência da sua evolução”. Os mesmos autores defendem que para a avaliação de resultados é fundamental a fixação de objetivos quantificados, sendo assim de enorme importância que sejam definidos cuidadosamente e de modo realista.

A quarta etapa do planeamento define-se como a **Seleção de estratégias** onde se procede à escolha de técnicas específicas para atingir um objetivo. Imperatori & Geraldès (1982) defendem que nesta etapa deverão também ser delineadas estratégias alternativas para um mesmo objetivo, onde conste uma estimativa de custos, avaliação e adequação de recursos. Se os recursos forem insuficientes, deve voltar-se à fase anterior do planeamento e rever os objetivos.

A quinta fase do planeamento é a **Elaboração de programas e projetos** onde se analisam as atividades necessárias à realização das estratégias para atingir o/os objetivo/os. Deve ter-se sempre em conta o estudo dos custos do programa e seu financiamento, visto que este facto pode conduzir a uma revisão das fases anteriores do planeamento, para adequar os recursos necessários aos existentes.

A sexta etapa do planeamento é a **Preparação da execução**, onde se afirma a responsabilidade de execução das entidades envolvidas, no entanto, deve existir um único serviço como responsável principal, tal como defende Imperatori & Geraldès (1982). Nesta etapa definem-se calendários e cronogramas.

A última etapa do planeamento é a **Avaliação**. Segundo Imperatori & Geraldès (1982) nesta etapa identificam-se os principais indicadores de controlo de execução, quer sejam financeiros quer materiais. A avaliação será a curto prazo e realizada “através dos indicadores de atividades que serviram para fixar metas e a avaliação a médio prazo será a que se faz em relação aos objetivos fixados em termos de indicadores do impacto (Imperatori & Geraldès, 1982: 12)

Quando a etapa de avaliação estiver terminada, é necessário regressar ao diagnóstico de situação de forma a poder atualizá-lo, afirmando-se assim o planeamento em saúde como um processo dinâmico e contínuo (Imperatori & Geraldès, 1982).

2. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Nos últimos tempos temos vindo a assistir a uma mudança de paradigma no que diz respeito à população. Esta mudança é assumida como consequência de quedas acentuadas da taxa de fertilidade, diminuição da taxa de natalidade, aumento da esperança média de vida, bem como dos progressos da Medicina e a existência de melhores condições de vida, nomeadamente, socioeconómicas. Todos estes aspetos conduziram ao aumento da longevidade da população e consequentemente ao envelhecimento demográfico em todo o mundo (OMS, 2015).

Tal como afirmam Pimentel, Lopes & Faria (2016: 165) “face às alterações demográficas que vivemos atualmente, com implicações significativas ao nível económico, social e cultural, bem como no papel da população idosa assume na sociedade, o envelhecimento está na ordem do dia”.

Segundo a OMS (1999) citado por Sequeira (2018), em 2050 nos países desenvolvidos a população idosa ultrapassará dois terços da população total. Relativamente a Portugal, e de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o envelhecimento demográfico continua a aumentar, sendo a idade média da população portuguesa de 44,2 anos. Ainda segundo dados do INE (2017), entre 2015 e 2080, o número de idosos em Portugal passará de 2,1 para 2,8 milhões. Devido ao decréscimo da população jovem e ao aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais que duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens em 2080.

O conceito de envelhecimento sofreu várias alterações de acordo com atitudes, crenças, culturas, conhecimentos e relações sociais, ao longo do tempo (Sequeira, 2018).

De acordo com a OMS, o idoso dos países desenvolvidos pode ser definido como a pessoa com 65 ou mais anos de idade. Já segundo Sequeira (2018), o envelhecimento está relacionado com um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que acontecem ao longo do ciclo vital.

Partindo deste pressuposto, com a progressão no ciclo vital o envelhecimento vai desenvolver-se a par com alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas. Tal como defendem Pimentel, Lopes e Faria (2016: 21) “ O envelhecimento caracteriza-se essencialmente pela ocorrência de perdas à medida que a idade avança tornando os indivíduos mais vulneráveis ao surgimento de patologias de vária ordem”.

O envelhecimento a nível biológico está associado a alterações internas que acontecem no organismo devido a mudanças de alguns órgãos vitais, nomeadamente, coração, fígado, pulmões e rins, e também às alterações que acontecem no metabolismo basal, levando a uma diminuição da capacidade funcional (Sequeira, 2018).

Podemos então dizer que o envelhecimento biológico está associado a variados danos moleculares e celulares e ao longo do tempo, esses mesmos danos conduzem a uma perda gradual nas reservas biológicas e a um aumento de suscetibilidade de contrair doenças, nomeadamente, acidentes vasculares cerebrais, diabetes mellitus, entre outras, que condicionam a sua independência e autonomia.

Também a nível cerebral vão ocorrer alterações, levando a um declínio de alguns sistemas sensoriais como os órgãos dos sentidos, principalmente a visão e a audição, o que condiciona o contacto com o meio ambiente, dificulta ações do quotidiano e constitui-se como um problema na prestação de cuidados e no estabelecimento de relações (Sequeira, 2018).

Para além da parte biológica, o envelhecimento engloba também outras alterações significativas. Contudo, as alterações biológicas e corporais acabam por influenciar outras alterações, visto que o envelhecimento, e tal como afirma Sequeira (2018: 22) “é um processo dinâmico e complexo”.

No que diz respeito ao envelhecimento psicológico, deve avaliar-se o equilíbrio entre as limitações e potencialidades do idoso, desta forma, reduzem-se as perdas que ocorrem durante o envelhecimento. O envelhecimento psicológico está dependente de vários fatores, nomeadamente, genéticos e ambientais, bem como da maneira que cada um o vivência. É então de realçar a importância de manter um idoso ativo e com atividades significativas, de forma a manter o equilíbrio psicológico (Sequeira, 2018).

Como afirma Sequeira (2018: 22) “ A forma como cada um se vê e se sente inserido, com as suas características peculiares, é fundamental na sua interação com o meio e, conseqüentemente, na obtenção de um maior ou menor grau de satisfação e bem-estar”.

Assim, há que considerar o envelhecimento e a velhice, não como algo negativo, mas encará-los como uma fase privilegiada da vida. Neste sentido, deve existir um investimento na promoção, prevenção da doença e no diagnóstico precoce para que se possa prolongar a vida com autonomia e independência sempre tendo em conta o bem-estar do idoso, contribuindo ainda para o autoconceito e a auto-estima de cada idoso. (Sequeira, 2018)

Não podemos deixar de realçar que é da responsabilidade de todos, nomeadamente, das entidades governamentais, profissionais de saúde e da própria sociedade, garantir condições e promover um envelhecimento digno e com qualidade.

2.2. DEPENDÊNCIA

Segundo Pimentel, Lopes & Faria (2016), o aumento da longevidade das populações pode ser encarado como progresso e por outro lado como uma exigência e um desafio que as sociedades atuais enfrentam para lidar com o que o envelhecimento populacional comporta.

De acordo com Sequeira (2018), dois desses desafios são o da saúde e o da prestação de cuidados. A saúde, na medida em que esta condiciona o envelhecimento normal da pessoa e a

prestação de cuidados, na medida em que com o envelhecimento há uma maior probabilidade de doença, logo maior dependência, levando à necessidade de cuidados.

O conceito de dependência pode ser definido como “incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas” (Sequeira, 2018: 3). Segundo o mesmo autor, o conceito de dependência engloba três fatores: uma limitação física, psíquica ou intelectual; incapacidade da pessoa na realização das suas atividades de vida diárias (AVD's) e necessidade de ajuda de outra pessoa. Quando surge uma dependência, dá-se um processo complexo que engloba várias dimensões e pode acontecer devido a várias causas. A dependência pode acontecer de uma forma inesperada ou de uma forma gradual. Seja de que forma for, provoca alterações significativas na vida da pessoa bem como dos que estão à sua volta.

Segundo dados do INE (2017), supõe-se que o índice de dependência em 2050 atinja os 57.8%, significando que mais de metade dos idosos se encontra numa situação de dependência. Ainda de acordo com dados do INE (2017), podemos verificar que o índice de dependência dos idosos poderá mais do que duplicar entre 2017 e 2080, passando de 33 para 71 idosos por 100 pessoas potencialmente ativas.

No que diz respeito ao índice de dependência dos jovens, este poderá aumentar de 21,4 em 2017 para 23,1 em 2080. Relativamente à dependência total, em 2017 foi de 55 e em 2080 deverá ser de 94.

3. O CUIDADOR INFORMAL

3.1. O CUIDAR DO OUTRO

Por tudo o que foi exposto anteriormente, quando surge a dependência surge a necessidade de cuidar da pessoa dependente, visto que passa a existir comprometimento da satisfação das necessidades humanas básicas, necessitando da ajuda de terceiros para suprimir essas necessidades.

De acordo com Sequeira (2018), o número de pessoas dependentes e idosos que irão necessitar de cuidados, irá aumentar de forma exponencial nos próximos tempos devido a fatores como o envelhecimento da população (pessoas com mais de 80 anos de idade, grupo onde se verifica maior dependência); maior longevidade e progressos da medicina que levam a uma maior taxa de sobrevivência de pessoas com doenças ou acidentes graves. Surge assim a necessidade de cuidar da pessoa dependente, na maioria das vezes, a família é quem assume a responsabilidade de cuidar. A família surge como um elemento essencial na assistência e manutenção da pessoa dependente no seu contexto habitual (Sequeira, 2018). Desta forma, torna-se relevante apoiar estas famílias para que o cuidar de uma pessoa dependente não se transforme em algo mau, mas sim numa situação agradável e prazerosa.

O cuidar é um conceito inato e essencial ao ser humano. O processo de cuidar é um processo natural, contudo, revela-se de uma enorme importância e magnitude podendo provocar impactos muito relevantes.

O cuidar do outro envolve inúmeros acontecimentos. Tal como defende Cachada (2014: 33) “Cuidar pressupõe uma relação entre duas pessoas, este pode ser estabelecido de várias formas, com uma enorme variedade de sentimentos associados, sendo que cada adulto é um potencial cuidador.”

De acordo com Sequeira (2018), o cuidar do outro pode recair sobre diversas áreas, tendo em conta as necessidades de cada pessoa dependente. E são estas necessidades que vão ditar a frequência e intensidade do cuidado.

Podemos afirmar que o cuidar pode ter repercussões positivas ou negativas. Há que atuar perante os Cuidadores Informais para que o ato de cuidar não se torne em algo penoso.

3.2. CUIDADOR INFORMAL

A sociedade tem como dever manter a dignidade do idoso bem como da pessoa dependente, mantendo o bem-estar dos mesmos (Sequeira, 2018)

Temos vindo a observar que há uma manifestação de vontade individual e até da sociedade em manter a pessoa dependente ou idosa no domicílio. Nestas situações, os cuidados são prestados por uma pessoa sem formação académica/formal em cuidados de saúde, podendo não existir um rigor técnico e científico, mas existindo um valor simbólico e humano, englobando vínculos afectivos (Sequeira, 2018).

Na prestação deste tipo de cuidados podem distinguir-se dois tipos: o cuidado formal e o cuidado informal. O cuidado formal pode ser entendido como o cuidado que é “executado por profissionais devidamente qualificados (...) os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel e que estão integrados no âmbito de uma atividade profissional” (Sequeira, 2018: 167). Há ainda a referir que este tipo de cuidados é renumerado.

Por seu lado, o cuidado informal pode ser definido como aquele prestado, essencialmente, no domicílio e que normalmente é assumido pela família, amigos ou vizinhos. Este tipo de cuidados não é renumerado (Sequeira, 2018).

É neste sentido que surge o Cuidador Informal que tem um papel essencial na prestação de cuidados à pessoa dependente. Na maioria das vezes a família é quem assume a responsabilidade de cuidar. A família surge como um elemento fundamental na assistência e manutenção da pessoa dependente no seu contexto habitual (Sequeira, 2018).

Segundo um estudo de Sequeira de 2007, citado por Sequeira (2018), a adoção deste papel de cuidador teve como principais razões: iniciativa própria, decisão familiar, ser a única pessoa que podia cuidar e por solicitação da pessoa dependente.

Constatamos assim que existem vários fatores que conduzem ao desempenho do papel de cuidador. Na literatura não existe, tal como afirma Martins (2016), uma definição teórica suficientemente clara e fundamentada de Cuidador Informal. Este facto deve-se a que o conceito de Cuidador Informal tenha vindo a ser definido numa visão mais prática e de acordo com o contexto, com as características ou problemáticas das pessoas cuidadas. No entanto, encontram-se algumas descrições de Cuidador Informal, mas na sua maioria, todas salientam o facto de os cuidados prestados por estes serem cuidados do tipo informal, cuidados sem formação específica, sem remuneração, prestados por familiares (na sua maioria), com o intuito da satisfação das necessidades básicas da pessoa dependente (Nicolau, 2018).

Também Sequeira (2018) define os cuidados prestados pelo Cuidador Informal como os cuidados que são realizados sem preparação e não remunerados. Outra definição possível de Cuidador Informal é a referida por Pires (2018: 3) “É cuidador aquele que cuida de uma pessoa que apresenta algum tipo de patologia que cause dependência. É informal aquele cujos cuidados não são realizados tendo em consideração qualquer tipo de contrapartida.”

Em Portugal, no ano de 2019 foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal e segundo este, o Cuidador Informal principal pode ser definido como:

“ o conjugue ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufere qualquer

renumeração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Lei nº. 100/2019: 9)

Segundo Sequeira (2018) existem três requisitos no que diz respeito aos cuidadores: iniciativa, responsabilidade e autonomia. Associados a estes requisitos encontram-se três competências do Cuidador Informal: informação, mestria e suporte. De acordo com o mesmo autor, a competência de informação relaciona-se com o saber, sendo uma competência cognitiva centrada “no saber como aprender, adquirir e/ou desenvolver o conhecimento” necessário ao cuidar (Sequeira, 2018: 183). Relativamente à competência mestria, relaciona-se com o saber-fazer. Com esta competência pretende-se que o cuidador informal “desenvolva perícias e mestria na prestação de cuidados” (Sequeira, 2018: 185). A terceira competência, suporte, centra-se no saber-ser-apoio, isto é, no desenvolvimento pessoal “envolvendo o saber- relacionar-se e o saber- cuidar-se” (Sequeira, 2018: 186).

De acordo com Sequeira (2018), os Cuidadores Informais são maioritariamente adultos com idades superiores a 40 anos de idade, mulheres, domésticas, com baixo nível de escolaridade, desempregadas e/ou reformadas. Normalmente são esposas ou filhas. O mesmo autor salienta que a função do Cuidador Informal é importantíssima, visto que a sua atuação irá ter implicações a nível económico, social e humano. Desta forma, as políticas de saúde não devem sobrevalorizar esta questão.

De acordo com Teixeira et al (2017), o número total de pessoas que proporciona algum tipo de cuidado poderá ascender aos 125 milhões em toda a Europa. O valor estimado anual dos serviços prestados pelos cuidados dos familiares, apenas a idosos, calcula-se que ascende a 375 biliões de dólares. Estima-se que 9.6 milhões de familiares proporcionam cerca de 35 horas semanais de cuidados, constatando-se que em determinados estados membros europeus, o valor estimado de prestação de cuidados informais, ultrapassará o conjunto de todas as despesas para com os cuidados formais, segundo o relatório *Caring and Post Caring in Europe* (European Commission, 2010) citado por Teixeira et al (2017).

Tendo em conta todos estes factos, o cuidado informal pode ser encarado como gerador de vantagens para a sociedade como um todo, quer em termos sociais, económicos quer humanos.

Sequeira (2018: 346) afirma que,

“o reconhecimento de que os cuidadores são agentes fundamentais na prestação de cuidados de saúde aos idosos com dependência de longo prazo deve constituir uma prioridade para as políticas de saúde, atendendo ao envelhecimento demográfico da população portuguesa e ao aumento da prevalência das doenças crónicas associadas a uma maior longevidade, de modo a que quem cuida não fique por cuidar.”

3.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR – MODELO TEÓRICO

Cuidar da pessoa que cuida é muito importante. Não deve cair em esquecimento a outra face da moeda do cuidar. Há que ter em consideração que a pessoa que cuida é um ser único, com as suas próprias particularidades, características, potencialidades e necessidades.

A intervenção do enfermeiro deve incidir na promoção do bem-estar tanto do Cuidador Informal como da pessoa dependente, devendo focar-se na análise das vivências destes e no facto de que é de enorme importância capacitar o cuidador informal para a obtenção de competências e habilidades para manter a pessoa dependente no domicílio.

Quando surge a necessidade de cuidar de uma pessoa dependente, o cuidador torna-se cuidador de uma forma inesperada, não se encontrando, na sua maioria, preparado para tal. Logo aqui existe a necessidade de o apoiar e acompanhar. Devemos salientar que os Cuidadores Informais necessitam de reestruturar toda a sua forma de viver para poderem

prestar o cuidado à pessoa dependente (Souza et al., 2015). Este período de transição para o papel de cuidador é de enorme importância.

Segundo Sequeira (2018: 176), “ a transição para o exercício do papel do cuidador é um processo complexo que envolve muitas variáveis de forma interativa, ou seja, com influência mútua, e, conseqüentemente, com valores preditivos diferentes, em função do cuidador, da pessoa dependente e do contexto em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados.”

A Teoria das Transições foi desenvolvida pela enfermeira e cientista Afaf Meleis, na década de 1960. Para o desenvolvimento da teoria, Afaf Meleis investigou o planejamento familiar e os processos que este envolve, incidindo o seu interesse nas intervenções que facilitam o processo de transições e as transições não saudáveis (Guimarães & Silva, 2016).

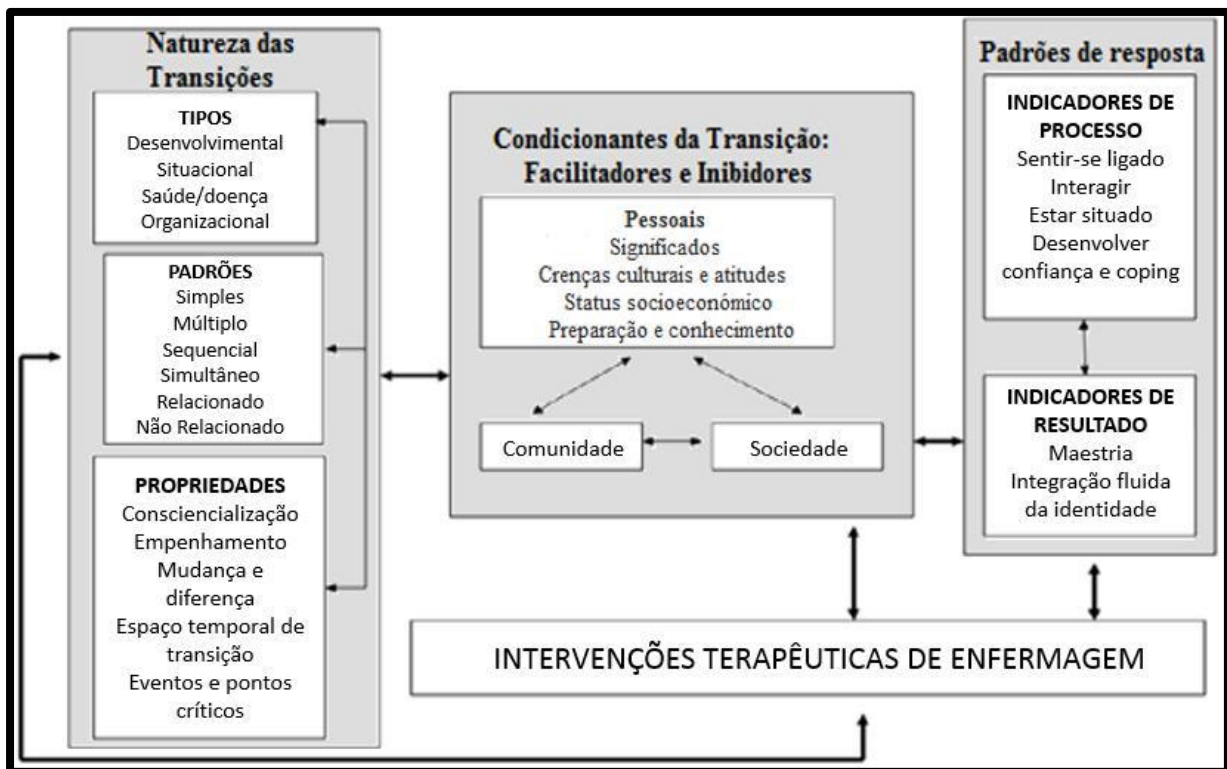
Mais tarde, dedicou-se a investigar situações de transição: “o tornar-se mãe, a experiência da menopausa, o diagnóstico de doença congênita no filho, a migração transnacional e o tornar-se cuidador de família” (Guimarães & Silva, 2016: 1).

Os resultados das investigações levaram à criação do modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis.

De acordo com Meleis (2000) citado por Canhoto (2018: 22), “ para compreender as experiências vividas pelos indivíduos durante as transições é necessário conhecer as condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável, ou seja, a reformulação da sua identidade, o domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos”.

Sendo o enfermeiro um agente essencial no processo de transição é de enorme importância que os enfermeiros conheçam e apliquem a Teoria das Transições de Meleis (Figura 2), nomeadamente, com grupos como os Cuidadores Informais.

Figura n.º 2: Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance [Traduzido]



Fonte: (Guimarães & Silva, 2016)

Segundo Guimarães & Silva (2016), a Teoria das Transições é formada “pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem.”

As transições resultam de fenómenos de mudança, seja na saúde, ambiental, relacional, entre outras. Também as transições geram mudança que para ser entendida é necessário realizar a identificação dos seus efeitos e significados.

4. ANÁLISE DO CONTEXTO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A região Alentejo, em termos territoriais é a maior região de Portugal, compreende uma área total de 31.551 Km² (Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2014). O Alentejo é demarcado a norte pela região centro, a este pela Espanha, a oeste pelo oceano Atlântico e pela região de Lisboa e a Sul pelo Algarve. Pode dizer-se que o Alentejo é formado por cinco NUTSIII (Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos), 58 municípios e 392 freguesias (Censos, 2011).

Em 2011, a população da região Alentejo era de 757302, representando 7.2% da população do país. A maioria desta população era formada por mulheres, 390563, contrastando com 3666739 homens.

Figura n.º 3: NUTSIII



Fonte: Pordata, 2013

A cidade de Vendas Novas situa-se no distrito de Évora. Localiza-se na transição entre a península de Setúbal e a lezíria do Ribatejo e o Alentejo Litoral. A sua área compreende 222.5 Km² e divide-se em duas freguesias, Vendas Novas, sede de concelho com 152.85 Km² e Landeira com 69.55 Km².

A população do concelho encontra-se distribuída pelos aglomerados urbanos, Vendas Novas, Landeira, Piçarras, Afeiteira, Bombel, Marconi, Nicolaus, Moinhola e Monte Outeiro.

O concelho de Vendas Novas é privilegiado pela sua localização, visto ser próxima e de fácil acesso a Lisboa e aos portos marítimos de Setúbal e Sines.

Relativamente ao clima, pode dizer-se que o concelho de Vendas Novas apresenta um clima mediterrânico e continental. Mais uma das características atraentes deste concelho.

Devido ao clima, localização geográfica e condições de acessibilidade, tem vindo a assistir-se a um aumento do investimento privado no concelho de Vendas Novas, nomeadamente, a implementação de indústria e de serviços, levando a um aumento populacional.

Relativamente a equipamentos e respostas sociais no concelho de Vendas Novas, segundo informação da Câmara Municipal de Vendas (2013), existem várias:

- ADL – Associação de Desenvolvimento Local “Porta do Alentejo”- Campo de Férias Não Residenciais, Academia Sénior e Igualdade de Género;
- AICVN – Associação de Intervenção Comunitária de Vendas Novas- Apoio Domiciliário e Rastreios de saúde;
- Associação de Solidariedade Social “25 de Abril”- Jardim de Infância, Creche, Apoio Domiciliário e Lavandaria Social;
- Associação de Solidariedade Social “Os Amigos da Landeira”-ATL, Centro de Dia, Jardim de Infância, Apoio Domiciliário e Creche;
- Associação de Solidariedade Social “Renacer” de Bombel- Centro de Convívio, ATL e Creche;
- Casa do Povo de Vendas Novas- Centro de Dia; Apoio Domiciliário; Lar de Idosos- Centro de Convívio dos Reformados, Pensionistas e Idosos do Concelho de Vendas Novas – CCRPICVN- Centro de Convívio;
- Centro Distrital de Solidariedade Social de Évora – Serviço Local de Vendas Novas- Atendimento / Acompanhamento Social;
- Salesianos de Vendas Novas- CATL. (Centro de Atividades de Tempos Livres), Campos de férias não residenciais, Projeto Solsal (Solidariedade Salesiana), Cáritas, Atendimento e Acompanhamento e Banco Alimentar;
- CERCIMOR- Intervenção Precoce, Centro de Recursos para a Área Educativa (CRAE), Centro de Reabilitação Profissional, Centro de Apoio Ocupacional (CAO) e Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP);
- CONSIGO – Cooperativa de Ensino e Solidariedade Social- Creche;
- Lar de Betânia (Lar de Acolhimento para crianças e jovens);

- Liga dos Combatentes - Apoio Social aos Ex-Combatentes e seus familiares;
- Santa Casa da Misericórdia de Vendas Novas- Lar de Idosos, Centro de dia; Apoio domiciliário, Apoio domiciliário integrado, Creche, Unidade de Apoio Integrado e Atendimento / Acompanhamento Social.

No que diz respeito aos grupos etários da população residente no concelho de Vendas Novas, verifica-se um crescimento da população a partir dos 60 anos de idade, com regressão a partir dos 75 anos. Verifica-se ainda um decréscimo da população nos grupos etários mais jovens entre os 15-30 anos, e embora menos acentuado, no grupo dos 50-60 anos de idade.

É de realçar que no concelho de Vendas Novas se observa um considerável aumento do índice de dependência dos jovens, bem como do índice de dependência dos idosos. Há ainda a assinalar o aumento do índice de longevidade que indica o aumento de esperança de vida, aspecto que acompanha a tendência nacional e mundial.

Segundo dados Pordata (2017), existem 11381 habitantes no Concelho de Vendas Novas, constituindo cerca de 51.4% da densidade populacional.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DA UCC DE VENDAS NOVAS

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) compreendeu a reorganização local dos cuidados, nomeadamente, no que diz respeito às Unidades de Saúde Familiares (USF), reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), levando ao desaparecimento da estrutura intermédia formada pelas sub-regiões de saúde. Desta forma surgiram os ACES que incluem USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). (Miguel & Sá, 2010)

O Centro de Saúde (CS) de Vendas Novas faz parte do ACES Alentejo Central. Possui uma USF, UCC, UCSP e uma extensão de Saúde de Landeira.

A UCC de Vendas Novas iniciou funções a 6 de Abril de 2010 e a 30 de Outubro de 2015. A UCC (local onde se realizou o estágio) é uma das unidades funcionais do CS de Vendas Novas e possui autonomia funcional, organizacional e técnica para a prestação de cuidados ao utente, família e comunidade. Esta unidade possui equipas de intervenção comunitária que trabalham com utentes, grupos e comunidades em diversos contextos, tendo como base o Plano Nacional de Saúde (PNS), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e orientações estratégicas delineadas pela Administração Regional de Saúde Alentejo (ARSA) e do ACES Alentejo Central.

Segundo Laranjo (2018), os objectivos da presente UCC são:

- Contribuir para melhorar o estado de saúde da população da área de intervenção da unidade, com o objectivo de ganhos em saúde;
- Promover, ao longo do ciclo vital, um contexto propício à saúde;
- Desenvolver e implementar acções e métodos e trabalho com o objectivo de melhorar os cuidados prestados ao utente, família e comunidade.

A missão da UCC encontra-se definida como “ contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim de um modo direto para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” (Laranjo, 2018)

Por seu lado, a visão da UCC é:

“a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física ou funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados” (Laranjo, 2018: 6-7)

Os valores da UCC são definidos como os necessários para assegurar

“respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade, às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida e rege-se pelos princípios: cooperação, solidariedade, trabalho de equipa, autonomia assente na autoorganização funcional e técnica, articulação efetiva com as Unidades Funcionais do Centro de Saúde, tendo por base normativos internos do ACES” (Laranjo, 2018: 7)

As linhas orientadoras e organizacionais da UCC de Vendas Novas são orientação para o utente e família; política de qualidade; política de comunicação, transparência e ética, unidade formativa, políticas das parcerias e princípio de competência e responsabilidade.

O plano de acção da UCC de Vendas Novas engloba: apresentação/constituição da equipa, a caracterização da população/área geográfica, população ponderada da área de influência da UCC e programas da carteira de serviço.

A equipa da UCC é formada por oito enfermeiras, uma assistente técnica, uma assistente operacional, duas médicas de clínica geral, uma técnica de serviço social, uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma nutricionista.

O horário de funcionamento da unidade é das 8h às 20h de segunda-feira a sábado. Domingos e feriados a unidade funciona das 9h às 13h. O atendimento telefónico e presencial na sede, faz-se das 9h às 16h de segunda-feira a sexta-feira.

O acesso aos serviços da UCC pode ser efectuado pelo utente, família e comunidade. Relativamente À RNCCI, o acesso é realizado pela Equipa de Coordenação Local (ECL) após referência pelas Equipas de Gestão de Alta (EGA) e pelas USF e UCSP.

A UCC de Vendas Novas procede a uma personalização dos utentes, visto que estes podem contactar (nos horários estabelecidos) a equipa através do telemóvel próprio. A unidade assegura também a continuação dos cuidados, na medida em que os utentes em ECCI têm assegurados os cuidados de enfermagem 365/6 dias por ano.

A equipa da UCC com o objectivo de discutir casos, a continuidade de cuidados e actualização de informação, realiza uma reunião de serviço mensal, na última sexta-feira de cada mês.

Relativamente à área geográfica de influência, a UCC de Vendas Novas tem como área de actuação a que corresponde à área total do concelho. Inclui os aglomerados urbanos- Vendas Novas, Landeira, Piçarras, Bombel, Afeiteira, Nicolaus e Marconi- numa área de 222.5 Km².

Dados fornecidos pelo Sistema De Informação Para Unidades De Saúde (SINUS) em Setembro de 2015, citados no plano de acção da UCC de Vendas Novas (2016), revelam que a população inscrita no CS de Vendas Novas é de 11139. Pode ainda verificar-se que na faixa etária ≥ 75 anos encontra-se o maior número de pessoas inscritas no CS que é de 1619 pessoas.

A UCC engloba os seguintes programas/projectos: Coordenação da UCC, RNNCI-coordenação da ECL, RNNCI- ECCI, Saúde Escolar, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Intervenção Precoce do Concelho de Vendas Novas, Preparação para o Nascimento e parentalidade, Dias de Saúde e Comunidade, Mais Viver, Mais Aprender (Academia Sénior, Envelhecimento Ativo), Rede Social, Núcleo Local de Inserção do Concelho de Vendas Novas e Farmácia.

5. ESTÁGIO

5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No que diz respeito à pessoa dependente, há que ter em conta a importância de manter a sua qualidade de vida, processo em que o contributo do Cuidador Informal é essencial. “Estes constituem um grupo de extrema importância na prestação de cuidados ao idoso dependente, com necessidades de incentivo e de ajuda, nas situações em que sentem dificuldades” (Sequeira, 2018: 162).

Tal como defende Sousa (2012: 99) “À falta de retaguarda crescem dificuldades para quais os cuidadores não estão preparados física e psicologicamente”. Desta forma, e tal como afirma Sequeira (2018: 190), “É imprescindível que o cuidador, à semelhança do idoso (dependente), seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação”.

Tendo em conta a literatura analisada, podemos constatar que na maioria dos estudos realizados com Cuidadores Informais, foram destacadas como sendo as suas necessidades as seguintes: a nível do suporte informal, do suporte formal, do apoio financeiro, da formação/conhecimento e do reconhecimento do papel de Cuidador Informal através de políticas sociais (Pereira, 2018); Necessidades acerca do uso adequado da mecânica do corpo (transferências, mobilizações), gestão de medicação e gestão de comunicação e emoções (Martinez, Cardona e Gomez-Ortega, 2016); Necessidades de informação (conhecimentos, habilidades e recursos potenciais) e estratégias de enfrentamento e bem-estar (Neves et al.,

2017); Necessidades de aprendizagem e treino para desenvolverem determinadas habilidades relacionadas com o seu papel (Fernandes & Ângelo, 2016).

Em suma, é possível identificar evidência científica sobre as principais necessidades dos Cuidadores Informais: necessidades de informação e comunicação, aprendizagem e treino para desenvolverem estas habilidades emocionais, interpessoais e sociais (Alves, 2018).

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

O diagnóstico de situação constitui-se como o primeiro passo do planeamento em saúde. É a partir da definição do diagnóstico de situação que se torna possível o início de atuação. O diagnóstico de situação deve corresponder às necessidades de saúde de determinada população e é a concordância entre o diagnóstico de saúde e as necessidades da população que determina a pertinência do plano, programa e/ou atividade (Imperator & Giraldes, 1982).

Segundo Tavares (1990), o diagnóstico de saúde deve ser alargado, aprofundado, sucinto, rápido, claro e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento. Todas estas características contribuíram para a “Resolução ou minimização de problemas de saúde ou para a optimização ou aumento da eficiência dos serviços prestadores de cuidados” (Tavares, 1990: 51).

É nesta etapa inicial do planeamento em saúde que serão definidos os problemas, seja de forma qualitativa ou quantitativa, determinam-se prioridades, apontam-se causas prováveis e seleccionam-se recursos e grupos intervenientes. Esta fase engloba então a recolha de dados objetiva e qualitativa (Ruivo et al., 2010).

No projeto desenvolvido, o diagnóstico de situação baseou-se numa entrevista informal aos elementos da equipa da UCC, realização de pesquisa bibliográfica e de indicadores demográficos, conduzindo à temática dos Cuidadores Informais, pois este é considerado um grupo em crescimento e que cada vez mais precisa de intervenção por parte dos profissionais de saúde.

Segundo a OMS (1999) citado por Sequeira (2018), em 2050, nos países desenvolvidos, a população idosa ultrapassará dois terços da população total. Relativamente a Portugal, e de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) o envelhecimento demográfico continua a aumentar sendo a idade média da população portuguesa de 44.2 anos. Ainda segundo dados do INE devido ao decréscimo da população jovem e ao aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, em 2080.

É de evidência reconhecida que as pessoas mais dependentes são, na sua grande maioria, pessoas com mais idade. Desta forma, é importante realçar que segundo dados do INE, o índice de dependência de idosos poderá mais do que duplicar entre 2017 e 2080.

O concelho de Vendas Novas insere-se nestes dados, verificando-se um crescimento da população a partir dos 60 anos de idade e um decréscimo da população nos grupos etários mais jovens entre os 15-30 anos de idade. É ainda de realçar que o concelho de Vendas Novas se observa um considerável aumento do índice de dependência dos jovens e dos idosos (Pordata, 2017).

Tendo em conta todos estes dados, é evidente que existe a necessidade de cuidar da pessoa dependente, dando uma maior visibilidade ao papel do Cuidador Informal.

No decorrer do Estágio I desenvolvido no contexto de uma UCC, foram desenvolvidas algumas atividades, nomeadamente a visita domiciliária através da ECCI, onde foi possível comprovar os dados de múltiplos estudos já desenvolvidos. Pode verificar-se que a maioria dos Cuidadores Informais eram também eles idosos e com necessidades e falta de recursos visíveis, pelo que se torna emergente atuar perante esta realidade.

De acordo com os dados fornecidos pelo último Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados -1º semestre 2019, no que diz respeito aos motivos de referenciação a dependência da AVD e o ensino utente/Cuidador Informal, foram os principais motivos, 90% e 91%. Em relação à caracterização dos utentes, o mesmo relatório refere que é uma população com idade superior a 65 anos de idade. A população com idade superior a 80 anos representa 51.9% da total, o valor mais elevado até ao momento (ACSS, 2019).

5.2. METODOLOGIA

Para a realização do diagnóstico de situação foi realizada um estudo de abordagem qualitativa junto dos Cuidadores Informais, sendo utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada dirigida aos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas, para identificação das suas necessidades, com a finalidade de colmatar essas mesmas necessidades do Cuidador Informal, capacitando-o para este papel.

5.2.1. Recrutamento da População-alvo

A amostra foi definida, sendo a mesma formada pelos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC que aceitaram participar, inscritos entre outubro e dezembro de 2019. Assim, efetuaram-se entrevistas a nove Cuidadores Informais.

5.2.2. Instrumento de Recolha de Dados

Para a elaboração da entrevista foi construído um guião (Apêndice A) que teve como base de construção o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidar (CADI) na população portuguesa de Sequeira.

No instrumento de recolha de dados utilizado, a entrevista, foram definidas cinco dimensões: 1- Caracterização do contexto do cuidar; 2- Aspectos que provocam stress no Cuidador Informal/ Identificação de necessidades do Cuidador Informal; 3- Conhecimento acerca de apoios; 4- Papel e relação entre Cuidador Informal, pessoa dependente e profissional de saúde e 5- Atividades.

5.2.3. Questões Éticas

É de realçar que ao longo de todo o processo, as questões éticas foram sempre respeitadas.

Foram apresentados aos Cuidadores Informais o projeto e os objetivos do mesmo. O referido projeto foi previamente autorizado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo Central, com parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo A) e pela Comissão de Protecção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre (Anexo B).

Foram ainda apresentados aos Cuidadores Informais os objetivos da entrevista, solicitando a sua concordância em participar através da assinatura do consentimento informado (Apêndice B), ficando cada Cuidador Informal com a cópia desse documento.

5.2.4. Análise de Conteúdo

Os dados das entrevistas foram trabalhados sob a forma de dados agregados. Para a realização da análise de conteúdo recorreu-se a uma estratégia de categorização de cariz indutivo, sendo que após a identificação das unidades de registo, estas foram dispostas em subcategorias e de seguida em categorias (Apêndice C).

Relativamente à primeira dimensão “**Caracterização do contexto do cuidar**” foi definida a subcategoria “Intervalo de tempo” e a categoria “Duração do Cuidado”, resultante da questão “Há quanto tempo cuida da pessoa dependente?”. Três Cuidadores Informais prestam cuidados à pessoa dependente entre um a cinco anos, três dos cuidadores de seis a dez anos, dois cuidadores de onze a quinze anos e um cuidador presta cuidados há mais de quinze anos.

Ainda dentro da dimensão “**Caracterização do contexto do cuidar**” foram definidas as subcategorias: “Cansaço Físico”, “Cansaço Psicológico”, “Cansaço Físico e Psicológico” e “Sente-se bem”; e a categoria “Stress”, resultante da questão “Como se sente no papel de Cuidador?”. Cinco dos Cuidadores Informais referem cansaço físico, um cansaço psicológico, dois referem os dois tipos de cansaço físico e psicológico e um cuidador refere sentir-se bem neste papel.

Por fim, no que diz respeito à dimensão “**Caracterização do Contexto do Cuidar**” foram definidas cinco subcategorias: “Higiene pessoal e Vestuário”, “Mobilidade”, “Eliminação”, “Comer e beber” e “Manutenção de um ambiente seguro”. Foi também definida a categoria “Atividades de Vida Diárias”. Para tal utilizou-se a questão: “Que cuidados presta à pessoa dependente?”. Sete dos Cuidadores Informais (a maioria) refere participar ou executar a Higiene Pessoal e Vestuário, seis cuidadores referem a AVD Comer e beber, quatro referem a Mobilidade, quatro a Eliminação e dois a Manutenção do ambiente seguro.

Passando para a segunda dimensão **“Aspetos que provocam stress no Cuidador Informal”** foram definidas cinco subcategorias: “Higiene pessoal e Vestuário”, “Mobilidade”, “Eliminação”, “Sono alterado” e Fatores psicológicos.” Foi então definida a categoria “Necessidades/Agentes de stress”. As questões que levaram à criação destas subcategorias e categoria foi: “Em que área da prestação de cuidados sente mais necessidade” e “Quais as dificuldades que sente ao cuidar da pessoa dependente.” Ambas as questões têm o objetivo de inquirir acerca das necessidades dos Cuidadores Informais, que também podem se encaradas como agentes causadores de stress do cuidador. Sete dos Cuidadores Informais refere a Higiene pessoal e Vestuário como a maior dificuldade, dois referem a Mobilidade, outros dois cuidadores referem a Eliminação, um cuidador refere o Sono alterado e outro cuidador Fatores psicológicos.

A terceira dimensão designa-se por **“Conhecimento acerca de apoios”** e nela foi definida uma subcategoria “Conhecem os apoios existentes no concelho” e uma categoria “Apoios”. A questão utilizada foi “Sabe quais os apoios que existem disponíveis no concelho?”. Todos os Cuidadores Informais referem conhecer os apoios disponíveis no concelho, no entanto, mencionam que não pretendem recorrer de momento aos mesmos, por questões financeiras ou porque não sentem essa necessidade.

No que diz respeito à quarta dimensão **“Papel e relação entre Cuidador Informal, pessoa dependente e profissional de saúde”**, definiram-se duas subcategorias: “Equipa de saúde como apoio para o Cuidador Informal” e “Equipa de saúde sem interferência no Cuidador Informal”; e uma categoria “Confiança na equipa de saúde”. Para tal usou-se a seguinte questão: “De que forma os profissionais de saúde podem ajudar a colmatar as suas necessidades?”. Sete dos Cuidadores Informais indicam que se sentem à vontade com os profissionais de saúde e que quando surgem dúvidas ou dificuldades recorrem aos mesmos. Dois dos cuidadores referem não sentir necessidade de interferência da equipa de saúde.

A quinta e última dimensão é designada de **“Atividades”** e nela definiram-se quatro subcategorias: “Não poder sair de casa”, “Não ter distração com outras atividades”, “Atividades de grupo” e “Atividades individuais”. Foram também definidas duas categorias:

“Vida social afetada” e “Atividades de lazer”. Foram usadas duas questões: “A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar da pessoa dependente?” e “Quais as atividades que lhe dão prazer e que não tem realizado por ser cuidador e que gostava de realizar?”. Sete dos cuidadores mencionam que o facto de não poderem sair de casa é um prejuízo para a sua vida social. Por outro lado, seis dos cuidadores referem que a sua vida social é prejudicada por não terem distração com outras atividades, para além de cuidar da pessoa dependente.

Quadro n.º 1: Apresentação de Resultados das Entrevistas

Como se sente no papel de Cuidador?	
▪ Cansaço físico	E1 ur1, E2 ur1, E6 ur1, E8 ur1, E9 ur1
▪ Cansaço psicológico	E3 ur2
▪ Cansaço físico e psicológico	E4 ur3, E5 ur3
▪ Sente-se bem	E7 ur4
Que cuidados presta à pessoa dependente?	
▪ Higiene Pessoal e Vestuário	E1 ur5, E2 ur5, E3 ur5, E4 ur5, E5 ur5, E7 ur5, E9 ur5
▪ Mobilidade	E2 ur6, E3 ur6, E4 ur6, E8 ur6
▪ Eliminação	E2 ur7, E3 ur7, E4 ur7, E7 ur7
▪ Comer e Beber	E1 ur8, E2 ur8, E3 ur8, E5 ur8, E6 ur8, E7 ur8
▪ Manutenção do Ambiente Seguro	E1 ur9, E8 ur9
Em que área dos cuidados sente mais necessidade/dificuldade?	
▪ Higiene Pessoal e Vestuário	E1 ur10, E2 ur10, E3 ur10, E4 ur10, E5 ur10, E7 ur10, E9 ur10
▪ Mobilidade	E3 ur11, E8 ur11
▪ Eliminação	E4 ur12, E7 ur12
▪ Sono alterado	E6 ur13
▪ Fatores psicológicos	E7 ur14
Sabe quais os apoios que existem disponíveis no Concelho?	
▪ Sabem que existem,	

mas não usam nem conhecem profundamente	Todos os entrevistados, ur15
De que forma os profissionais de saúde podem ajudar a colmatar as suas necessidades?	
▪ Referem que os profissionais de saúde atuam nas suas necessidades	E1ur16, E4ur16, E5ur16, E6ur16, E7ur16, E8ur16, E9ur16
▪ Referem que os profissionais de saúde não atuam nas suas necessidades	E2ur17, E3ur17
A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar da pessoa dependente? e Quais as atividades que lhe dão prazer, que não tem realizado por ser Cuidador e que gostava de realizar?	
▪ Isolamento Social (não poder sair de casa)	E1ur18, E2ur18, E3ur18, E4ur18, E5ur18, E8ur18, E9ur18
▪ Ausência de formas de distração	E1ur19, E3ur19, E4ur19, E5ur19, E6ur19, E7ur19

Fonte: Elaborado pela autora

5.2.5. Análise Reflexiva sobre os Resultados

Numa análise dos resultados obtidos, verifica-se que os Cuidadores Informais participam nas atividades de vida diárias da pessoa dependente, sendo a mais realizada a Higiene pessoal e Vestuário, sendo esta referida também como a mais geradora de stress por parte do cuidador, sendo vista como a atividade em que o Cuidador Informal sente mais necessidade e dificuldade. Verifica-se também que os Cuidadores Informais referem, na sua grande maioria, o cansaço como resultado do seu papel, sendo este físico, psicológico ou ambos. Podemos ainda verificar que a vida social dos cuidadores é ou foi afetada devido ao seu papel de cuidador, seja pelo facto de não poderem sair de casa (isolamento social) ou pelo facto de não conseguirem ter outro tipo de distração.

Os resultados a que chegámos corroboram os dados encontrados na literatura analisada.

Floriano, Azevedo, Reiners & Sudré (2012) afirmam que o cuidado desenvolvido pelo Cuidador Informal da pessoa em condição de dependência para as suas atividades de vida, possui algumas características próprias, pois é uma atividade que leva a importantes mudanças no cotidiano desses cuidadores, e estas podem gerar sobrecarga física, emocional ou social. Também Martinez, Cardona e Gomez-Ortega (2016), referem que os Cuidadores Informais estão expostos a mudanças na sua vida pessoal, familiar, laboral e social, que têm efeitos negativos tanto na saúde física como mental, a denominada sobrecarga.

Sequeira (2018) considera que as repercussões associadas ao cuidar de um idoso dependente se relacionam com três contextos: do idoso dependente, do cuidador e do meio. Tendo em conta estes fatores, o mesmo autor afirma que “Cuidadores Informais com conhecimentos sobre a doença, com capacidade de intervenção e com uma boa perceção de auto-eficácia, estão em melhores condições para contribuir para o bem-estar do idoso dependente e encontram-se menos vulneráveis ao aparecimento de sobrecarga” (Sequeira, 2018: 205).

A sobrecarga do cuidador pode ser de ordem física (esforço físico ao cuidar da pessoa dependente) e de ordem psicológica, emocional e financeira.

Tendo em conta todos estes aspetos, vários autores referem que deve existir uma revisão urgente nas políticas globais acerca do bem-estar físico e psicológico dos Cuidadores Informais, de forma a que sejam adotadas medidas que tenham o objetivo do sucesso deste grupo, reduzindo a sua fragilidade e sobrecarga (Garbaccio & Tonaco, 2019).

É de salientar que não deve cair em esquecimento a outra face da moeda do cuidar, não se deve esquecer que quem cuida também é uma pessoa única, com as suas particularidades, características, potencialidades e necessidades. Desta forma, é importante formar os Cuidadores Informais para além dos cuidados à pessoa dependente, é também necessário dotá-los de informação acerca da forma como devem gerir o cuidado consigo mesmos (Castro et al., 2016).

Com base nos resultados obtidos foram identificados problemas e necessidades com grande ênfase na capacitação do Cuidador Informal.

5.3. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Com base nos resultados obtidos com o diagnóstico de situação realizado, identificaram-se os seguintes problemas:

- Elevado índice de envelhecimento da população, grau de dependência e doenças crónicas associadas;
- Cansaço do Cuidado Informal;
- Deficit de conhecimento/capacidade na execução de actividades de vida diárias à pessoa dependente;
- Vida social afetada.

Podemos verificar que os problemas identificados corroboram os dados apresentados por autores com estudos na área. Alguns estudos recentes confirmam, nomeadamente, o estudo de Andrade et al. (2019), o envelhecimento populacional, bem como o aumento do grau de dependência e de doenças crónicas associadas. Confirma-se também que o cansaço é uma das repercussões mais frequentes que surge no contexto do cuidar, bem como o deficit de conhecimentos do cuidador perante a realidade do cuidar do outro e ainda a diminuição de contactos com a rede social como prejuízo para o cuidador.

Devemos ter sempre em conta que para cuidar do outro, quem cuida tem que estar apto para tal e tem que se sentir apto para tal. O Cuidador Informal deve estar capacitado e sentir-se confortável e seguro no papel de cuidador. Desta forma, é essencial cuidar de quem cuida (Sequeira, 2018).

5.4. NECESSIDADES DETERMINADAS

Segundo Imperatori & Giraldes (1982: 36), as necessidades de saúde “podem ser reais (identificadas pelo investigador) ou sentidas (que podem ou não ser expressas pelos indivíduos e/ou comunidades analisadas).”

Como tal, foram identificadas como necessidades:

- Deficit de formação do Cuidador Informal;
- Cansaço do Cuidador Informal.

5.5. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A selecção de prioridades, segunda etapa do planeamento em saúde consiste na ordenação dos problemas de acordo com o seu grau de importância. É orientado pelo diagnóstico de situação e por sua vez determina a fase seguinte do planeamento em saúde que é a criação de objectivos.

Esta etapa pode ser definida como um processo de tomada de decisão, com o intuito de uma pertinência dos planos, uso eficiente de recursos e optimização dos resultados para a implementação de um projecto. Constitui-se portanto, na procura do problema que deve ser solucionado em primeiro lugar. Esta etapa deve ser a mais objectiva possível (Tavares,1990).

Após a identificação dos problemas e determinadas as necessidades, priorizaram-se os problemas de saúde e agruparam-se, no sentido de dar uma resposta eficaz, considerando prioritário direccionar a nossa atenção para a capacitação dos Cuidadores Informais para o cuidado e para a diminuição da vulnerabilidade do Cuidador Informal para o cansaço físico e psicológico.

A realização do estágio permitiu ir ao encontro das prioridades determinadas no decorrer da visita domiciliária no contacto com a amostra.

5.6. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos constitui-se como a terceira etapa do planeamento em saúde. Segundo Imperatori & Giraldes (1982), esta etapa é essencial porque é através de uma correta e quantificada fixação de objetivos que se poderá realizar uma avaliação dos resultados obtidos com a implementação do plano em causa.

De acordo com Tavares (1990: 136) fixar objetivos é “definir exatamente para onde se vai. A forma como se lá chega é parte integrante da seleção de estratégias, etapa seguinte do processo de planeamento.”

Tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, com base no diagnóstico de situação, nas necessidades identificadas e nas prioridades definidas, definiu-se o objetivo geral:

- Promover a capacitação dos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas, até dezembro de 2020.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Aumentar os conhecimentos dos Cuidadores Informais para a prestação de cuidados à pessoa dependente;
- Implementar medidas e procedimentos que visem reduzir o cansaço do Cuidador Informal;

- Informar e formar acerca de estratégias que visam a manutenção de uma vida social saudável;
- Melhorar os conhecimentos sobre redes de apoio na comunidade.

De seguida, é apresentada uma tabela onde constam os indicadores de execução, atividade e meta para cada objetivo definido.

Quadro n.º 2: Objetivo específico, indicador de execução, atividade e meta

Objetivo Específico	Indicador de Execução	Atividade	Metas
Aumentar os conhecimentos dos CI para a prestação de cuidados à pessoa dependente	Elaborar 2 sessões individuais de EpS	- Realização de sessões individuais de EpS; - Realização de folhetos informativos/formativos.	- Que 5 dos CI participem nas sessões individuais de EpS; - Entrega de folhetos informativos.
Implementar medidas e procedimentos que visem reduzir o cansaço do CI	Número de intervenções realizadas aos CI/ Número total de CI x 100	Realização de visita domiciliária para observação participante na prestação de cuidados, demonstração e ensinamentos individuais.	Que 5 dos CI adquiram conhecimentos acerca dos cuidados.
Informar e formar acerca de estratégias que visam a manutenção de uma vida social saudável	Número de CI que mantém ou inicia uma atividade extra cuidados/ Número de CI x 100	Fornecer estratégias para gestão de tempo, de forma a manter ou iniciar atividades extra aos cuidados à pessoa dependente	Que 5 dos CI mantenham ou iniciem uma atividade extra aos cuidados à pessoa dependente.
Melhorar os conhecimentos sobre redes de apoio na comunidade	Realizar pesquisa acerca de respostas sociais, resumindo informação acerca dos apoios sociais existentes no concelho.	Melhorar o Manual de Apoio ao Cuidador, existente na UCC.	- Enumerar todos os apoios existentes no concelho; - Complementar informação acerca de respostas sociais e apoios, no manual de apoio ao Cuidador, usado na UCC.

Fonte: Elaborado pela autora

5.7. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A selecção de estratégias é a quarta etapa do planeamento em saúde. Nesta fase pretende-se definir o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários. A definição de estratégias deve ser inovadora e criativa de forma a propor novas formas de actuar para atingir os objectivos fixados e inverter a tendência da evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Desta forma, foi importante realizar uma pesquisa relativamente ao que já foi realizado noutros locais ao que diz respeito à mesma problemática, com o intuito de tentar melhorar essas estratégias ou construir estratégias inovadoras.

Pretende-se então, com o estabelecimento das presentes estratégias atingir os objectivos fixados.

É de realçar que para o êxito do projecto seja essencial que se estabeleçam estratégias que envolvam todos os intervenientes. É de enorme importância que todos os envolvidos se sintam incluídos e motivados para participar no projecto. É essencial envolver os parceiros no projecto mantendo-os a par de todo o seu desenvolvimento, para que se sintam parte do mesmo, tendo sempre como base a responsabilidade de cada uma das partes.

Assim, foram seleccionadas as seguintes estratégias:

a) Envolvimento de todos os elementos da equipa da UCC de Vendas Novas;

Para obter o envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC foi importante o apoio da Enfermeira supervisora que através de reuniões formais e informais possibilitou uma melhor interação da equipa e facilitou todo o processo.

b) Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, através de reunião com os profissionais de saúde da UCC;

Para tal, realizou-se a apresentação do projecto de intervenção comunitária e a divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, através de reuniões com os profissionais de saúde da UCC.

c) Observação participante na prestação de cuidados prestados pelos Cuidadores Informais, demonstração e ensinamentos individuais em visita domiciliária;

Para a realização desta estratégia, foi efectuada a análise das entrevistas (identificação de necessidades dos Cuidadores Informais), a revisão da literatura e intervenções ao nível da visita domiciliária. As intervenções foram no sentido da observação directa da prestação de cuidados e demonstração de procedimentos acerca das necessidades anteriormente identificadas.

d) Sessões individuais de Educação para a Saúde (EpS);

Nas sessões de EpS (ensinamentos individuais) foram transmitidas informações sobre as temáticas identificadas como necessidades dos Cuidadores Informais (também identificadas na literatura).

Esta estratégia adoptada de transmissão de informação (EpS/ensinamentos individuais) é considerada uma estratégia eficaz e de baixo custo e os enfermeiros reconhecem a sua importância neste tipo de intervenção (Testo net al., 2018).

Neste sentido, realizaram-se sessões de EpS/ensinamentos individuais sobre autocuidados, mais especificamente acerca da “Higiene pessoal e vestuário” e “Mobilidade”, tendo sido estas as consideradas prioritárias, correspondendo às necessidades dos Cuidadores Informais, bem como das necessidades identificadas na revisão da literatura.

Realizaram-se planos de sessão de EpS (Apêndice D) com a planificação das acções, utilizando-se o método expositivo e demonstrativo (utilizou-se PowerPoint) e para validação da aquisição de conhecimentos foi realizada observação directa (recorrendo a tabela de observação) e entrevista/diálogo com os cuidadores de modo a aferir o que tinham apreendido e onde ainda existiam necessidades e/ou dúvidas.

e) Disponibilização de informação escrita e individualizada;

Foi disponibilizada informação individualizada, de acordo com as necessidades identificadas naquele Cuidador Informal, também em suporte papel com o objetivo de o Cuidador Informal ficar com recursos para a prestação de cuidados.

f) Actualização da informação do manual de apoio ao cuidador em uso na UCC;

Por ultimo, esta estratégia visa complementar o manual de apoio ao cuidador já existente na UCC. O objetivo foi fornecer informação através de conteúdos que o Cuidador Informal possa consultar facilmente, informação de apoio a todos os níveis, nomeadamente prestação de cuidados, actividades de vida diárias, estratégias para conseguir uma vida social activa e saudável e ainda acerca de apoios sociais.

Para a realização das estratégias seleccionadas baseamo-nos na teoria das Transições de Meleis. De acordo com Meleis (2000) citada por Canhoto (2018: 23), “O processo de transição caracteriza-se por ser único, diverso e complexo com múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo. As transições podem ser resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambiente.”

Segundo Meleis (2000) citado por Guimarães & Silva (2016: 3-4), “Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, encontra-se na direcção de saúde e bem-estar, ou na direcção de vulnerabilidade e riscos.”

De acordo com Costa (2016), as transições são importantes na enfermagem devido às consequências que causam na saúde dos utentes. De modo a evitar a instabilidade, o enfermeiro deve possuir padrões de respostas em vez de respostas individuais e de conseguir reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade nas transições. Por outras palavras, o enfermeiro deve identificar transições saudáveis através da resposta da pessoa à transição, através de indicadores de processos ou de indicadores de resultados. Por outro lado, podemos afirmar que a capacidade da pessoa desenvolver novas competências é necessária para que se dê uma transição saudável.

Todas as nossas intervenções se basearam nestes pressupostos, como tal, primeiro foi tido em conta que a transição para o papel de cuidador provoca situações de vulnerabilidade e instabilidade, o que foi possível verificar também junto do grupo de Cuidadores Informais em

causa. De seguida, verificámos que no grupo de Cuidadores Informais em causa, a maioria assumiu o papel de cuidador através de uma transição de tipo desenvolvimental e/ou saúde/doença, nomeadamente, por velhice ou por doença crónica da pessoa cuidada. Verificámos que o padrão da natureza da transição, na maioria foi sequencial e relacionada com fatores de doença. Quanto às propriedades da natureza das transições podemos constatar no grupo em causa que foram de consciencialização, empenhamento, mudança e pontos críticos. No que diz respeito às condicionantes da transição para o papel de Cuidador Informal, neste grupo, verificámos a presença de condicionantes pessoais, crenças culturais e falta de preparação e conhecimento.

Tendo em conta todos estes fatores e tendo também em conta o importante papel do enfermeiro no processo de transição para o papel de Cuidador Informal, as intervenções estabelecidas foram realizadas no sentido de facilitar o processo de transição bem como fornecer fortes alicerces para que esta transição se efetue e mantenha com sucesso.

As intervenções realizadas foram então no sentido de capacitar o cuidador para o seu papel de Cuidador Informal no sentido de este se sentir bem nesse papel e capaz de o realizar, assumindo a transição como uma transição saudável. Para tal, optámos por realizar observação participante na prestação de cuidados à pessoa dependente, no decorrer das visitas domiciliárias, bem como sessões de ensinamentos individuais/EpS acerca de temas em que os cuidadores mostraram mais dificuldades e necessidades, fornecendo ainda informação escrita para que o cuidador ficasse com recursos para os seus cuidados.

No final verificámos padrões de resposta dos Cuidadores Informais, nomeadamente, maior confiança, estratégias de coping (indicadores de processo) e integração fluída da sua identidade enquanto Cuidador Informal (indicador de resultado).

5.8. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Segundo Imperatori & Giraldes, depois de definidas as estratégias mais adequadas a seguir, terá que se passar para a próxima fase do planeamento, sendo esta a formulação de programas e projectos.

Nesta etapa distinguimos programa de projecto. Programa pode ser definido como “conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requer a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridas pelo mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1982: 85).

Por seu lado projecto pode definir-se como “uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1982: 86).

Neste pressuposto, pretendeu-se o desenvolvimento de um projecto de intervenção na comunidade desenvolvido com Cuidadores Informais de utentes em ECCI, incidindo na identificação de necessidades dos Cuidadores Informais. Este projecto teve por finalidade colmatar essas mesmas necessidades do cuidador, capacitando-o para este papel através do planeamento, implementação e avaliação de um projecto de intervenção comunitária, recorrendo à metodologia do planeamento em saúde.

5.9. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Segundo Imperatori & Giraldes (1982: 115) a etapa de preparação da execução tem um intuito “manter a interacção entre as diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever

recursos, facilitar em suma a realização das actividades.” Ainda segundo os mesmos autores, a preparação da execução engloba o estudo pormenorizado das actividades necessárias à execução das estratégias delineadas.

Estes autores destacam também a importância da realização de um esquema cronológico das estratégias e actividades programadas. Desta forma, foi realizado um cronograma de forma a facilitar o planeamento da execução (Apêndice E).

De seguida, são apresentadas tabelas de forma a simplificar a apresentação, que descrevem para cada estratégia quem, quando, onde, como, objetivos a alcançar e recursos.

Tabela n.º 1: Estratégia- Envolvimento de todos os elementos da equipa da UCC de Vendas Novas

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
<ul style="list-style-type: none">● Enfermeira Mestranda;● Enfermeiras da UCC;● Médica da UCC;● Assistente Social da UCC	<ul style="list-style-type: none">● 9 de outubro de 2019	<ul style="list-style-type: none">● Sala de Reuniões da UCC	<ul style="list-style-type: none">● Método Ativo/ Reunião	<ul style="list-style-type: none">● Sala de Reuniões;● Computador;● Meios Audiovisuais

Fonte: Elaborado pela autora

Realizou-se a apresentação do projeto a toda a equipa multidisciplinar da UCC, de forma a todos ficarem a par do pretendido com o projeto, para que todos pudessem partilhar opiniões e experiências que pudessem ajudar e facilitar a implementação do projeto. Desta forma, todos se sentiram úteis e integrados no projeto.

Tabela n.º 2: Estratégia - Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, através de reunião com os profissionais de saúde da UCC

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermeira Mestranda; ● Enfermeiras da UCC; ● Médica da UCC; ● Assistente Social da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> ● 23 de outubro de 2019 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sala de Reuniões da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> ● Método Ativo/ Reunião 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sala de Reuniões; ● Computador; ● Meios Audiovisuais

Fonte: Elaborado pela autora

Para chegarmos ao diagnóstico de situação utilizou-se a metodologia qualitativa, recorrendo ao uso do instrumento de colheita de dados, a entrevista. Esta é considerada como o principal método de colheita de dados em investigação, quando se utiliza o método qualitativo. A entrevista é vista como uma forma de comunicação verbal entre duas pessoas, o entrevistado que faculta informações, e o entrevistador que recebe informações (Fortin, 2009).

Aquando da divulgação dos resultados do diagnóstico de situação foi possível reunir opiniões e sugestões por parte dos profissionais de saúde da UCC, para fortalecer o projeto no seu todo, nomeadamente, nas intervenções implementadas, sendo estes profissionais bem conhecedores das populações que usufruem dos cuidados da UCC, nomeadamente, os Cuidadores Informais.

Tabela n.º 3: Estratégia- Observação participante na prestação de cuidados prestados pelos Cuidadores Informais, demonstração e ensinios em visitas domiciliárias

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermeira Mestranda; ● Enfermeira Supervisora. 	<ul style="list-style-type: none"> ● outubro a dezembro de 2019 	<ul style="list-style-type: none"> ● Domicílio dos Utentes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Observação; ● Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Domicílio dos utentes; ● Computador; ● Cama; ● Almofadas; ● Cadeira; ● Creme hidratante; ● Produtos de higiene; ● Luvas; ● Carro; ● Recursos financeiros suportados pela mestranda.

Fonte: Elaborado pela autora

No período que decorreu entre outubro e dezembro de 2019, procederam-se a visitas domiciliárias para observação participante na prestação de cuidados à pessoa dependente.

Tabela n.º 4: Estratégia- Sessões de Educação para a Saúde/Ensinos individuais

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermeira Mestranda; ● Enfermeira Supervisora. 	<ul style="list-style-type: none"> ● outubro a dezembro de 2019 	<ul style="list-style-type: none"> ● Domicílio dos Utentes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Domicílio dos utentes; ● Computador; ● Cama; ● Almofadas; ● Cadeira; ● Creme hidratante; ● Produtos de higiene; ● Luvas; ● Carro; ● Recursos financeiros suportados pela mestranda.

Fonte: Elaborado pela autora

Realizaram-se sessões de EpS/Ensinos individuais aquando das visitas domiciliárias, acerca da “Higiene Pessoal e Vestuário” e “Mobilidade” a sete Cuidadores Informais (os que aceitaram participar). Cada sessão foi realizada em visita domiciliária em dias diferentes.

Tabela n.º 5: Estratégia- Disponibilização de informação escrita individualizada

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermeira Mestranda; 	<ul style="list-style-type: none"> ● outubro a dezembro de 2019 	<ul style="list-style-type: none"> ● Domicílio dos Utentes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Domicílio dos utentes; ● Computador; ● Papel; ● Impressora; ● Internet ● Recursos financeiros suportados pela Mestranda

Fonte: Elaborado pela autora

Foram apresentados, no final de cada sessão, flyers (Apêndice H e Apêndice I) com informações acerca dos temas abordados. O flyer foi apresentado e explicado. Foram ainda tiradas dúvidas acerca dos temas. Cada cuidador ficou com os respetivos flyers.

Tabela n.º 6: Estratégia - Atualização da informação do Manual do Cuidador em uso na UCC

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermeira Mestranda; 	<ul style="list-style-type: none"> ● outubro a dezembro de 2019 	<ul style="list-style-type: none"> ● UCC 	<ul style="list-style-type: none"> ● Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Computador; ● Papel; ● Impressora; ● Internet ● Recursos financeiros suportados pela Mestranda

Fonte: Elaborado pela autora

Considerou-se importante realizar a actualização do Manual de Apoio ao Cuidador já existente na UCC, complementando a informação que este continha.

Para a realização das estratégias anteriormente descritas, foi necessário a realização de uma revisão da literatura, servindo esta também como base para o enquadramento teórico e como base do artigo científico realizado (Apêndice F). Segundo (Fortin, 2009: 87), a Revisão da Literatura “apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação (...) ajuda a perceber o alcance dos conceitos em jogo, as relações que os unem e os métodos empregados para os estudar”.

5.10. AVALIAÇÃO

De acordo com Tavares (1990), a avaliação deverá ser precisa e pertinente. Esta tem o intuito de realizar uma verificação contínua do desenvolver de um projeto. Podemos afirmar que a avaliação tem a “função de determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990: 205) segundo o mesmo autor, a avaliação é a etapa do planeamento em saúde que confronta os objetivos e as estratégias, ao nível da adequação.

Como referido anteriormente no presente trabalho, foi estabelecido como objetivo geral: “Promover a Capacitação dos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI de UCC de Vendas Novas, até dezembro de 2020”. E quatro objetivos específicos para os quais foram estabelecidas metas de modo a verificar se os objetivos foram alcançados.

- **Aumentar os conhecimentos dos Cuidadores Informais para a prestação de cuidados à pessoa dependente;**

A meta para o presente objetivo era que cinco dos Cuidadores Informais participassem nas sessões individuais de EpS e que no final de cada sessão fosse entregue um flyer (Apêndice H e Apêndice I) informativo acerca dos temas apresentados.

- **Implementar medidas e procedimentos que visem reduzir o cansaço do Cuidador Informal;**

A meta para o presente objetivo era que cinco dos Cuidadores Informais adquirissem conhecimentos acerca dos cuidados.

- **Informar e formar acerca de estratégias que visam a manutenção de uma vida social saudável;**

Sendo a meta para este objetivo que cinco dos Cuidadores Informais mantenham ou iniciem atividades extra cuidados à pessoa dependente.

- **Melhorar os conhecimentos sobre redes de apoio na comunidade;**

A meta para este objetivo era complementar a informação acerca de respostas sociais e apoio existentes no concelho, no manual de apoio ao cuidador usado na UCC.

De forma atingir as metas dos objetivos estabelecidos, foram realizadas visitas domiciliárias o que proporcionou estar presente no momento da prestação de cuidados por

parte do Cuidador Informal à pessoa dependente, podendo verificar “in locus” a realidade daqueles cuidadores. Este facto facilitou todo o processo.

Durante as visitas domiciliárias foi possível observar diretamente a prestação de cuidados, as condições para tal, denotar as dificuldades e necessidades, bem como propor estratégias facilitadoras e tirar dúvidas.

No decorrer das visitas domiciliárias foi debatido com os Cuidadores Informais a importância de manter uma vida social ativa. Podemos verificar que a maioria dos cuidadores não tinha nenhuma atividade extra cuidados à pessoa dependente. Na sua maioria o cuidado à pessoa dependente ocupava todo o seu interesse e tempo. Tal como é encontrado nalguns estudos, nomeadamente no de Souza et al. (2015), os Cuidadores Informais acabam por se privar de tempo de lazer, de exercer uma atividade laboral, o que conduz a um sacrifício da sua vida pessoal, bem como da sua saúde física, emocional e social.

Desta forma, tornou-se importante realçar aos cuidadores a importância de manter contactos sociais e atividades extra cuidados à pessoa dependente. Porque só um cuidador que esteja bem e em pleno pode ser um cuidador eficiente e eficaz.

Foi debatido com os Cuidadores Informais o facto de que antes de cuidar da pessoa dependente, o cuidador deve cuidar de si próprio e ter em conta o seu bem-estar físico e emocional e psicológico, porque só desta forma se consegue reduzir o risco de fragilidade do seu papel de Cuidador Informal. Embora tivesse sido um tema muito debatido com os cuidadores estes mostraram-se, na sua grande maioria, renitentes a realizarem outra atividade que não seja o cuidado à pessoa dependente. Desta forma, a meta do objetivo “Informar e formar acerca de estratégias que visam a manutenção de uma vida social saudável”, não foi atingida, visto que apenas três dos Cuidadores Informais mantiveram ou iniciaram uma atividade extra cuidados à pessoa dependente.

Durante as visitas domiciliárias foi também disponibilizada informação escrita (através de flyers e do manual de apoio ao cuidador), nomeadamente, acerca de cuidados à pessoa

dependente e acerca de apoios sociais existentes no Concelho. Desta forma, os cuidadores ficam na sua posse com informação escrita para consultarem posteriormente e tirarem dúvidas. Assim, podemos considerar a meta do objetivo “Melhorar os conhecimentos sobre redes de apoio na comunidade”, como atingido.

Ainda durante as visitas domiciliárias, foram realizadas sessões individuais de EpS subordinadas aos temas “Cuidados de Higiene” e “Mobilizações e Posicionamentos”, tendo em conta que foram estas as duas atividades de vida diárias mais executadas pelos Cuidadores Informais e nas quais estes referiram mais dificuldades e necessidades.

No que diz respeito à sessão sobre “Cuidados de Higiene”, foram estabelecidos como objetivos, que os Cuidadores Informais: reconhecessem a importância dos cuidados de higiene pessoal à pessoa dependente na prevenção de complicações circulatórias, lesões cutâneas, infeção e conforto da pessoa dependente; conseguissem caracterizar o processo de higiene pessoal da pessoa dependente; identificassem estratégias para providenciar o conforto e bem-estar da pessoa dependente e do Cuidador Informal e que identificassem estratégias que facilitassem a prestação de cuidados de higiene pessoal à pessoa dependente.

Relativamente à sessão de EpS acerca de “Mobilizações e Posicionamentos” foram estabelecidos como objetivos, que o Cuidadores Informais: reconhecessem a importância da mobilização da pessoa dependente na prevenção de complicações músculo-esqueléticas e úlceras por pressão; caracterizassem o processo de posicionamentos e mobilizações da pessoa dependente e identificassem estratégias para promover o conforto e bem-estar da pessoa dependente e do Cuidador Informal.

Podemos verificar que sete dos Cuidadores Informais aceitaram participar nas sessões individuais de EpS.

Ambas as sessões foram realizadas através do método expositivo e demonstrativo. As sessões dividiram-se em dois momentos, sendo o primeiro momento um momento teórico, seguido de um momento prático. Recorreu-se ao uso de materiais próprios de modo a

demonstrar a sua utilização e para que os cuidadores pudessem ter contacto com os mesmos, ficando a conhecer.

A avaliação de cada sessão foi realizada com base na observação direta do desempenho do Cuidador Informal, recorrendo ao uso de uma grelha de observação, apresentada a seguir. Para avaliação de cada sessão foi ainda utilizada uma entrevista baseada no diálogo com o Cuidador Informal, de forma a questioná-lo acerca do que aprendeu, de que forma a intervenção o ajudou em relação à sua necessidade identificada e onde continuava com dificuldade ou necessidade.

Quadro n.º 3: Grelha de Observação - Sessão de Educação para a Saúde: "Cuidados de Higiene"

Objetivos	Cumprido	Não cumprido
Aplicar materiais adaptativos na higiene		
Cumprir a maioria das indicações na realização dos cuidados de higiene		
Cumprir a maioria das indicações para fazer a cama		

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro n.º 4: Grelha de Observação - Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos"

Objetivos	Cumprido	Não cumprido
Aplicar materiais de prevenção de úlceras de pressão		
Manter uma postura corporal correcta aquando das mobilizações e transferências do utente		
Cumprir a maioria das indicações na realização do posicionamento dorsal		
Cumprir a maioria das indicações na realização do posicionamento lateral		
Cumprir a maioria das indicações nas transferências do utente		

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro n.º 5: Registo de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde "Cuidados de Higiene"

Visita Domiciliária	Resultado da Tabela de Observação Direta e da Entrevista/diálogo com o Cuidador Informal
<u>Ea</u>	2 Objetivos Cumpridos
<u>Eb</u>	2 Objetivos Cumpridos
<u>Ec</u>	2 Objetivos Cumpridos
<u>Ed</u>	2 Objetivos Cumpridos
<u>Ee</u>	1 Objetivos Cumpridos
<u>Ef</u>	1 Objetivos Cumpridos
<u>Eg</u>	2 Objetivos Cumpridos

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro n.º 6: Registro de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos"

Visita Domiciliária	Resultado da Tabela de Observação Direta e da Entrevista/diálogo com o Cuidador Informal
Ea	2 Objetivos Cumpridos
Eb	3 Objetivos Cumpridos
Ec	2 Objetivos Cumpridos
Ed	3 Objetivos Cumpridos
Ee	4 Objetivos Cumpridos
Ef	2 Objetivos Cumpridos
Eg	3 Objetivos Cumpridos

Fonte: Elaborado pela autora

Com o intuito de manter os Cuidadores Informais no anonimato, procedeu-se à sua codificação através de letras.

Como podemos observar, no que diz respeito à sessão de EpS subordinada ao tema "Cuidados de Higiene", os resultados obtidos foram razoáveis visto que na sua maioria os Cuidadores Informais (cinco dos sete) atingiram dois dos três objetivos pretendidos.

Em relação à sessão de EpS "Mobilizações e Transferências", verificámos que os Cuidadores Informais atingiram em menor número os objetivos pretendidos com a mesma. Verificou-se a necessidade de reforçar os ensinamentos realizados, o que foi feito e com algum sucesso, verificando-se posteriormente uma melhoria de alcance dos objetivos.

Podemos comprovar que os cuidadores necessitam de treino e conhecimentos para se sentirem bem no seu papel, tal como podemos verificar nalguns estudos, nomeadamente, no de Fernandes & Ângelo (2016), em que se averiguou que os Cuidadores Informais precisam adquirir novos conhecimentos e habilidades para atender a todas as AVD da pessoa dependente. Além de conhecimento, os cuidadores têm necessidades de aprendizagem/treino, para desenvolverem determinadas habilidades relacionadas com o seu papel. Essas necessidades têm um carácter progressivo e que o "saber-fazer" assume maior importância (Alves, 2018).

É de realçar que no decorrer do presente trabalho, foi sempre tido em conta a individualidade de cada cuidador, adaptando estratégias a cada um deles.

Pudemos ainda comprovar a importância da intervenção do enfermeiro nesta população. Tal como nos mostram alguns estudos, cabe ao enfermeiro a promoção do bem-estar tanto do Cuidador Informal como da pessoa dependente. Assim, o enfermeiro deve focar-se na análise das vivências de ambos e capacitar o cuidador para a obtenção de competências e habilidades para manter a pessoa dependente no domicílio (Cruz et al., 2010).

Comprovámos então o papel preponderante dos profissionais de saúde, e mais especificamente, do Enfermeiro no processo de identificação de necessidades (neste caso do Cuidador Informal), implementação de programas educacionais e execução dos mesmos para essas mesmas necessidades, capacitando o cuidador para que execute o seu papel de forma eficaz, eficiente e segura, sentido-se bem no seu papel.

Em suma, através do cumprimento dos objetivos deliniados, esperamos ter contribuído para o processo de capacitação dos Cuidadores Informais (atuais e futuros) de utentes da UCC de Vendas Novas.

6. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA

O presente capítulo tem o intuito de reflexão acerca das competências adquiridas durante o percurso acadêmico e com maior ênfase nas atividades desenvolvidas durante o Estágio Final. Será apresentada uma reflexão acerca das competências comuns do enfermeiro especialista, sobre as competências específicas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e acerca das competências de mestre.

6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde têm vindo a evoluir ao longo dos tempos, e a Enfermagem tem vindo a acompanhar essa evolução, nomeadamente, no que se refere a uma crescente exigência científica e técnica. Assim, surge a necessidade de especialização e é neste contexto que surge o enfermeiro especialista, que se pode definir como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº.140/2019: 4744).

Para tal o enfermeiro tem que possuir determinadas competências, as designadas competências comuns do enfermeiro especialista que “envolvem dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permite avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (Regulamento nº.140/2019: 4744).

Existem quatro domínios de competências comuns:

- a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;´

- b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- c) Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- d) Competências do domínio das aprendizagens profissionais.

(Regulamento n.º.140/2019: 4745)

a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

Este domínio engloba as seguintes competências: “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º.140/2019: 4745).

Ao longo dos estágios conseguimos desenvolver e executar uma conduta ética de acordo com o conhecimento ético-deontológico, nomeadamente, em tomadas de decisão em que tivemos sempre como base as necessidades, os recursos que garantem o direito ao cuidado e as preferências do utente família. A nossa prática durante os estágios assentou numa relação interpessoal e terapêutica.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de assistir a algumas decisões éticas mais complexas, no seio da equipa da UCC, aproveitando para refletir sobre as mesmas. Quando se tornou oportuno, intervimos tendo sempre como suporte os princípios, valores e normas deontológicas.

Em todos os contextos de cuidados que tivemos oportunidade de experienciar durante o estágio, foram sempre cumpridos os princípios do Código Deontológico dos Enfermeiros, salvaguardando sempre os direitos do utente (informação, privacidade, autodeterminação e confidencialidade).

No desenvolvimento do projeto de intervenção na comunidade, visto que o mesmo se faz com pessoas que possuem valores, crenças e desejos individuais, há que respeitar sempre a dignidade, privacidade e autonomia dos mesmos, o que foi feito.

Foi ainda solicitado o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional da Saúde do Alentejo Central, para aprovação do projeto de intervenção comunitária, assegurando o cuidar ético.

Desta forma, podemos refletir acerca de como no decorrer da nossa prática profissional diária devemos sempre primar pelo respeito, pelas crenças e valores de cada pessoa, tentando satisfazer as suas necessidades, pelo que desenvolvemos competências neste domínio.

b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;

Neste domínio inserem-se as seguintes competências: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº.140/2019: 4745).

O local onde foram desenvolvidos os estágios, a UCC de Vendas Novas, engloba vários programas e projetos, nomeadamente, Saúde escolar e ECCI, com metas e indicadores definidos, o que de certa forma contribuiu positivamente para o desenvolvimento desta competência.

Na medida em que a mestranda desenvolve a sua atividade profissional em meio hospitalar, em que a realidade é distinta da vivenciada nos cuidados de saúde primários, foi importante o contacto inicial (os primeiros turnos) em que em contacto com a equipa multidisciplinar da UCC, através da recolha de informação e o apoio da enfermeira supervisora, pudemos ter conhecimentos acerca dos programas e projetos em que a UCC se encontrava inserida. Esta observação e participação foram essenciais na construção de bases para o trabalho desenvolvido.

Ao longo do estágio tivemos a possibilidade de participar em projetos já implementados pela equipa da UCC, particularmente, em contexto de saúde escolar, onde tivemos oportunidade de participar nas atividades da Semana da Alimentação Saudável, participando em sessões de educação para a saúde com alunos do pré-escolar e em escolas do 1º ciclo do concelho de Vendas Novas.

Tivemos também oportunidade de participar no projeto sénior, através da academia sénior onde foi desenvolvido uma sessão de educação para a saúde informativa acerca do “Estatuto do Cuidador Informal”.

Tendo em conta o que foi dito anteriormente, pensamos ter adquirido competências no presente domínio.

c) Competências do domínio da gestão dos cuidados;

O presente domínio engloba as seguintes competências: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, viando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº.140/2019: 4745).

Para uma correta gestão de cuidados é necessário desenvolver um conjunto específico de capacidades e competências. Para a função de gestão, a pessoa tem que estar capacitada para tal.

Durante os estágios foi possível verificar a importância de manter uma equipa multidisciplinar coesa e motivada para que se consiga trabalhar de forma eficaz e eficiente. O bom relacionamento da equipa, em que cada um desempenha o seu papel, em que as funções são delegadas corretamente, conseguindo chegar-se aos resultados pretendidos. Sendo a equipa da UCC uma pequena equipa, verificámos que a relação de equipa e a comunicação entre a equipa era eficaz.

Por nós foi sempre disponibilizada colaboração nas atividades da UCC, sentindo sempre a forma recetiva dos elementos da equipa.

Pensamos ter atingido as competências deste domínio.

d) Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Neste domínio incorporam-se as seguintes competências: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º.140/2019: 4745).

De forma a dar continuidade à formação base de enfermeiro generalista, tornou-se oportuno aprofundar e aumentar o leque de conhecimentos na área. A aquisição de conhecimentos foi realizada através das aulas teórica, estágios (através da partilha de experiência com a equipa multidisciplinar da UCC de da enfermeira supervisora, aumentando deste modo o nosso crescimento pessoal e de enfermeiro especialista) e através da pesquisa bibliográfica em fontes fidedignas e atualizadas.

Foi adotado e mantido um comportamento baseado em princípios éticos e legais e utilizada a metodologia do planeamento em saúde.

Foi ainda realizada pesquisa bibliográfica fundamentada e intensiva que funcionou como base teórica ao presente relatório. Foi essencial diagnosticar necessidades dos utentes, favorecendo as intervenções perante estas e avaliando o efeito das mesmas.

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

Enfermeiro especialista pode ser definido, de acordo com o REPE (Regulamento da Execução Profissional do Enfermeiro), como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um Título Profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública deverá possuir competências específicas tem em conta as necessidades de cuidados de enfermagem em áreas emergentes e diferenciadas. Tendo em conta que “ os cuidados de saúde primários têm registado uma evolução dos tempos hodiernos assumindo uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, assim como e com significativa relevância, na sua prevenção” (Regulamento nº.428/2018: 19354).

É reconhecido que o envelhecimento populacional tem vindo a instalar-se na nossa sociedade, consequência do aumento da longevidade de vida, diminuição da natalidade e progressos da Medicina. O envelhecimento da população conduz a situações de dependência, inevitavelmente. A família, na maior parte das situações, constitui o suporte dos cuidados, enfrentando dificuldades na prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio.

Tendo este paradigma em conta, e após o diagnóstico de situação realizado com a equipa da UCC de Vendas Novas, foi delineado e implementado um projeto de intervenção comunitária tendo como principal intuito a capacitação do Cuidador Informal.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública encontram-se definidos no Regulamento nº.428/2018: 19354) e são as seguintes:

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

No que diz respeito à competência “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, foi desenvolvido o diagnóstico de situação com o intuito de identificar os problemas e necessidades da comunidade em causa, da UCC de Vendas Novas. Acabámos por dirigir a nossa atuação para a capacitação do Cuidador Informal, através de intervenções específicas para este grupo, nomeadamente, sessões de ensinamentos individuais/educação para a saúde.

Podemos então afirmar que no decorrer do estágio e com a elaboração do relatório, recorremos à metodologia do planeamento em saúde através de determinadas competências (de acordo com o Regulamento nº.428/2018: 19355-19356):

- **Procedemos “à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade”**

Para tal, baseamo-nos na entrevista informal aos elementos da equipa da UCC, realização de pesquisa bibliográfica e de indicadores demográficos, o que nos permitiu a caracterização da comunidade. Desta forma, foi-nos possível reconhecer os principais determinantes de saúde, bem como identificar as necessidades de saúde da comunidade em causa.

- **Estabelecemos “as prioridades em saúde de uma comunidade”**

Após a identificação de problemas e determinação de necessidades, priorizámos os problemas de saúde e os mesmos foram agrupados no sentido de uma resposta eficaz.

- **Formulámos “objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas”**

Tendo como base as entrevistas realizadas aos Cuidadores Informais, foram estabelecidos os critérios que foram de acordo às necessidades identificadas.

- **Estabelecemos “programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”**

Realizámos a criação de um projeto de intervenção comunitária que tem como objetivo principal a capacitação do Cuidador Informal. Foram realizadas visitas domiciliárias, onde se realizam sessões de ensinamentos individuais/EpS (Cuidados de Higiene e Posicionamentos e Mobilizações), bem como observação direta e participante nos cuidados à pessoa dependente.

O projeto serviu como linha orientadora do nosso estágio. Criámos e planeámos intervenções para os problemas identificados, tendo em conta os recursos disponíveis. De seguida, implementámos as intervenções, mobilizando também os elementos da equipa da UCC no sentido da colaboração. Fornecemos ainda informação baseada na evidência científica.

- **Avaliámos “programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”**

A monitorização do projeto foi essencial para verificar os ganhos em saúde da comunidade em causa.

Relativamente à competência “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, estão estabelecidas três unidades de competência (Regulamento n.º.428/2018, pp19356):

- **Liderámos “processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”**

Para tal, em colaboração com a equipa da UCC e com outras entidades da comunidade, nomeadamente, estabelecimentos de pré-escolar, escolas de 1ºciclo e academia sénior em projetos de intervenção comunitários.

Implementámos também um projeto de intervenção comunitária num grupo específico (cuidadores informais) tendo em conta as suas necessidades e especificidades intervindo num processo de capacitação.

- **Integramos “nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas”**

Para tal, planeámos e implementámos o projeto de intervenção com objetivo da promoção da saúde com base no diagnóstico de situação que realizámos num grupo específico, os Cuidadores Informais.

Durante os estágios tivemos oportunidade também de vivenciar experiências com outras equipas de cuidados, como foi o caso da equipa de Cuidados Paliativos, o que foi uma experiência muito enriquecedora.

- **Procedemos “à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”**

Na presente unidade de competência, revelámos conhecimentos sobre comunicação e marketing em saúde; utilizámos também conhecimentos de várias áreas para a participação da

comunidade em causa, recorrendo a modelos conceptuais no contexto da promoção e educação para a saúde; documentámos o projeto de intervenção comunitária; criámos meios de informação, com informação útil e fidedigna; utilizámos estratégias de EpS/ensinos individuais e avaliámos todo o processo.

No que diz respeito à competência “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, está definida uma unidade de competência (Regulamento n.º.428/2018: 19356-19357):

- **Participámos “na coordenação; promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde”**

Para alcançar a presente unidade de competência, participámos e comprometemo-nos no processo de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde, cooperando na coordenação dos mesmos.

Recorremos também a técnicas de intervenção comunitária para otimizar a operacionalização dos programas de saúde. Otimizámos e maximizámos os recursos na execução das atividades inerentes ao programa de saúde e por fim analisámos, interpretámos e esclarecemos o impacto das intervenções com os restantes elementos ativos na execução do programa de saúde.

A última competência designa-se “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, a sua unidade de competência designa-se (Regulamento n.º.428/2018, pp19357):

- **Procedemos “à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica”**

Para tal, efetuámos registos no programa S.Clinic e no aplicativo de Monitorização da RNCCI, contribuindo para esta monitorização. Utilizámos também modelos conceptuais e evidência científica em resposta aos problemas de saúde pública.

6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Segundo o Decreto-Lei nº.65/2018 de 16 de agosto pp.4162, para que um aluno afaça o grau de mestre é necessário que demonstre determinadas competências: “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

A formação contínua seja em que área for é essencial, e em enfermagem tem uma enorme importância. Também o código Deontológico do Enfermeiro, alínea e) artigo 100º (2015)

menciona que o enfermeiro tem o dever de “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”.

Tendo em conta o descrito anteriormente, neste percurso académico e tendo como base os conhecimentos adquiridos no 1º ciclo, tentámos aumentar e desenvolver conhecimentos no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Com este percurso académico, foi nos possível desenvolver competências técnicas, científicas e humanas para prestação de cuidados especializados, sempre tendo em conta os princípios éticos e legais.

As competências e conhecimentos adquiridos irão proporcionar-nos uma conduta marcada pela evidência científica e pela qualidade de cuidados de enfermagem.

Em suma, podemos afirmar que tanto o Estágio I como o Estágio Final foram realizados com base no regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

7. CONCLUSÃO

Com o culminar do presente relatório torna-se pertinente realizarmos algumas notas finais acerca da realização do mesmo, mais especificamente sobre a implementação do projeto de intervenção comunitária, bem como das limitações do mesmo.

O processo de envelhecimento acarreta alterações quer a nível físico, quando quer a nível psicológico que, na maioria das vezes, conduzem a situações de dependência. Surge, desta forma, a necessidade de cuidar. Na maioria das vezes a família é quem assume o papel de cuidar da pessoa dependente, no intuito de o conseguir manter no domicílio, quando possível. Surge aqui uma necessidade de enorme importância, alguém que assume o papel de cuidador de outro alguém, sem formação ou conhecimentos para tal. Muitas vezes esta necessidade é repentina e a pessoa que assume o papel de cuidador nem sempre se encontra preparado para tal. Na maioria das vezes é assim que surge o Cuidador Informal.

De uma forma simples, Cuidador Informal pode ser definido como aquele que presta cuidados sem preparação e sem remuneração (Sequeira, 2018). Segundo o mesmo autor, os cuidadores informais são na sua maioria mulheres, domésticas, com idades superiores a 40 anos, com baixo nível de escolaridade, desempregadas ou reformadas.

O cuidado prestado pelo Cuidador Informal pode ser visto como vantajoso para a sociedade, na medida em que contribui para a redução de custos dos cuidados formais. No entanto, os cuidados prestados pelo cuidador informal podem ter consequências na qualidade de vida e saúde do cuidador, nomeadamente, sobrecarga (Oldenkamp et al., 2017). Podemos afirmar que a sobrecarga influencia negativamente a qualidade de vida do cuidador daí ser essencial atuar previamente. Segundo alguns autores, nomeadamente, Sequeira (2018: 345) refere que “a sobrecarga está diretamente relacionada com as dificuldades do cuidador no ato de cuidar, assumindo-se desta forma que a sobrecarga varia de forma diretamente proporcional às dificuldades”.

Muitas vezes a exigência do cuidar de uma pessoa dependente é superior aos recursos, conhecimentos e competências que o cuidador informal possui, existindo uma perda de controlo por parte destes (Silva, 2011).

Sempre que uma pessoa se torna Cuidador Informal passa por uma transição de papel que nem sempre é fácil e bem assumida. Os Cuidadores Informais quando assumem este papel necessitam reestruturar toda a sua forma de viver e na sua maioria acabam por se privar de tempo de lazer, de exercer uma atividade laboral, sacrificando a sua vida pessoal, o que tem implicações a nível da sua saúde física, emocional e social (Souza et al., 2015).

Para além da reestruturação da sua vida pessoal, o Cuidador Informal necessita de estar capacitado e apto para prestar os cuidados à pessoa dependente e neste contexto, o papel do enfermeiro é essencial. O enfermeiro deve ser um agente facilitador do processo de transição pelo qual a pessoa que se torna Cuidador Informal passa. O enfermeiro deve acompanhar esta transição de papel identificando desde logo dificuldades e necessidades, implementando intervenções de capacitação do Cuidador Informal, sempre tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar. Desta forma, é notória a pertinência de intervenção junto dos Cuidadores Informais, melhorando a sua qualidade de vida e a qualidade dos seus cuidados.

O projeto de intervenção comunitária “Melhorar as competências dos Cuidadores Informais” surgiu e acordo com a necessidade identificada na UCC de Vendas Novas, por ser um tema atual e oportuno. Na realização do projeto recorreu-se ao uso da metodologia do planeamento em saúde. O planeamento em saúde pode ser entendido como a racionalização do uso de recursos com o intuito de atingir os objetivos fixados para diminuir os problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Imperatori & Giraldes (1982), as etapas do planeamento em saúde são: Diagnóstico de situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação operacional e avaliação.

Com o decorrer do projeto foram vários os momentos de aprendizagem para nós. Foi possível verificar a importância do enfermeiro, tendo em conta o papel e proximidade desta comunidade, nomeadamente, no grupo dos Cuidadores Informais.

No decorrer do projeto, após a análise das entrevistas realizadas obtiveram-se as necessidades/dificuldades dos Cuidadores Informais que foram ao encontro do explanado na pesquisa bibliográfica que foi realizada. Com a elaboração do projeto pretende-se colmatar as necessidades do Cuidador Informal no que se refere a cansaço, a deficit de conhecimentos/capacidades na execução de atividades e vida diárias à pessoa dependente e vida social afetada.

Julgamos ter conseguido elaborar um projeto adequado e ajustado à população alvo, atingindo assim o objetivo proposto. Este trabalho também se direccionou no sentido das competências que a mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deveria manifestar no decorrer do Estágio Final, culminando com a elaboração de um projeto de intervenção comunitária e realização de um relatório de estágio. Desta forma, julgamos que foram obtidas as competências necessárias à aquisição do grau de Mestre.

Como limitações do trabalho, podemos salientar o número de Cuidadores Informais implicados, considerando que se a amostra tivesse sido maior, teria uma maior representatividade.

Com a realização do projeto de intervenção comunitária, a UCC ficou com mais alguma informação atualizada disponível para fornecer aos Cuidadores Informais de modo a capacitá-los no seu papel, nomeadamente, através de folhetos e sessões de Educação para a Saúde acerca de actividades de vida diárias e através do guia de apoio ao cuidador que foi complementado.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS]. (2019). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). 1.º Semestre. Acedido a 25 de maio de 2020. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf
- Alves, N. (2018). *Cuidando, lado a lado- otimização de estratégias de atuação na capacitação do cuidador informal* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Universidade de Évora, Évora, Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/23263>.
- Andrade, S., Marinho M., Santana, E., Chaves, R., Oliveira A. & Reis L. (2019). Associação entre os aspectos sociodemográficos, condições de saúde e qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes. *Fisioterapia Brasileira*, 20(05), 603-609. doi:[10.33233/fb.v20i5.2385](https://doi.org/10.33233/fb.v20i5.2385)
- Cachada, C. (2014). *Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar*. (Tese de Mestrado) Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1828>
- Canhoto, A. (2018). *“Dar-a-mão” – Organização de um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Universidade de Évora, Évora, Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/23278>
- Castro, L., Souza, D., Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R. & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte Social. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, 2. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/892>

- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. doi: [10.33233/eb.v15i3.181](https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181)
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (2),127-136. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400014&lng=pt&tlng=pt.
- Esteves, L., Cunha, I., Bohomol, E. & Negri, E. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl.4), 1740-1750. doi:[10.1590/0034-7167-2017-0340](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340).
- Fernandes, C. & Angelo, M. (2016). Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 675-682. doi:[10.1590/S0080-623420160000500019](https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019)
- Florian, L., Azevedo, R, Reiners, A., & Mayara, S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 543-548. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Garbaccio, J. & Tonaco, L. (2019). Características e Dificuldades do Cuidador Informal na Assistência ao Idoso. *Revista Online De Pesquisa*, 11(3), 680-686. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686
- Guimarães, M., Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e a sua aplicabilidade para a enfermagem. Acedido a 20 de maio de 2020. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa, Portugal: Obras avulsas.

- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). Projeções da População Residente em Portugal- Envelhecimento demográfico 2015-2080. In INE. Acedido a 30 de abril. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y.
- Laranjo, M. (2018). Manual de acolhimento de aluno e profissional na comunidade de Vendas Novas. Unidade de Cuidados na Comunidade de Vendas Novas, Portugal.
- Mayor, M. & Leite, M. (2011). Implicações psicológicas da experiência informal de cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5,37-44. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100006&lng=es&tlng=pt.
- Miguel, L. & Sá, A. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o plano nacional de saúde 2011-2016. Lisboa: Ministério da Saúde Alto Comissariado para a Saúde. Acedido a 30 de abril de 2020. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>.
- Melo, R., Rua, M.& Santos, C. (2014). *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 2, 143-151. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>
- Município de Vendas Novas- Conselho local de ação social (2017). Diagnóstico social de Vendas Novas. Vendas Novas, Portugal. Disponível em <http://www.cm-vendasnovas.pt/pt/site-viver/social/estrategia/documents/diagn%C3%B3stico%20social%202017.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. Inserido no estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*. 2.º Série, n.º 135 de 16 de julho. 19354- 19356.

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 26 de 6 de fevereiro. 4744-4750.
- Organização Mundial de Saúde (2015). Resumo- Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1.
- Pimentel, L., Lopes, S. & Faria, S. (2016). *Envelhecendo e Aprendendo. A aprendizagem ao longo da vida no processo de envelhecimento ativo*. Lisboa, Portugal: Coisas de ler.
- Pires, S. (2018). *Cuidadores Informais, a retaguarda invisível*. Plural e Singular. Disponível em : <http://hdl.handle.net/10071/17139>.
- PORDATA- Base de Dados Portugal Contemporâneo (2017). Densidade populacional segundo as causas. In PORDATA. Acedido a 4 de abril. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Portugal, Assembleia da República (2019). Lei n.º 100/2019. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a [Lei n.º 13/2003](#), de 21 de maio. *Diário da República*, Lisboa, 1.ª Série n.º 171,6 de setembro, 3-16
- Portugal, Ministério da Educação e da Ciência (2018). Decreto-Lei n.º65/2018.Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, Lisboa, 1.ª Série n.º157, 16 de agosto, 4162-4163
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7.º curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos* n.º 15, 11. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. (2ªed). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Souza, L., Hanus, J., Libera, L., Silva, V, Mangilli, E., Simões, P., ... Touon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores

domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23 (2), 140-149.
doi.org/10.1590/1414-462X201500020063

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Cadernos de formação n.º2. Lisboa: Obras Avulsas.

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. Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS. Disponível em http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc_CI.PDF

Teston, E., Spigolon, D., Maran, E., Matsuda, L. & Marcon, S. (2018). Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 6), 2735-2742. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396>

ANEXOS

Anexo A- (Autorização da Comissão de Ética para a Saúde, Administração Regional de Saúde do Alentejo)

ENI - ARSA/ 2019/ 19013
10-10-2019

Handwritten signature and initials

O CONSELHO DIRETIVO: 14.10.2019
O Presidente: José Marques Róbaló
O Vogal: José António Martinho Lopes
A Vogal: Paula Ribeiro Marques

PARECER 14/2019/CE

08.10.2019
(Processo 29/2019 CE)

Sobre o projeto *“Melhorar as competências dos Cuidadores Informais para a gestão do stress.”*

A.1. Relatório

A Comissão de Ética (CE) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início em 11.07.2019 ao **Processo 29/2019/CE**, sobre o projeto *“Melhorar as competências dos Cuidadores Informais para a gestão do stress.”*, da investigadora principal, Isabel Alexandra Gonçalves Valentim, Enfermeira no Hospital Espírito Santo, E.P.E - Serviço de Ortopedia/ORL/Oftalmologia, em Évora, a frequentar o 3º. Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco. Tem como supervisora clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Gisela Margarida Coelho Lopes, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vendas Novas e como orientadora a Professora Doutora Maria Vitória Casas Novas, professora na Universidade de Évora....

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

- Protocolo do estudo, com título objetivo, justificação do estudo e respetiva pertinência com base em revisão bibliográfica, objetivos (geral e específicos), foi identificada a população no estudo, tipo de estudo, alguns procedimentos metodológicos, guião de entrevista, análise de dados, está prevista a garantia de confidencialidade e de ocultação da identidade dos participantes, bem como os procedimentos de armazenamento, acesso e destruição dos dados e a lista bibliografia.....
- Cronograma programa de trabalhos.....

1

05

CES Comissão de Ética para a Saúde

Parecer 14/2019/CE, Processo 29/2019/CE

- Carta de pedido formal de Parecer à Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.
- Modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....
- *Curriculum Vitae* da investigadora.....
- *Curriculum Vitae* da orientadora científica
- *Curriculum vitae* da supervisora clínica.....
- Declaração da Orientadora científica assinada.....
- Guião de entrevista semi-estruturada aos participantes.....
- Pedido de Autorização para realização de Projeto de Investigação dirigido à Diretora Executiva do Aces Alentejo Central e respetiva resposta.....
- Pedido de Autorização para realização de Projeto de Investigação dirigido à Coordenadora da UCC de Vendas Novas e respetiva resposta
- Modelo de identificação do Elo de Ligação assinada.....
- Declaração da Coordenadora da UCC sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas
- Pedido de informação ao Encarregado da Protecção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre.....
- Resposta do Encarregado da Protecção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre.....
- Pedido de Autorização para realização de Projeto de Investigação dirigido à Equipa de Coordenação Regional dos Cuidados Continuados Integrados.....
- Declaração da investigadora sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais
- Declaração de compromisso da investigadora para a entrega à CE do Relatório final e de relatórios anuais da evolução da investigação.....
- Diversas respostas por *e-mail* às solicitações de esclarecimentos e documentação por esta Comissão de Ética

2



Handwritten signature

A.3. Resumo da Documentação

O projeto de intervenção comunitária tem como incidência a temática “Necessidades do Cuidador Informal” e é dirigido aos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas, para tal é utilizada a metodologia do projeto (planeamento, implementação e avaliação) e tendo como base a metodologia do planeamento em saúde, entre Junho de 2019 e Janeiro de 2020.....

Na primeira fase do projeto, integrado no diagnóstico de situação/ identificação do problema, a população alvo serão os Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas, que aceitem participar. Neste processo a enfermeira da UCC será o Elo de ligação, sendo a mesma a realizar o contacto inicial com o Cuidador.....

Não serão utilizados quaisquer dados dos utentes registados.....

Na segunda fase do projeto, período entre Setembro de 2019 e Janeiro de 2020, a população alvo de intervenção serão os mesmos cuidadores informais. Pretende-se neste período planear uma intervenção específica tendo por base o diagnóstico de situação / identificação do problema, no âmbito da minimização e/ou resolução dos problemas identificados, com o intuito de melhorar a competência de gestão de stress dos Cuidadores Informais. O planeamento delineado será implementado através da execução das atividades planeadas e que serão posteriormente avaliadas.....

O instrumento de recolha de dados será uma entrevista semiestruturada dirigida aos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas, tendo sido construído um guião pela investigadora.....

O primeiro contato com o Cuidador será efetuado pelo Elo de ligação onde: Realiza a apresentação do estudo; Convida o cuidador a participar no estudo; Informa acerca dos direitos que pertencem ao cuidador; Informa sobre os direitos que pertencem ao cuidador para livremente aceitar ou recusar este contacto da investigadora, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito; Que enquanto “Elo de ligação”, garante o respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa. Caso o cuidador aceite, é entregue o Consentimento Informado Livre Esclarecido (CILE) para que o cuidador possa ler e esclarecer alguma dúvida.....



CES Comissão de Ética para a Saúde

Parecer 14/2019/CE, Processo 29/2019/CE

[Handwritten signature]

No segundo contacto com o cuidador, realizado pelo Elo de ligação e que pode ser presencialmente ou via telefónica, o Elo de Ligação averigua se o cuidador quer ou não participar no estudo e pode ser recolhido, caso seja oportuno, o CILE. Ainda neste contacto e caso o cuidador aceite participar, deverá ser inquirido acerca da sua preferência pelo local onde será realizada a colheita de dados (domicílio ou UCC). É ainda questionado sobre se aceita que seja fornecido o seu contacto à investigadora. No caso de não autorização é agradecida a disponibilidade e atenção, sendo esse Cuidador Informal excluído.....

O terceiro contato será realizado pela investigadora, pode ser presencial ou via telefónica, e servirá para agendamento da entrevista de acordo com a disponibilidade do cuidador. É explicado ao cuidador que a colheita de dados pode ser realizada no seu domicílio ou em espaço próprio para o efeito na UCC de Vendas Novas e que cabe a si a escolha do local.....

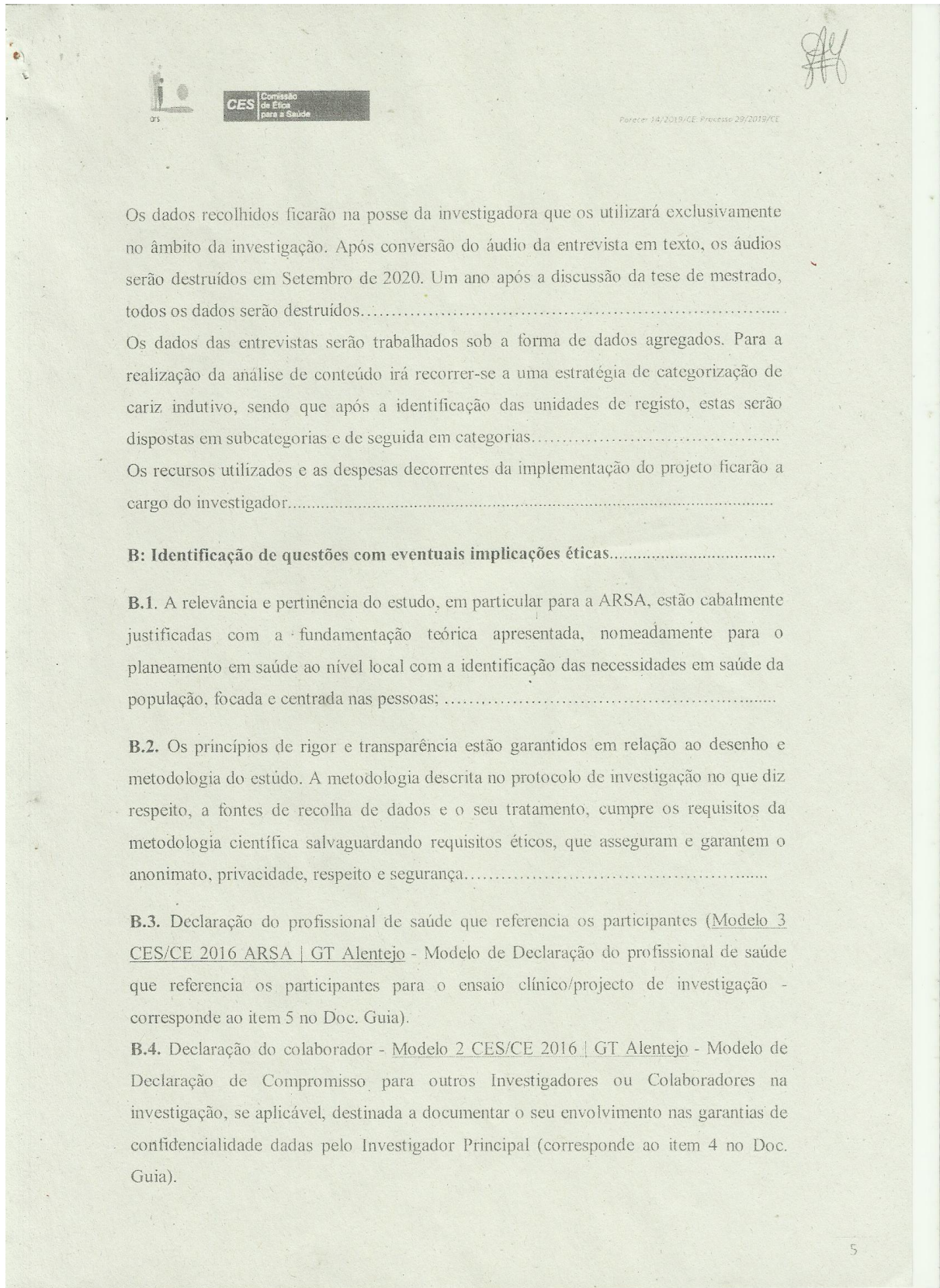
O quarto contato, executado pela investigadora, realizar-se-á para efetuar a colheita de dados com a realização da entrevista ao Cuidador.....

A investigadora descola-se em veículo próprio ao domicílio do Cuidador e não se responsabiliza por custos por parte dos participantes em relação a deslocações, sendo os participantes os responsáveis por estes, caso optem pela realização de colheitas de dados na UCC. Esta informação consta do CILE.....

Trata-se de um estudo descritivo simples. Após a realização da entrevista será realizada uma transcrição do discurso produzido pelos Cuidadores Informais e proceder-se-á a uma análise de conteúdo. Durante o processo de transcrição, será assegurado o apropriado armazenamento dos dados em computador da investigadora com password de acesso, para que estes não possam ser acedidos nem identificados por outros. Todo o material, quer o áudio, quer as transcrições e os documentos de informação ao participante/termos de consentimento informado assinados pelos participantes será armazenado em local seguro, com garantia de anonimato dos mesmos.....

Para a codificação das entrevistas serão utilizadas letras e números. O código por si só não permitirá a identificação dos entrevistados.....

As entrevistas serão sujeitas a um processo de codificação, sendo a chave armazenada em lugar seguro e independente do armazenamento do material das entrevistas.....





CES
Comissão
de Ética
para a Saúde

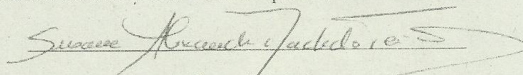
Parecer 14/2019/CE, Processo 29/2019/CE

CONCLUSÃO.....

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

Aprovado em reunião do dia 08 de Outubro de 2019, por unanimidade.

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


(Susana Feixeira)

Anexo B- (Autorização da Comissão de Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre)

epd@ipportalegre.pt

para Isabel Valentim

cc Isabel Mourato; Vânia Rute Dâmaso Nêê

qui, 27 de jun 12:02

Re:

Ex.ma Senhora Enfermeira Isabel Valentim:

Compulsados os documentos anexos, informamos V. Exa de que não parecendo estar em causa a utilização indevida de dados pessoais e com o necessário cuidado no tratamento dos dados, bem como a destruição nos termos propostos, não se tem nada a opor.
Com os melhores cumprimentos,

Antero Marques Teixeira

Isabel Valentim <isabelvalentim20@hotmail.com> escreveu no dia quinta, 20/06/2019 à(s) 19:38:

Enviado de Correio do Windows

Boa tarde.

Exmo. Sr. Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre

O meu nome é Isabel Alexandra Gonçalves Valentim, enfermeira e atualmente aluna com o n.º 19319, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

No âmbito dos estágios, designados de estágio I e estágio final, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade para os Cuidadores Informais.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do referido projecto.

Em anexo envio documento de pedido de Autorização, Protocolo de Investigação, Guião da Entrevista e CILE.

Desde já agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Valentim

APÊNDICES

Apêndice A (Guião da Entrevista)

Subtemas	Objetivos	Tópicos/Questões
Validação da entrevista	Validar a entrevista	<p>Como é do seu conhecimento estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e, neste momento o Estágio.</p> <p>Encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária. Este projeto tem como objetivo: satisfazer as necessidades de apoio e formação dos cuidadores informais do concelho.</p> <p>Solicito a sua participação voluntária na presente entrevista e solicito também autorização para a gravação da mesma.</p> <p>Solicito ainda a leitura e assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.</p>
Caracterização sociodemográfica	Caracterizar o Cuidador Informal	<p>Q.1- Género</p> <p>Q.2- Idade</p> <p>≤ a 40 anos <input type="checkbox"/></p> <p>41 a 45 anos <input type="checkbox"/></p> <p>46 a 50 anos <input type="checkbox"/></p> <p>51 a 55 anos <input type="checkbox"/></p> <p>56 a 60 anos <input type="checkbox"/></p> <p>61 a 65 anos <input type="checkbox"/></p> <p>66 a 70 anos <input type="checkbox"/></p> <p>71 a 75 anos <input type="checkbox"/></p> <p>76 a 80 anos <input type="checkbox"/></p> <p>≥ a 81 anos <input type="checkbox"/></p>
Caracterização do Contexto do Cuidar	Identificar há quanto tempo há a necessidade de cuidado	<p>Q.3- Há quanto tempo cuida da pessoa dependente?</p> <p>Q.4- Como se sente no papel de Cuidador?</p> <p>Q.5- Que cuidados presta à pessoa dependente?</p>
Aspectos que provocam stress no Cuidador Informal/ Identificação de necessidades do Cuidador Informal	Identificar as necessidades que os Cuidadores Informais experimentam e expressam	Q.6- Em que área da prestação de cuidados sente mais necessidade?

		Q.7- Quais as dificuldades que sente ao cuidar da pessoa dependente?
Conhecimento acerca de apoios	Identificar o conhecimento que os cuidadores informais têm acerca das respostas sociais no Concelho	Q.8- Sabe quais os apoios que existem disponíveis no Concelho?
Papel e relação entre Cuidador informal, pessoa dependente e profissional de saúde	Identificar focos de intervenção por parte dos profissionais de saúde	Q.9- De que forma os profissionais de saúde podem ajudar a colmatar as suas necessidades?
Atividades	Identificar gostos, costumes do Cuidador Informal	Q.10- A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar da pessoa dependente? Q.11 Quais as atividades que lhe dão prazer, que não tem realizado por ser Cuidador e que gostava de realizar?

Apêndice B (Consentimento Informado)



Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participar no projecto

“Melhorar as competências dos Cuidadores Informais para a gestão do stress”

Caro(a) Senhor (a)

Eu, Isabel Alexandra Gonçalves Valentim, enfermeira e atualmente aluna do 3º. Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco. Tem como supervisora clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Gisela Margarida Coelho Lopes, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vendas Novas e como orientadora a Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas, professora na Universidade de Évora.

Solicito a sua participação voluntária para uma entrevista, gravada em registo áudio, que tem como objetivo identificar as principais necessidades dos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas.

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

A colheita de dados poderá ser realizada no domicílio do participante ou em espaço próprio para o efeito na UCC de Vendas Novas. Será o participante o decisor do espaço de realização da colheita de

dados. Salvaguardo que, caso a colheita de dados seja realizada na UCC de Vendas Novas, todos os custos de deslocação ficarão a cargo do participante.

Realço ainda, que todos os recursos utilizados e as despesas decorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo da investigadora.

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

Investigadora: Isabel Valentim

Enfermeira Supervisora Clínica: Gisela Lopes

Endereço Postal: Av. 25 de Abril s/n 7080-135 Vendas Novas

Endereço eletrónico: ucc.vnovas@alentejocentral.min-saude.pt

Telefone fixo: 265 809 000

A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que o participante poderá suspender a sua participação em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos assistenciais ou outros.

O tempo médio da entrevista será de 30 minutos aproximadamente.

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

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

Endereço eletrónico: epd@ippportalegre.pt

Telefone fixo: 245 301 500

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

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

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

Telefone fixo: 266 758 770

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

Nome legível da investigadora: Isabel Valentim

___/___/___ Assinatura_____

Nome legível da Enfermeira Supervisora Clínica: Gisela Lopes

___/___/___ Assinatura_____

Nome legível da Orientadora Pedagógica: Maria Vitória Casas-Novas

___/___/___ Assinatura_____

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

Nome do profissional de saúde:_____

____/____/____ (data) Assinatura_____

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

Nome: _____

____/____/____ (data) Assinatura_____

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

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

Apêndice C (Matriz de Análise das Entrevistas)

Dimensões	Unidades de Registo	Sub-categorias	Categorias
<p>1- Caracterização do Contexto do Cuidar</p> <p>➤ Q3</p> <p>(Há quanto tempo cuida da pessoa dependente?)</p>	<p>E1 “Eu bem bem... não me lembro, mas seis, sete anos, talvez... seis, setes anos.”</p> <p>E2 “A minha mãe vive comigo há trinta e quatro anos. Ahhh... Acamada desde 2016. Neste estado desde Agosto de 2018. Mas...ahhh...com necessidades físicas de... de lhe dar banho de a alimentar disso tudo, desde 2016.”</p> <p>E3 “Há catorze anos.”</p> <p>E4 “Há oito anos. Fez no dia dez de Janeiro oito anos.”</p> <p>E5 “Desde que nasceu, mas mais agora desde 2013 que lhe deu o AVC.”</p> <p>E6 “Há volta de dois anos. Ahhah Foi o ano passado e já este ano. O ano passado foram quatro meses e este ano já lá vai a caminhar para os quatro.”</p> <p>E7 “Há quanto tempo? Há trina e seis anos.”</p> <p>E8 “Há dois anos, vai fazer dois anos. Oh. A. é há dois anos que tu tens aí? Vai fazer dois anos. Há dois anos mesmo.”</p> <p>E9 “Isso já lhe perdi a conta. Já há tantos anos que ela começou com as próteses, tinha para aí cinquenta e tal anos, entre os cinquenta e os sessenta anos. Cinquenta e cinco.”</p>	<p>• <u>Intervalo de Tempo</u></p> <p>1 a 5 anos: E2; E6; E8 6 a 10 anos: E1; E4; E5 11 a 15 anos: E3; E9 >15 anos: E7</p>	<p>- Duração do Cuidado</p>
	<p>E1 “Sinto-me cansada... Os anos já pensam não é? E farta de trabalhar.”</p> <p>E2 “Ahhh... sinto-me bem, no papel de Cuidadora sinto-me bem.”</p>	<p><u>Cansaço Físico:</u></p> <p>E1, E2, E6, E8, E9</p> <p><u>Cansaço Psicológico:</u></p>	<p>- Stress</p>

<p>➤ Q4</p> <p>(Como se sente no papel de Cuidador?)</p>	<p>E3 “Umás vezes melhor, outras vezes pior. Porque eu tenho andado na psicóloga também, porque tenho tido muitos problemas. O meu marido faleceu-me há vinte e quatro anos também de acidente. (...) Ainda ontem, esta semana, ia lhe mostrar uma mensagem do outro pra ele e deixei-me ali cair, desesperadamente, cá, bati com a cabeça na mesa, cá, pronto.”</p> <p>E4 “Por vezes muito cansada. Porque, sozinha, tenho que o lavar muita vez, não quero que ele tenha feridas, não quero que ele tenha nada. (...) Gasto muitooo dinheiro em fraldas. E por vezes, custa-me um bocado. Custa-me muito porque eu tenho também muitas dores. Também tenho os meus problemas. E então custa-me um bocado, mas tem que ser. Nem posso pensar, até mesmo que fosse, porque eu não tenho... são 24h sob 24h, não tenho um dia para sair deste ambiente. Mas não posso pensar em descansar pelo menos uns dias ou isso assim, porque ele desnorteia se não for eu a tratar dele. (...) E então, enquanto eu puder, com muito custo. Mas tem que ser (...) Cansaço, muito. Mas não sei como é que hei-de fazer. Porque, sei que precisava de descanso. Precisava de pelo menos um dia ou dois de sair daqui e nem que não fosse para a das minhas irmãs. Porque é 24 h sob 24h e às vezes estou muitooo estafada.(...) Tenho o meu cérebro tão estafado, tão estafado, de fazer sempre o mesmo, de estar sempre a fazer o mesmo, sempre sempre.”</p> <p>E5 “Ahhhh... um bocado cansada, se quer que lhe diga... um bocado desgastada. Neste tempo todo. Porque ele depende de mim para tudo, até para lhe dar o comer na boca. Pronto.. sinto-me desgastada psicologicamente e fisicamente pronto... há seis anos para cá...sinto-me um bocado em baixo.”</p> <p>E6</p>	<p>E3</p> <p><u>Cansaço Físico e Psicológico:</u></p> <p>E4, E5</p> <p><u>Sente-se bem:</u></p> <p>E7</p>	
---	---	--	--

	<p>“Olhe mal, filha... Mal porque eu tenho oitenta e dois anos, tenho o meu marido com oitenta e sete, tenho a minha filha que foi operada a um peito no IPO, tenho muitos problemas, estou aqui mas estou lá (...) Então é dentro das minhas posses... Com oitenta e dois anos já sabe o que é. Eu tenho dores por todo o lado, eu também tenho problemas, também fui operada a um peito, também tenho tido muitos problemas. Como todas, como a minha irmã e como a gente todas. Enfim... Estamos dentro dos possíveis. Estamos a fazer o que podemos e o que não podemos. É assim.”</p> <p>E7 “ Epah, sinto-me, sinto-me bem porque eu é que estou sempre a cuidar dela e coiso não é... mas pronto, é assim, é um bocado stressante não é? Porque é assim, vinte e quatro horas sob vinte e quatro horas, durmo com ela, mas por minha livre vontade, porque senão também punha-a numa casa ou uma coisa qualquer. Mas não. Eu entendi que devia ser eu que cuido dela (...) Um bocadinho cansada, um bocado muito stressada, não é?! Porque a gente também tem dias, não é?! Mais cansada, menos cansada, menos chateados, mais chateados, mas pronto.”</p> <p>E8 “Eu sinto-me um pouco cansada por causa da Bronquite asmática que eu tenho. E também tenho artrite, está a ver as minhas mãos? Toda deformada. A andar é que é pior, em andando...”</p> <p>E9 “Epah. Eu sinto bem, sinto bem. Não só propriamente aquele indivíduo com muito jeito (...) Sinto, sinto. Isto massa, isto cansa, não é?”</p>		
	<p>E1 “Tenho que o ajudar a tomar banho, tenho que o ajudar a vestir (...) e tenho que ter cuidado porque ele anda sempre a cair (...) Pois... e faço a comida e lavo a roupa”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Higiene pessoal e Vestuário:</u> <p>E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9</p>	<p>- Atividades de Vida Diárias</p>

<p>➤ Q5 (Que cuidados presta à pessoa dependente?)</p>	<p>E2 “Todos. De alimentação, de higiene, de bem-estar (...)Tudo... tudo... de noite e de dia..”</p> <p>E3 “Todos! Só menos este do penso das Senhoras Enfermeiras (...) Ajudo-o a tudo. A dar-lhe banho. A passar para a cadeira. Porque ele não faz coco (...) depois passo-o para a cadeira. Depois levo-o para a casa de banho dou-lhe o banho e venho deitá-lo da mesma maneira (...) Tudo eu.”</p> <p>E4 “Todos. Desde o vestir, menos dar de comer. Isso é que... o comer arranjo-lhe todo todo como deve ser. Se é peixe tiro-lhe as espinhas todas, se é carne tiro-lhe os ossinhos e corto a carne toda e ele come. Agora o que mais faço tudo, tudo (...) Ele não se levanta sozinho. E ele anda pouquequinho. Praticamente nada. Muitas das vezes anda na cadeira de rodas porque não consegue andar mesmo nada. Para eu o mudar de um lado para outro (...) E levantá-lo, levanto-o, lavo-o, arranjo-o, dou-lhe de comer e isso tudo e depois levo-o, vai agarrado a mim, levo-o para a cozinha come, levo-o para a casa de banho para ele lavar a cara, ponho-me lá ao pé e seguro-o e ele lava a cara dele. Isso lava, faz isso tudo. E depois trago-o, sento-o à mesa e ele come e trago-o para a sala (...) muitas das vezes chego à casa de banho e vou a tirar-lhe a fralda e ele urina, não me deixa sentá-lo na sanita e pronto urina-me a roupa toda.”</p> <p>E5 “Higiene...tudo...dar medicação, higiene, dar-lhe comer, higiene de todas as maneiras, ajudá-lo a escovar os dentes, dar-lhe medicação, tudo.“</p> <p>E6 “Ora, tratamos dela como, está aí a senhora a tratar dela, mas a gente tem que estar presente, para o comer... para lavar não. Vêm as senhoras lavá-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Mobilidade:</u> E2, E3, E4, E8 • <u>Eliminação:</u> E2, E3, E4, E7 • <u>Comer e Beber:</u> E1, E2, E3, E5, E6, E7 • <u>Manutenção de um Ambiente Seguro:</u> E1, E8 	
--	---	---	--

	<p>la e agora vêm as enfermeiras tratá-la é diferente. Pronto, estamos a cuidar de uma menina deficiente, uma menina (...) Vamos nos revessamos umas às outras. Agora estou eu mais esta minha irmã, amanhã vem a outra (...)“</p> <p>E7 “Tudo. Lavo-a, dou-lhe de comer, durmo com ela. Pronto. Faço-lhe tudo. Dou-lhe os medicamentos. Ela não faz nada.”</p> <p>E8 “Olhe, eu dou-lhe o apoio que eu puder. Eu há bocadinho fui buscá-lo além. Cheguei aqui também cansada de empurrar a cadeira (...) de manhã ajudo-o a lavar e às vezes a vestir quando é preciso, quando ele está mais... ele agora graças a Deus tem estado bem, tem estado melhor (...) Eu vou-lhe levar ou às vezes um lanchinho que ele está aqui deitado aqui no sofá e eu vou-lhe buscar um lanchinho para ele comer. Pronto. É essas coisas assim mais básicas. (...) Para a cadeira, exactamente”</p> <p>E9 “Tudo. É pôr-lhe cremes, pôr-lhe coisas nos calcanhares. É pô-la para cima da cama. Que é o grande problema. É pô-la na cama (...) Para tomar banho, ela depois está na cadeira e tal, eu lavo-lhe as costas e não sei quê.</p>		
<p>2- Aspetos que provocam stress no Cuidador Informal/</p>	<p>E1 “É na casa de banho, para lhe dar banho. Porque ele não pode meter a outra perna, tá ligada não é? Não molha aquilo, e então só mete lá uma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Higiene pessoal e Vestuário:</u> 	<p>- Necessidades / Agentes de Stress</p>

<p>Identificação de necessidades do Cuidador Informal</p> <p>➤ Q6 e Q7</p> <p>(Em que área da prestação de cuidados sente mais necessidade?)</p> <p>(Quais as dificuldades que sente ao cuidar da pessoa dependente?)</p>	<p>perna e eu é que tenho que lhe dar o banho.”</p> <p>E2 “É na higiene, porque no estado dela (...) Os psicológicos foi o impacto, o primeiro impacto. De ver a grande mudança dela, do não conhecer, do tratar mal e tudo... É uma pessoa próxima, não é? É mãe.”</p> <p>E3 “Nesses dias do banho sinto-me um bocado muito cansada. Mas faz-se.”</p> <p>E4 “É porque tenho muitas dores, principalmente quando estou na cama, quando o estou a lavar na cama tenho que muitas das vezes, me levantar e respirar, porque não consigo, porque e as dores atacam-me toda aqui neste género. (...) É sempre a... a ter que... quando ele então, muitas das vezes chego à casa de banho e vou a tirar-lhe a fralda e ele urina, não me deixa sentá-lo na sanita e pronto urina-me a roupa toda. E custa-me muito. Vesti-lo na cama, vai. Mas se for assim custa-me.”</p> <p>E5 “Pois é na parte da higiene.(...) E pronto, estar todo o dia em casa não poder sair... pronto.“</p> <p>E6 “Em tudo. (...) É a mãe que tem feito as necessidades na cama.(...) A gente não se deita. Fico eu mais ela não deitamos, fica outra mais ela não deitamos. Noites e noites. Isto não é uma noite, isto tem sido noites seguidas.”</p> <p>E7 “É na parte do vestir, na parte do banho, na parte do mudar a fralda, nessa parte é que sinto mais necessidades, não é? Pronto, de resto o resto de dar a comida, até me sinto bem porque acho que ela só fica bem comida por mim. Porque sei já o</p>	<p>E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Mobilidade:</u> E3, E8 • <u>Eliminação:</u> E4, E7 • <u>Sono Alterado</u> E6 • <u>Fatores Psicológicos:</u> E7 	
---	--	--	--

	<p>jeito...e sei...”</p> <p>E8 “Às vezes a subir as rampas, fico mais cansada, não é?”</p> <p>E9 “É pô-la para cima da cama. Que é o grande problema. É pô-la na cama.(...) ... Para tomar banho, ela depois está na cadeira e tal, eu lavo-lhe as costas e não sei quê. É complicado... isto é uma vida muito complicada”</p>		
<p>3- Conhecimento acerca de apoios</p> <p>➤ Q.8</p> <p>(Sabe quais os apoios que existem disponíveis no Concelho?)</p>	<p>E1 “E sabe que aqui no Concelho existem ajudas, o apoio domiciliário, essas coisas. Conhece aqui os apoios que há? Pois, pois...”</p> <p>E2 “E sabe que existem apoios, nestes casos, aqui no Concelho, o apoio domiciliário... Sei, sei.”</p> <p>E3 “Sei. Mas vão buscar a minha reforma junto com a dele e eu tenho que pagar muito e eu não posso. Porque a dele é pequenina e eu não posso.”</p> <p>E4 “Sim, mas não tenho possibilidade disso. É que não tenho mesmo.”</p> <p>E5 “Sim do Centro de Saúde já tenho, agora da outra parte não, a parte da higiene não, enquanto eu puder não.”</p> <p>E6 “Vêm fazer higiene, a alimentação, vêm as enfermeiras, tem uma senhora que está aqui para ficar entregue a ela, que era uma coisa que já não era preciso a gente cá estar.”</p> <p>E7 “Não... não.... Por enquanto... Já fui duas vezes operada, tive ausente daqui, mas a senhora está já habituada</p>	<p>• <u>Conhecem os apoios existentes no Concelho:</u></p> <p>E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9</p>	<p>- Apoios</p>

	<p>já a ela e o pai e tenho mais dois filhos, e eles cuidaram dela, uma delas também está a tirar saúde, que é a mais nova e tirou aquele tempo para cuidar da irmã.”</p> <p>E8 “Sim, eu tenho ouvido falar, mas não sei se nós tem direito a apoio ou não, ainda não me informei ainda bem. Mas isso agora está tão mau. O estado não quer dar apoio a ninguém. É tudo a cortar na saúde. É isso.”</p> <p>E9 “Sabe que aqui no Concelho há apoios, apoio domiciliário, as enfermeiras também já cá vêm, se tiver alguma dificuldade que elas o possam ajudar... Sim.”</p>		
<p>4- Papel e relação entre Cuidador informal, pessoa dependente e profissional de saúde</p> <p>➤ Q.9</p> <p>(De que forma os profissionais de saúde podem ajudar a colmatar as suas necessidades?)</p>	<p>E1 “E já é bom. E se tiver alguma dúvida, pede a elas? Peço-lhe a elas. (...) Quando eu preciso, trazerem-me medicamentos, a médica às vezes passa e elas trazem-me. Agora pedi e elas marcaram-me as consultas, livram-me muito de ir lá a pé a cima.”</p> <p>E2 “E acha que há alguma forma que estes profissionais de saúde a podiam ajudar a si, de outra forma? Não, a mim pessoalmente... não.”</p> <p>E3 “Não, não. Fazem só o penso. O resto é tudo comigo.”</p> <p>E4 “Se tiver alguma dúvida fala com elas? Sim sim.. isso sim.”</p> <p>E5 “Sim sim, e estou à vontade, se eu tiver alguma dificuldade ou alguma pergunta eu pergunto.”</p> <p>E7 “Exatamente, tenho o apoio das enfermeiras, da fisioterapeuta que também vem da parte da UCC e pronto. O resto vou fazendo eu.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Equipa de Saúde como apoio para o CI:</u> E1, E4, E5, E6, E7, E8, E9 • <u>Equipa de Saúde sem interferência no CI:</u> E2, E3 	<p>- Confiança na Equipa de Saúde</p>

	<p>E8 “Já tem o apoio aqui das enfermeiras, se tiver alguma dúvida, alguma dificuldade também lhe diz a elas. Também lhe transmito a elas.”</p> <p>E9 “Sim. Se precisar de ajuda delas peço.”</p>		
<p>5- Atividades</p> <p>➤ Q.10</p> <p>(A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar da pessoa dependente?)</p>	<p>E1 “Acha que se não tivesse a tomar conta do seu marido, distrai-se? Aí distraia, ia às excursões com elas ia.”</p> <p>E2 “Completamente. Totalmente. Eu estou aqui metida em casa...raramente saio. Quando saio, tento orientar os horários com os do meu filho, pra ele ficar cá em casa com ela.”</p> <p>E3 “Já estava quando o meu marido me faleceu de acidente com cinquenta e poucos anos (...) Pois, prendeu-me muito mais, não é? Porque tenho uma grande pressão psicológica (...). E então depois a psicóloga mandou-me ir para os computadores, para a academia sénior e eu fui três anos.”</p> <p>E4 “Completamente. Não saio daqui para lado nenhum senão com ele. Às vezes vou até além a cima, (...) Vou além conversar um bocadinho com elas ou isso assim, mas estou lá e venho logo (...) E então é sempre de fugida.”</p> <p>E5 “Sim, sim foi muito prejudicada sim. Além de eu estar, pronto, não poder sair à vontade, fazer os meus recados sossegada, vou sempre stressada porque o deixo em casa sozinho (...) E aí é que eu pronto... ando stressada, pronto. Deixo-o, mas ando sempre com medo de o encontrar caído.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Não poder sair de casa:</u> E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9 • <u>Não ter distração com outras actividades</u> : E1, E3, E4, E5, E6, E7 	<p>- Vida Social Afetada</p>

	<p>E6 “E não têm tempo para distrair nem para fazer nada...Nada, nada...”</p> <p>E7 “Eu até à data não me sinto assim muito prejudicada, não é?! Sinto-me mais cansada, não é? Precisava mais de me abstrair um bocadinho pronto, mas eu é que escolhi esta opção e portanto não estou repesa.”</p> <p>E8 “Não, acho que não. Só por causa de não sair. Mas eu estou habituada, estou habituada a não sair, mesmo, por causa da minha doença.”</p> <p>E9 “Deixei de ir ao café falar com os amigos, deixei isso tudo... Se vou é de fugida, tenho que vir logo, não precise ela disto ou daquilo.”</p>		
<p>➤ Q.11 (Quais as atividades que lhe dão prazer, que não tem realizado por ser Cuidador e que gostava de realizar?)</p>	<p>E1 “Ia às excursões com elas ia (...) gostava de ir a qualquer.”</p> <p>E2 “A perca do emprego pra mim foi o mais difícil eu ambientar-me a isso. Tive depressão, depois era a tratar de mim e a tratar dela. Mas... foi, foi o mais difícil foi eu vir pra casa, foi eu ter que vir pra casa (...) Não sei o que é um passeio, não sei o que é ir a um campo, a uma praia, isso já há mais de oito anos. Porque isso deixei mesmo (...) Os momentos de lazer é quando tou... ou sento-me aqui a fazer, porque eu sou muito de habilidades, de manualidades. Faço qualquer coisa para me entreter. Vejo um bocadito de televisão. E é fazer a lida da casa.”</p> <p>E3 “Nunca fui a um cinema, nunca fui assim a um restaurante a almoçar ou a jantar. Não fui a nada. Estou nesta fase que não.”</p> <p>E4 “Eu nem sei, olhe, espaiar um bocadinho, mas isso... passear não que eu não gosto de passear. Perdi a vontade dessas coisas todas.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Atividades em Grupo:</u> E1, E3, E9 • <u>Atividades Individuais:</u> E2, E4, E5, E7, E8 	<p>- Atividades de Lazer</p>

	<p>Passeamos muito, passeie muito mais o meu marido...mas... agora.”</p> <p>E5 “Para me distrair sair mais durante o dia, pronto, mais sossegada secalhar, agora fazer... eu faço muito, faço em casa. Gosto muito de fazer crochet, gosto muito de fazer renda, gosto muito de fazer, pronto. Estou com a cabeça ocupada e tenho que ter a cabeça ocupada.”</p> <p>E6 “E não têm tempo para distrair nem para fazer nada... Nada, nada.”</p> <p>E7 “Há uma actividade que eu gostava muito de fazer e vou começar a fazer, já lhe disse a ela que vou começar a fazer, porque é assim eu sempre andei, sempre andei muito e agora há um ano que levei uma prótese numa perna e que me faz bastante falta andar, não é? E então, não tenho feito, não tenho feito essa parte porque ela fica a chorar, porque ela assim e não sei quê. Mas agora tenho andado a mentalizá-la que ela fica com a senhora e eu à tarde.”</p> <p>E8 “Pois, senão pintava as casas eu mesmo, como eu podia. Mas assim olha, às vezes dou um baixinhos. Ele passa com cadeira esfola ali uns cantinhos e eu vou e pincelo os cantinhos, no dia que ele vai para a diálise, tenho assim mais um bocadinho devagar.”</p> <p>E9 “Não... quer dizer, há aí amigos que têm uma oficina e que me pedem para ir aqui ou ali buscar um carro a um cliente, mas isso também não é obrigação, não é?”</p>		
--	---	--	--

Apêndice D (Planos de Sessão de Educação para a Saúde "Cuidados de Higiene")

-Plano da Sessão		
Tema: Cuidados de Higiene e Conforto		
Formadores	Enfermeira Gisela Lopes – Enfermeira da UCC de Vendas Novas	
	Isabel Valentim- Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	
Destinatários: Cuidadores Informais de utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas		
Local: Domicílio dos utentes		
Data: novembro 2019 a janeiro de 2020	Hora: a designar	Duração prevista: 45 minutos
Objetivos		
<p>OBJETIVO GERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender os cuidados a prestar ao utente no âmbito da higiene pessoal e vestuário. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância dos cuidados de higiene pessoal dos utentes na prevenção de complicações circulatorias, lesões cutâneas, infecção e conforto do utente; • Caracterizar o processo de higiene pessoal dos utentes; • Identificar estratégias para providenciar conforto e bem-estar ao utente e Cuidador Informal; • Identificar estratégias que facilitem a prestação de cuidados de higiene pessoal. 		
Conteúdos da sessão teórica (10 minutos):		Conteúdos da sessão prática (10 minutos):
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação dos temas abordar e de como decorrerá a formação (2 minutos) 2. Caracterização dos Cuidados de Higiene (5 minutos) 3. Caracterização dos tipos de Cuidados de Higiene (5 minutos) 4. Esclarecimento de dúvidas (10 minutos) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrução acerca dos cuidados de higiene adaptados à situação de cada utente (10 minutos) 2. Instrução acerca de uso de materiais e utensílios de auxílio facilitadores da prestação de cuidados de higiene ao utente. (10 minutos)
Metodologia e Recursos		

Metodologia: Expositivo/ Demonstrativo
Meios audiovisuais: Computador, Software PowerPoint.
Materiais: Cama, chuveiro, cadeira de banho, lava cabeças, champô, creme hidratante, lençóis.
Avaliação da Sessão
<ul style="list-style-type: none">• Realização de diálogo com o Cuidador Informal, de forma a questioná-lo acerca do que aprendeu, acerca de dúvidas existentes, bem como da sessão em si;• Aplicação de Grelha de Observação direta na prestação dos cuidados.

Apêndice E (Planos de Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos")

Plano da Sessão		
Tema: Mobilizações e Posicionamentos		
Formadores	Enfermeira Gisela Lopes – Enfermeira da UCC de Vendas Novas	
	Isabel Valentim- Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	
Destinatários: Cuidadores Informais de utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas		
Local: Domicílio dos utentes		
Data: novembro 2019 a janeiro de 2020	Hora: a designar	Duração prevista: 45 minutos
Objetivos		
<p>OBJETIVO GERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compreender os cuidados a prestar ao utente no âmbito das mobilizações e posicionamentos do utente. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a importância da mobilização dos utentes na prevenção de complicações músculo-esqueléticas e úlceras de pressão; Caracterizar o processo de posicionamento e mobilização dos utentes; Identificar estratégias para providenciar conforto e bem-estar para utente e Cuidador Informal. 		
Conteúdos da sessão teórica (10 minutos):		Conteúdos da sessão prática (10 minutos):
<ol style="list-style-type: none"> Apresentação dos temas abordar e de como decorrerá a formação (2 minutos) Realçar a importância de alternância de decúbitos e levante na prevenção de complicações músculo-esqueléticas e úlceras de pressão (10 minutos) Importância de adoção de Postura corporal correta (2 minutos) 		<ol style="list-style-type: none"> Instrução acerca das mobilizações no leito e alternância de decúbitos (20 minutos) Instrução acerca de transferências. (10 minutos)
Metodologia e Recursos		

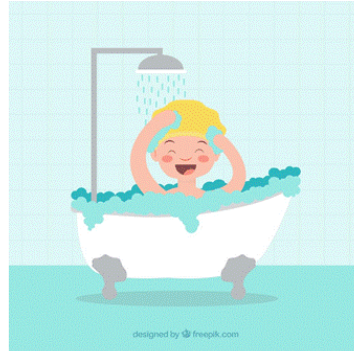
Metodologia: Expositivo/ Demonstrativo
Meios audiovisuais: Computador, Software PowerPoint.
Materiais: Cama, cadeira de rodas ou cadeirão, lençóis, almofadas, creme hidratante,
Avaliação da Sessão
<ul style="list-style-type: none">• Realização de diálogo com o Cuidador Informal, de forma a questioná-lo acerca do que aprendeu, acerca de dúvidas existentes, bem como da sessão em si;• Aplicação de Grelha de Observação direta na prestação dos cuidados.

Apêndice F (Sessão de Educação para a Saúde "Cuidados de Higiene")

CUIDADOS DE HIGIENE PESSOAL

Uma higiene do corpo adequada garante:

- Uma pele limpa e hidratada;
- Previne problemas de pele;
- Previne infecções;
- Ajuda a melhorar a circulação do sangue;
- Ajuda a pessoa dependente a sentir-se limpa, relaxada e bem.



ALGUNS CONSELHOS



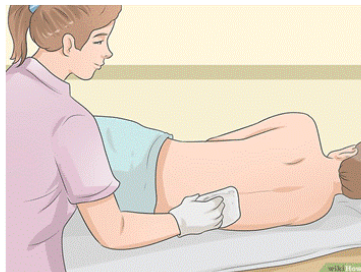


ALGUNS CONSELHOS (CONT.)



ONDE REALIZAR O BANHO

- O Cuidador deve optar pelo banho no chuveiro, no entanto, se a pessoa cuidada está impossibilitada de sair da cama, o banho tem de ser aí realizado.



MATERIAL

- Sabonete ou gel de banho neutro
- Champô
- Creme hidratante
- Pasta de dentes e elixir
- Soro Fisiológico
- Esponja
- Escova
- Escova de dentes
- Compressa
- Corta unhas
- Toalhas
- Bacias
- Copo



COMO FAZER A HIGIENE DOS OLHOS

- Humedeça uma compressa com soro fisiológico e limpe um olho de cada vez, de fora para dentro. Deve usar uma compressa diferente para cada olhos;
- Observe e veja se há vermelhidão ou secreções nos olhos.



COMO FAZER A HIGIENE DOS OUVIDOS

- Lave as orelhas com água e sabonete e de seguida seque com uma toalha;
- Não use cotonetes nos ouvidos.



COMO FAZER A HIGIENE ORAL



BANHO NO CHUVEIRO

- Eliminar correntes de ar, fechando portas e janelas;
- Verificar sempre se há água no chão, para evitar acidentes e quedas;
- Dar banho à pessoa com ela sentada.



BANHO NA CAMA



COMO LAVAR O CABELO NA CAMA

- Ponha uma toalha à volta do pescoço da pessoa;
- Ponha debaixo da cabeça da pessoa uma bacia, oleado, plástico ou outro material impermeável (existem alguns materiais insufláveis próprios para esta tarefa);
- Molhe o cabelo com um jarro ou copo com água morna;



FAZER A CAMA

- Com uma mão no braço e outra na perna (que deve estar dobrada), rode a pessoa para o bordo da cama, ficando de costas para si;
- Retire o lençol de baixo e empurre-o até às costas da pessoa;
- Ponha o lençol lavado até às costas da pessoa;
- Vire a pessoa para o seu lado;
- Retire o lençol sujo e estique o lençol lavado, prenda-o ao colchão.



Obrigada pela sua atenção!



Apêndice G (Sessão de Educação para a Saúde "Mobilizações e Posicionamentos")



3º Mestrado de Enfermagem em Associação
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Docente: Professora Doutora Maria Vitória Casas Novas
Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista Gisela Lopes

MOBILIZAÇÕES E POSICIONAMENTOS

dezembro, 2019 Isabel Valentim

Objetivos

- Informar acerca da importância da alternância de decúbitos;
- Informar acerca dos posicionamentos no leito e acerca de transferências;
- Demonstrar posicionamentos no leito e transferências.

Mobilização

- A pessoa com limitações físicas que fique durante muito tempo na mesma posição tem um maior risco de desenvolver complicações:

- Astenia;
- Rigidez muscular;
- Problemas de circulação;
- Feridas;
- Úlceras por pressão...



Para evitar complicações:

- Mudar várias vezes a posição da pessoa (de 2/2h), usando posicionamentos adequados e alternados;
- Se a pessoa conseguir ajudar, deve pedir a sua colaboração;
- Se possível, baixar a cabeceira da cama;
- Durante a mudança de posição tentar não arrastar o corpo da pessoa, mas sim, levantar o corpo (com a ajuda de um lençol);
- Usar um lençol dobrado ao meio (dos ombros até às coxas da pessoa) assim evita a fricção da pessoa na cama;
- Os lençóis devem estar sempre secos e sem rugas;



Para evitar complicações(cont.):

- É importante o uso de um colchão de pressão alternada, para evitar zonas de pressão (Se verificar zonas vermelhas na pele da pessoa, deve contactar a equipa de saúde);
- Usar almofadas para apoiar o corpo da pessoa nos posicionamentos;
- Respeitar o alinhamento do corpo;
- Massajar o corpo da pessoa, com creme hidratante, para ativar a circulação do sangue e prevenir úlceras por pressão.



Postura

- Realizar movimentos lentos, sem brusquidão e evitar fricções;
- Deve manter as suas costas direitas, os joelhos ligeiramente dobrados, os pés separados mais ou menos à largura da cintura e deve manter o corpo voltado na direcção em que vai realizar o movimento, e o mais perto possível da pessoa;

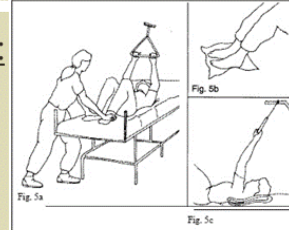


Mobilizações na Cama

Mobilizar no sentido da cabeceira da cama:

Se a pessoa puder colaborar:

- ▶ Pedir para que se agarre à cabeceira da cama, dobre os joelhos e faça força com os pés;
- ▶ Colocar os seus braços por debaixo da pessoa e em conjunto elevam o corpo, movendo para cima.

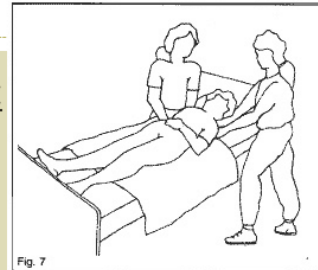


Mobilizações na Cama

Mobilizar no sentido da cabeceira da cama:

Se a pessoa não puder colaborar:

- ▶ Colocar um braço por de baixo do ombro da pessoa e outro por debaixo da coxa e puxar o corpo da pessoa para cima;
- ▶ Sempre que possível peça ajuda a outra pessoa e com recurso a um lençol, puxe a pessoa no sentido da cabeceira da cama.



Posicionamentos

Decúbito Dorsal – Deitado de costas

- Posicionar a pessoa, deitada de costas, no centro da cama e com a coluna vertebral alinhada (observe dos pés da cama pra verificar o alinhamento);
- Colocar a cabeça e os ombros da pessoa numa almofada baixa;
- Esticar os braços ao longo do corpo da pessoa;
- Afastar ligeiramente os braços do tronco e colocar os cotovelos ligeiramente flectidos;



Posicionamentos

Decúbito Dorsal – Deitado de costas

- Colocar as mãos da pessoa viradas para baixo e abertas;
- Coloque as pernas estendidas e ligeiramente separadas;
- Os pés devem ficar em cima de um almofada baixa, ficando os calcanhares de fora da almofada, sem estarem assentes no colchão;
- Colocar almofadas debaixo dos joelhos/barriga da perna;
- Aliviar a roupa de cima, junto aos pés.



Decúbito Lateral – Deitado de Lado

- Permanecer no lado da cama para o qual vai virar a pessoa;
- Cruzar o braço e a perna da pessoa, no sentido em que se vai virar, dobrando o joelho;
- Virar ou ajudar a virar a cabeça da pessoa na sua direção;
- Rodar a pessoa para o seu lado.



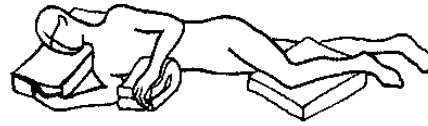
Decúbito Lateral – Deitado de Lado

- Pode usar-se um lençol para virar a pessoa;
- Ficar do lado oposto para o qual a pessoa será virada;
- Puxar o lençol, movendo a pessoa, na sua direção e para a beira da cama;
- Elevar o lençol, virando a pessoa lentamente;
- Quando a pessoa já está deitada de lado, colocar uma almofada nas costas da pessoa para lhe dar conforto e apoio;



Decúbito Lateral – Deitado de Lado

- Verificar se o braço e ombro que ficam por baixo da pessoa, estão numa posição confortável;
- Colocar a perna que fica por baixo quase estendida e a que fica em cima, ligeiramente fletida, para que a anca fique alinhada;
- Posicionar a cabeça sobre uma almofada;
- Colocar o braço que fica em cima, ligeiramente fletido e se necessário em cima de uma almofada;
- Verificar o alinhamento corporal, observando a pessoa dos pés da cama.



Sentar a Pessoa na Cama

- Colocar a pessoa de lado e com as pernas fletidas;
- Com um braço agarrar as pernas da pessoa por detrás dos joelhos e com o outro braço agarrar a pessoa pelo tronco;
- Tirar as pernas da pessoa para fora da cama, num só movimento, subindo o tronco ao mesmo tempo que desce as pernas;
- Para deitar a pessoa, faça os movimentos no sentido oposto.



Transferências

- Colocar a cadeira ao lado da cama;
- Com a pessoa sentada, colocar os braços da pessoa em cima dos seus ombros;
- Dobrar ligeiramente os seus joelhos e segurar a pessoa pela cintura;
- Colocar a pessoa em pé e virar o corpo na direção da cadeira;
- Utilizar os seus joelhos para bloquear as pernas da pessoa, para evitar o seu deslizamento para a frente;
- Sentar a pessoa na cadeira.



Referências Bibliográficas

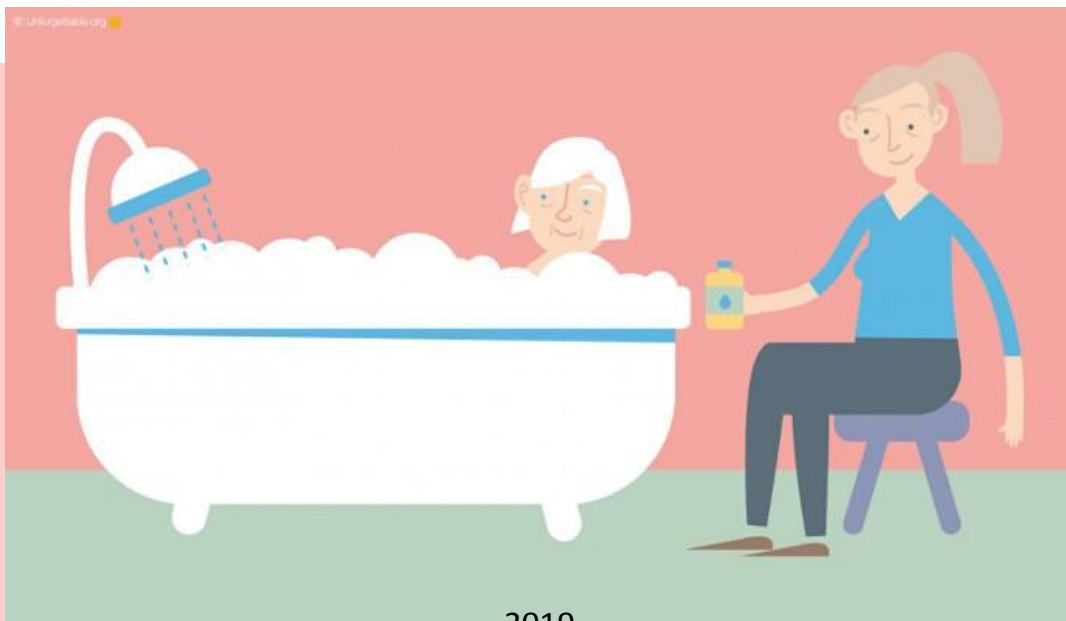
- Diogo, A.; Moura, M. (s/ data). Cuidados à pessoa dependente. Governo dos Açores. Secretaria Regional de Solidariedade Social 2ªed. Sociedade Espanhola de Geriatria y Gerontologia. Madrid. Acedido a 02 de novembro de 2019. **Disponível em:**
- Dompedro, J.; Rodriguez, A.; Antón, M.; Mora, R.; Alainez, M.; Aguilera, S.; Bernal, A.; Cordero, P.; Peces, E. & Martin, M. (DATA). Curso Online para cuidadores de pessoas idosas com dependência. Acedido a 02 de novembro de 2019. **Disponível em:**
- Queirós, A. (2012). Manual do Cuidador. Manual de Apoio ao Cuidador de Pacientes Dependentes. Acedido a 02 de novembro de 2019. **Disponível em:**
- Veiga, B et al.(2011). Manual de normas de Enfermagem,. Procedimentos Técnicos. ACSS-2ª Edição Revista Lisboa.71-92, 150-184, 193-208. Acedido a 02 de novembro de 2019. **Disponível em:**
- Alexandre, N. & Rogante, M. (data). Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos.

Obrigada pela sua atenção!



Apêndice H (Flyer “Cuidados de Higiene”)

HIGIENE PESSOAL



2019

Uma higiene do corpo adequada garante: Uma

- pele limpa e hidratada; Previne
- problemas de pele; Previne infecções;
- Ajuda a melhorar a circulação do sangue; Ajuda a
- pessoa a sentir-se limpa e relaxada.

Higiene dos Olhos



- Humedecer uma compressa com soro fisiológico e limpar um olho de cada vez, de fora para dentro. Deve usar uma compressa diferente para cada olho;
- Observar e verificar se há vermelhidão ou secreções nos olhos.

Higiene dos Ouvidos



- Lavar as orelhas com água e sabonete e de seguida seque com uma toalha;
- Não usar cotonetes nos ouvidos.

Higiene Oral

- Usar a escova de dentes e a pasta e escovar suavemente os dentes, gengiva, bochechas e língua da pessoa cuidada;
- Dar um pouco de água para a pessoa bochechar e cuspir;
- Se a pessoa usar prótese dentária, retirar e lavar com água e pasta de dentes ou produto próprio.



Alguns Conselhos



- Respeitar a intimidade da pessoa;
- Incentivar a pessoa a fazer o máximo que conseguir na sua higiene pessoal;
- Se o movimento do corpo causar dor, a pessoa deve tomar um analgésico cerca de 30 minutos antes da higiene;
- Manter a temperatura da água +/-35°C;
- Sempre que necessário usar luvas para sua proteção;
- Observar a pele da pessoa para verificar a existência de vermelhidão, nódoa negra ou bolha;
- Usar cremes para manter a pele hidratada;
- Se a pessoa tiver algum penso, este não deve ser molhado.



Material

- Sabonete ou gel de banho neutro



- Champô

- Creme hidratante

- Pasta de dentes e elixir



- Soro Fisiológico

- Esponja

- Escova



- Toalhas

- Escova de dentes



- Bacias

- Compressa

- Corta unhas



Banho na cama



- Use um recipiente para a água com sabonete/gel de banho e outra para a água de enxaguar;
- Mude a água sempre que for preciso e quando lavar os genitais;
- Depois de lavar, enxaguar e secar uma zona do corpo, tape-a com a toalha;
- Quando lava os genitais, nas mulheres, deve lavar da frente para trás e nos homens deve puxar para trás o prepúcio e lavar a glândula. Não se esqueça de voltar a cobrir a glândula depois de secar;
- Aplique creme hidratante em todo o corpo.
- Quando for necessário lavar a cabeça da pessoa, use materiais adaptativos.



Banho no chuveiro



- A casa de banho deve estar adaptada às necessidades da pessoa cuidada (barra de apoio, tapetes antiderrapantes, cadeira de banho);
- Eliminar correntes de ar, fechando as portas e janelas;
- Verificar sempre se há água no chão, para evitar acidentes e quedas.



3º. Mestrado de Enfermagem em Associação Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Docente: Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas

Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista Gisela Lopes

Discente: Isabel Valentim – Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública



Apêndice I (Flyer “Mobilizações e Posicionamentos”)

MOBILIZAÇÕES E POSICIONAMENTOS



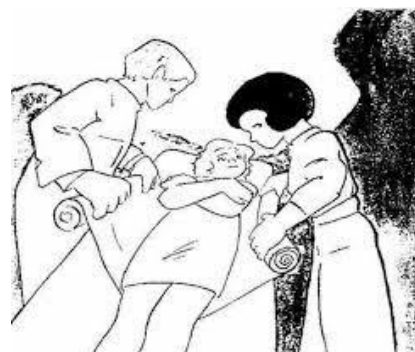
2019

ISABELVALENTIM

Mobilização

Apessoa com limitações físicas que fique durante muito tempo na mesma posição tem um maior risco de desenvolver complicações:

- Astenia;
- Rigidez muscular;
- Problemas de circulação;
- Feridas;
- Úlceras por pressão



Para evitar complicações:

- Mudar várias vezes a posição da pessoa (de 2/2h);
- Durante a mudança de posição tentar não arrastar o corpo da pessoa, mas sim, levantar o corpo (com a ajuda de um lençol);
- Usar um lençol dobrado ao meio (dos ombros até às coxas da pessoa) assim evita a fricção da pessoa na cama;
- É importante o uso de um colchão de pressão alternada, para evitar zonas de pressão;
- Usar almofadas para apoiar o corpo da pessoa nos posicionamentos;
- Massajar o corpo da pessoa, com creme hidratante, para ativar a circulação do sangue e prevenir úlceras por pressão.



Postura



- Realizar movimentos lentos, sem brusquidão e evitar fricções;
- Mantenha as suas costas direitas, os joelhos ligeiramente dobrados, os pés separados mais ou menos à largura da cintura e o corpo voltado na direcção em que vai realizar o movimento, o mais perto possível da pessoa;

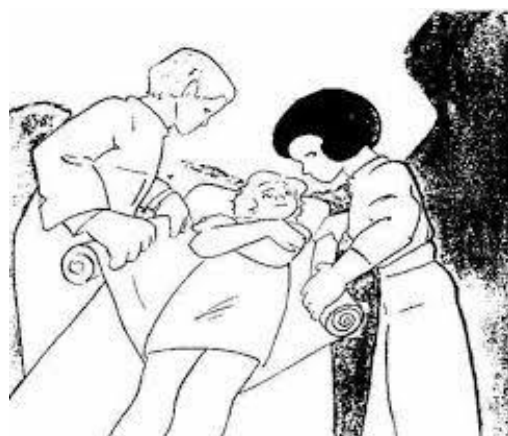


Mobilizações na Cama



Mobilizar no sentido da cabeceira da cama: Se

- a pessoa puder colaborar:
 - Pedir para que se agarre à cabeceira da cama, dobre os joelhos e faça força com os pés;
 - Colocar os seus braços por debaixo da pessoa e em conjunto elevar o corpo, movendo-o para cima.
- Se a pessoa não puder colaborar:
 - Colocar um braço por debaixo do ombro da pessoa e outro por debaixo da coxa e puxar o corpo da pessoa para cima;
 - Sempre que possível peça ajuda a outra pessoa e com recurso a um lençol, puxe a pessoa no sentido da cabeceira da cama.



Posicionamentos

Decúbito Dorsal – Deitado de costas

- Posicionar a pessoa, deitada de costas, no centro da cama e com a coluna vertebral alinhada (observe dos pés da cama para verificar o alinhamento);
- Colocar a cabeça e os ombros da pessoa numa almofada baixa;
- Esticar os braços ao longo do corpo da pessoa;
- Afastar ligeiramente os braços do tronco e colocar os cotovelos ligeiramente flectidos;
- Colocar as mãos da pessoa viradas para baixo e abertas;
- Colocar as pernas da pessoa esticadas e ligeiramente separadas;
- Os pés devem ficar em cima de uma almofada baixa, ficando os calcanhares de fora da almofada, sem estarem assentes no colchão;
- Colocar almofadas debaixo dos joelhos/barriga da perna;
- Aliviar a roupa de cima, junto aos pés.



Decúbito Lateral – Deitado de Lado

- Permanecer no lado da cama para o qual vai virar a pessoa;
- Cruzar o braço e a perna da pessoa, no sentido em que se vai virar, dobrando o joelho;
- Virar ou ajudar a virar a cabeça da pessoa na sua direção;
- Rodar a pessoa para o seu lado (pode usar um lençol para virar a pessoa);
- Ficar do lado oposto para o qual a pessoa será virada;
- Puxar o lençol, movendo a pessoa, na sua direção e para a beira da cama;
- Elevar o lençol, virando a pessoa lentamente;
- Quando a pessoa já está deitada de lado, colocar uma almofada nas costas da pessoa para lhe dar conforto e apoio;
- Verificar se o braço e ombro que ficam por baixo da pessoa, estão numa posição confortável;
- Colocar o braço que fica em cima, ligeiramente fletido e se necessário em cima de uma almofada;
- Colocar a perna que fica por baixo quase estendida e a que

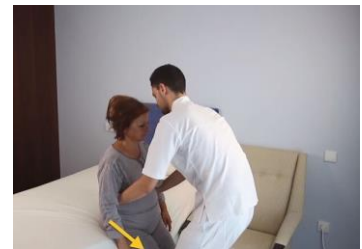


fica em cima, ligeiramente dobrada, para que a anca fique alinhada;

- Posicionar a cabeça sobre uma almofada;
- Verificar o alinhamento corporal, observando a pessoa dos pés da cama.

Sentar a Pessoa na Cama

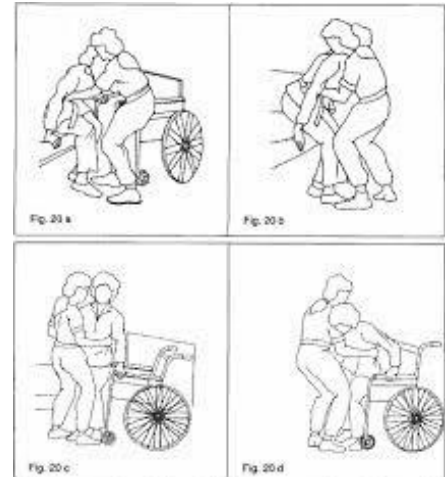
- Colocar a pessoa de lado e com as pernas fletidas;
- Com um braço agarrar as pernas da pessoa por detrás dos joelhos e com o outro braço agarrar a pessoa pelo tronco;
- Tirar as pernas da pessoa para fora da cama, num só movimento, subindo o tronco ao mesmo tempo que desce as pernas;
- Para deitar a pessoa, faça os movimentos no sentido oposto.



Transferências

- Colocar a cadeira ao lado da cama;
- Com a pessoa sentada, colocar os braços da pessoa em cima dos seus ombros;
- Dobrar ligeiramente os seus joelhos e segurar a pessoa pela cintura;

- Colocar a pessoa em pé e virar o corpo na direção da cadeira;
- Utilizar os seus joelhos para bloquear as pernas da pessoa, para evitar o seu deslizamento para a frente;
- Sentar a pessoa na cadeira.



3º. Mestrado de Enfermagem em Associação
Especialização em Enfermagem Comunitária
e de Saúde Pública

Docente: Professora Doutora Maria Vitória Casas-

Novas

Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista Gisela

Lopes

Discente: Isabel Valentim – Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Apêndice J (Cronograma)

Semanas Atividades Planeadas	outubro				Novembro				dezembro				janeiro				
	7-11	14-28	21-25	28-1	4-8	11-15	18-22	25-29	2-6	9-13	16-20	23-27	30-3	6-10	13-17	20-24	27-31
Diagnóstico de Situação (Elaboração e Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados)																	
Análise de Dados e Priorização das Necessidades																	
Fixação dos Objetivos e Estratégias																	
Implementação das Intervenções																	
Avaliação																	
Elaboração de Artigo Científico																	
Realização de Relatório Final																	

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice L (Artigo Científico)

Estágio Final

3º Mestrado de Enfermagem em Associação Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Docente: Professora Doutora Maria Vitória Casas-Novas

Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista Gisela Margarida Coelho Lopes

Melhorar as competências dos Cuidadores Informais

Autora:

Isabel Valentim, nº.19319

janeiro, 2020

Melhorar as competências dos Cuidadores Informais

Isabel Alexandra Gonçalves Valentim – Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Correio electrónico de contacto: *isabelvalentim20@hotmail.com*

RESUMO

O cuidar é um conceito essencial ao ser humano, surgindo muitas vezes associado a situações de dependência. Dados estatísticos revelam que o índice de dependência total irá sofrer aumentos drásticos nas próximas décadas. Assim surge o Cuidador Informal com um papel preponderante na prestação de cuidados à pessoa dependente. Este deve estar apto para tal, encontrando-se capacitado, confortável e seguro no seu papel.

Objetivo: Identificar as necessidades dos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC do ACES Alentejo Central. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa fenomenológica, amostragem não probabilística. **Resultados:** Maioritariamente os Cuidadores Informais são mulheres, com idade superior a 65 anos e com relação filial ou conjugal com a pessoa cuidada. Apenas um Cuidador não refere cansaço quando inquirido acerca de como se sente no seu papel. Verifica-se que maioria dos cuidados prestados à pessoa dependente se referem a atividades de vida diárias (Higiene Pessoal e Vestuário, Comer e Beber, Mobilidade, Eliminação e Manutenção do Ambiente Seguro). Constatou-se que os Cuidadores Informais sentem mais dificuldade/necessidades na realização dos cuidados de Higiene Pessoal e Vestuário. Verificou-se também que os cuidadores conhecem os apoios sociais existentes no concelho, embora não recorram aos mesmos. A relação com os profissionais de saúde está mantida sendo eficaz. Os Cuidadores Informais referem ainda que a sua via social é afetada devido ao seu papel. **Conclusão:** O estudo demonstrou a necessidade dos profissionais de saúde intervirem junto dos Cuidadores Informais, capacitando-os, para que se sintam seguros e satisfaçam, as suas necessidades.

Descritores: “Cuidador Informal”, “Cuidados de Enfermagem”, “Dependência”.

ABSTRACT

Caring is an essential concept to the human being, often arising associated with situations of dependence. Statistical data show that the total dependency ratio will increase dramatically in the coming decades. Thus comes the Informal Caregiver with a leading role in providing care to the dependent person. He must be able to do so, being able, comfortable and secure in his role.

Objective: To identify the needs of Informal Caregivers of ECES users of the ACES Central CCU Alentejo. **Methodology:** Study of qualitative phenomenological approach, non-probabilistic sampling. **Results:** Mostly the Informal Caregivers are women, over 65 years old and with filial or marital relationship with the cared person. Only a Caregiver does not report tiredness when asked about how they feel in their role. Most of the care provided to the dependent person is found to be related to daily living activities (Personal Hygiene and Clothing, Eating and Drinking, Mobility, Disposal and Maintenance of the Safe Environment). Informal caregivers were found to have more difficulty / needs in performing Personal Hygiene and Clothing care. It was also found that caregivers know the social support existing in the county, although they do not use them. The relationship with health professionals is maintained being effective. Informal caregivers also report that their social pathway is affected due to their role. **Conclusion:** The study demonstrated the need for health professionals to intervene with Informal Caregivers, enabling them to feel safe and meet their needs.

Descriptors: “Informal Caregiver”, “Nursing Care”, “Dependency”.

RESUMEN

El cuidado es un concepto esencial para el ser humano, que a menudo surge asociado con situaciones de dependencia. Los datos estadísticos muestran que la relación de dependencia total aumentará dramáticamente en las próximas décadas. Así surge el cuidador informal con un papel principal en la atención a la persona dependiente. Debe poder hacerlo, ser capaz, cómodo y seguro en su papel.

Objetivo: identificar las necesidades de los cuidadores informales de los usuarios de ECES del UCC ACES Central Alentejo. **Metodología:** Estudio del enfoque fenomenológico cualitativo, muestreo no probabilístico. **Resultados:** La mayoría de los cuidadores informales son mujeres, mayores de 65 años y con relación filial o marital con la persona atendida. Solo un cuidador no informa cansancio cuando se le pregunta cómo se siente en su rol. La mayor parte de la atención brindada a la persona dependiente se relaciona con actividades de la vida diaria (higiene personal y vestimenta, alimentación y bebida, movilidad, eliminación y mantenimiento del ambiente seguro). Se descubrió que los cuidadores informales tienen más dificultades / necesidades para realizar la higiene personal y el cuidado de la ropa. También se descubrió que los cuidadores conocen el apoyo social existente en el condado, aunque no los utilizan. La relación con los profesionales de la salud se mantiene siendo efectiva. Los cuidadores informales también informan que su vía social se ve afectada debido a su papel. **Conclusión:** El estudio demostró la necesidad de que los profesionales de la salud intervengan con los cuidadores informales, permitiéndoles sentirse seguros y satisfacer sus necesidades.

Descriptor: “Cuidador Informale”, “Cuidado de Enfermería”, “Adicción”.

INTRODUÇÃO

O Cuidar é um conceito inato e essencial ao ser humano. O processo de Cuidar é um processo natural, contudo revela-se de uma enorme importância e magnitude, podendo gerar impactos muito relevantes.

No que se refere ao Cuidado de Enfermagem, pode ser entendido como um fenómeno intencional, essencial à vida. Manifesta um “saber-fazer” baseado na ciência, na arte, na ética e na estética, dirigido às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade. ⁽¹⁾

Os cuidados de enfermagem prevêm, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, de busca pela satisfação das necessidades humanas essenciais e da máxima independência na realização das actividades de vida. Procuram ainda a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, através de processos de aprendizagem do utente. ⁽²⁾

O cuidar do outro envolve inúmeros acontecimentos. Tal como defende Cachada⁽³⁾ “Cuidar pressupõe uma relação entre duas pessoas, esta pode ser estabelecida de várias formas, com uma enorme variedade de sentimentos associados, sendo que cada adulto é um potencial cuidador.” É neste sentido que surge o Cuidador Informal que tem um papel essencial na prestação de cuidados à pessoa dependente.

Na literatura não existe uma definição teórica suficientemente clara e fundamentada de Cuidador Informal. Este facto deve-se a que o conceito de Cuidador Informal tem vindo a ser definido numa visão mais prática e de acordo com o contexto, com as características ou problemáticas das pessoas cuidadas.⁽⁴⁾ Podem ser encontradas algumas descrições de “Cuidador Informal”, mas na sua maioria, todas salientam o facto de os cuidados prestados por estes serem cuidados de tipo informal, cuidados

sem formação, sem remuneração, prestados por familiares, na sua maioria, com o intuito da satisfação das necessidades básicas da pessoa dependente. ⁽⁵⁾

Também Sequeira ⁽⁶⁾ define os cuidados prestados pelo Cuidador Informal como os cuidados que são realizados sem preparação e não remunerados.

Uma definição possível de Cuidador Informal é a referida por Pires ⁽⁷⁾ “É cuidador aquele que cuida de uma pessoa que apresenta algum tipo de patologia que cause dependência. É informal aqueles cujos cuidados não são realizados tendo em consideração qualquer tipo de contrapartida.”

Em Portugal em 2019, foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal e segundo este o Cuidador informal principal pode ser definido como o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. ⁽⁸⁾

Nos últimos tempos tem vindo a assistir-se a uma mudança de paradigma no que diz respeito à população. Esta mudança é assumida como consequência de quedas acentuadas da taxa de fertilidade, diminuição da taxa de natalidade, aumento da esperança média de vida, bem como dos progressos da Medicina e a existência de melhores condições de vida, nomeadamente, socioeconómicas. Todos estes aspectos conduziram ao aumento da longevidade da população e consequentemente ao envelhecimento demográfico em todo o mundo ⁽⁹⁾.

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999) citado por Sequeira ⁽⁶⁾, em 2050, nos países desenvolvidos, a população idosa ultrapassará dois terços da população total. Relativamente a Portugal, e de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) ⁽¹⁰⁾, o envelhecimento demográfico continua a aumentar sendo a idade média da população portuguesa de 44.2 anos. Ainda

segundo dados do INE ⁽¹⁰⁾ entre 2015 e 2080 o número de idosos em Portugal passará de 2.1 para 2.8 milhões. Devido ao decréscimo da população jovem e ao aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens em 2080. ⁽¹⁰⁾

De acordo com a OMS ⁽⁹⁾, o idoso dos países desenvolvidos pode ser definido como a pessoa com 65 ou mais anos de idade. Segundo Sequeira ⁽⁶⁾, o envelhecimento relaciona-se com um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que se processam ao longo do ciclo vital. Assim, com a progressão no ciclo vital, vai se desenvolver o envelhecimento a par com alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas.

O envelhecimento, a nível biológico, está associado a uma enorme variedade de danos moleculares e celulares e ao longo do tempo, esses danos conduzem a uma perda gradual nas reservas psicológicas e a um aumento da susceptibilidade de contrair doenças.

Para além da parte biológica, o envelhecimento engloba também outras alterações significativas, nomeadamente, alterações nos papéis e posições sociais¹.

Na maioria dos casos é nesta altura que surge a dependência. Supõe-se que o índice de dependência em 2050 atinja os 57.8%, significando que mais de metade dos idosos se encontra numa situação de dependência. ⁽¹⁰⁾

De acordo com dados do INE ⁽¹⁰⁾, o índice de dependência de idosos poderá mais do que duplicar entre 2017 e 2080, passando de 33 para 71 idosos por 100 pessoas potencialmente activas. Em relação ao índice de dependência dos jovens, poderá aumentar de 21.4 em 2017 para 23.1 em 2080. Relativamente à dependência total em 2017 foi de 55 e em 2080 deverá ser de 94.

Desta forma, nasce a necessidade de cuidar da pessoa dependente, surgindo assim o Cuidador Informal. Na maioria das vezes, a família é quem assume a responsabilidade do cuidar. A família surge como um elemento essencial na assistência e manutenção da pessoa dependente no seu contexto habitual. ⁽⁶⁾

Segundo Sequeira ⁽⁶⁾, os Cuidadores Informais são maioritariamente adultos com idades superiores a 40 anos de idade, mulheres, domésticas, com baixo nível de escolaridade, desempregadas e/ou reformadas. Normalmente são esposas ou filhas. Estes Cuidadores Informais assumem os cuidados à pessoa dependente, no entanto, é necessário ter em conta que também elas próprias são pessoas e que como tal também necessitam de cuidados. Desta forma, surge a necessidade de considerar formas de apoio para que o cuidar da pessoa dependente não seja algo penoso, mas pelo contrário, algo que gere satisfação e prazer.

O cuidado informal, por um lado, pode ser entendido como gerador de vantagens para a sociedade como um todo, por reduzir os custos do cuidado formal, mas por outro lado, os cuidados informais apresentam consequências para a sobrecarga, qualidade de vida e saúde do cuidado. ⁽¹¹⁾

Pode dizer-se que o cuidar pode ter repercussões positivas e negativas. Há que ter em conta essas repercussões e assumir que se conseguirmos trabalhar e dar atenção ao Cuidador Informal é possível obterem-se resultados na promoção da manutenção do idoso no domicílio, alcançando-se uma maior satisfação do Cuidador, menor número de dificuldades, conduzindo a melhores cuidados. ⁽⁶⁾

O mesmo autor salienta que a função do Cuidador Informal é importantíssima, visto que a sua atuação irá ter implicações a nível económico, social e humano. Deste modo, as políticas de saúde não devem sobrevalorizar esta questão.

O número total de pessoas que proporciona algum tipo de cuidado poderá ascender aos 125 milhões em toda a Europa. O valor estimado anual dos serviços prestados

pelos cuidados dos familiares, apenas a idosos, calcula-se que ascenda a 375 bilhões de dólares. Estima-se que 9,6 milhões de famílias proporcionam cerca de 35 horas semanais de cuidados, constatando-se que em determinados estados membros europeus, o valor estimado da prestação de cuidados informais, ultrapasse o conjunto de todas as despesas para com os cuidados formais, segundo o relatório *Caring and Post Caring in Europe* em 2010. ⁽¹²⁾

No entanto, há que ter em conta que para cuidar do outro, quem cuida tem que estar apto para tal e tem que se sentir apto para tal. O Cuidador deve estar capacitado e sentir-se confortável e seguro no papel de cuidador. Desta forma, é essencial cuidar de quem cuida. ⁽⁶⁾

Assim, não deve cair em esquecimento a outra face da moeda do cuidar, não se deve descurar que quem cuida também é uma pessoa, única, com as suas próprias particularidades, características, potencialidades e necessidades. Desta forma, é importante formar os Cuidadores Informais para além dos cuidados à pessoa dependente. É também necessário dotá-los de informação acerca da forma como devem gerir o cuidado consigo mesmos (13). Segundo os mesmos autores, o Cuidador Informal deverá possuir conhecimentos acerca da doença da pessoa cuidada, bem como deverá adquirir novas competências para que se sinta capacitado para lidar com a doença do outro, nunca se esquecendo de cuidar de si mesmo.

Vários autores referem que deve existir uma revisão urgente nas políticas globais acerca do bem-estar físico e psicológico dos Cuidadores Informais, de forma a que sejam adotadas medidas que tenham o objectivo do sucesso deste grupo, reduzindo a sua fragilidade e sobrecarga. ⁽¹⁴⁾

Na mesma perspetiva, Júnior et al. ⁽¹⁵⁾ defendem que a formação insuficiente dos Cuidadores Informais é de difícil solução e que é urgente conhecer os Cuidadores Informais com as suas características pessoais e problemas distintos.

Por um lado, verifica-se que a intervenção do enfermeiro, com o intuito da promoção do bem-estar tanto do Cuidador Informal como da pessoa dependente, deve focar-se na análise das vivências destes e que é de elevada relevância capacitar o Cuidador Informal para a obtenção de competências e habilidades para manter a pessoa dependente no domicílio. ⁽¹⁶⁾

O Cuidador Informal, aquando das suas funções, está sujeito a sobrecarga, desgaste, stress e diversos desafios, pelo que necessitam de estar preparados e capacitados para tal ^(b). Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros possuem um papel importante para identificarem as suas necessidades, satisfazê-las, mantendo um nível adequado de saúde e bem-estar do Cuidador Informal, conseguindo assim, garantir também a continuidade dos cuidados prestados à pessoa dependente. ⁽¹⁷⁾

Vários estudos, nomeadamente, este em que demonstram que os Cuidadores Informais necessitam de reestruturar toda a sua forma de viver para poderem prestar o cuidado à pessoa dependente. Na sua grande maioria, estes Cuidadores Informais acabam por se privar de tempo de lazer, de exercer uma atividade laboral, o que conduz a um sacrifício da sua vida pessoal, bem com da sua saúde física, emocional e social. ⁽¹⁸⁾

É neste pressuposto, que surge o presente trabalho. Este estudo foi realizado num Centro de Saúde/ Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] do ACES Alentejo Central.

Definiu-se como população-alvo os Cuidadores Informais dos utentes em ECCI. Foi realizada uma entrevista semiestruturada dirigida aos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas.

Este estudo tem como objectivo: identificar as necessidades dos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC. Como finalidade, apresenta: Promover a

capacitação dos Cuidadores Informais (CI) dos utentes em ECCEI da UCC até Dezembro de 2020, através da implementação de um projeto de intervenção comunitária junto da população-alvo.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de investigação fenomenológica. Segundo Fortin ⁽¹⁹⁾, a investigação qualitativa baseia-se numa forma holística de conceber os seres humanos, comportando um determinado número de crenças. Cada realidade depende das percepções individuais e varia com o tempo. A investigação qualitativa tem em conta a globalidade dos seres humanos, englobando a sua experiência de vida e os meios naturais. Neste tipo de investigação as questões de investigação são exploratórias e centram-se no vivido, tendo como objectivo descobrir, explorar, descrever e compreender fenómenos. Na investigação qualitativa fenomenológica, são “consideradas as experiências humanas tal como descritas pelos participantes”. ⁽¹⁹⁾

Este estudo foi realizado num Centro de Saúde/ Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] do ACES Alentejo Central.

População e Amostra

Foi definida como população os Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da presente UCC. Como amostra foi definida os Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC, que aceitaram participar, inscritos entre Outubro e Dezembro de 2019 na presente UCC, neste caso no total de nove.

Instrumentos de recolha de dados a utilizar:

Foi realizada uma entrevista semiestruturada dirigida aos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI da UCC de Vendas Novas.

Tratou-se de uma entrevista semidirigida, pois considera-se que esta é a mais adequada para se compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno que foi ou é vivenciado por cada um dos participantes. ⁽¹⁹⁾ A entrevista é considerada como o principal método de colheita de dados em investigações que usem o método qualitativo. A entrevista é vista como uma forma de comunicação verbal entre duas pessoas, o entrevistado que faculta informações, e o entrevistador que recebe informações. ⁽¹⁹⁾

Para a elaboração da entrevista, foi construído um guião pela investigadora, e a mesma teve como base de construção o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) na população portuguesa de Sequeira. ⁽⁶⁾

Neste instrumento de recolha de dados foram então definidas cinco dimensões: 1- Caracterização do Contexto do Cuidar; 2- Aspetos que provocam stress no Cuidador Informal/ Identificação de necessidades do Cuidador Informal; 3- Conhecimento acerca de apoios; 4- Papel e relação entre Cuidador informal, pessoa dependente e profissional de saúde e 5- Atividades.

Os dados das entrevistas foram trabalhados sob a forma de dados agregados. Para a realização da análise de conteúdo recorreu-se a uma estratégia de categorização de cariz indutivo, sendo que após a identificação das unidades de registo, estas foram dispostas em subcategorias e de seguida em categorias.

É de realçar que ao longo de todo o processo as questões éticas foram sempre respeitadas. Foram obtidas as autorizações com parecer positivo, por parte dos coordenadores da UCC e parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por nove Cuidadores Informais. Das entrevistas realizadas, a maioria dos Cuidadores Informais entrevistados é do sexo feminino, com idades média de 73 anos e que prestam cuidados à pessoa dependente numa média de anos que varia entre 2 e 36 anos. A relação entre pessoa cuidada e Cuidador Informal é marcada sobretudo pela relação filial e conjugal.

Relativamente à questão: “Como se sente no papel de Cuidador?”, cerca de cinco Cuidadores Informais referem cansaço físico, um cansaço psicológico, dois referem os dois tipos de cansaço físico e psicológico, e um cuidador refere sentir-se bem neste papel.

No que diz respeito à questão “ Que cuidados presta à pessoa dependente?”, podemos também verificar que as atividades de vida diárias (AVD’s) da pessoa dependente em que os Cuidadores Informais referiram executar ou colaborar são: Higiene Pessoal e Vestuário (7 CI, a maior parte dos CI refere participar ou executar

esta AVD's); Comer e Beber (6 CI); Mobilidade (4 CI); Eliminação (4 CI) e Manutenção do Ambiente Seguro (2 CI).

Em relação às questões: “Em que área da prestação de cuidados sente mais necessidade?” e “Quais as dificuldades que sente ao cuidar da pessoa dependente?”, ambas as questões têm o objetivo de inquirir acerca das necessidades dos Cuidadores Informais, que também podem ser encaradas como agentes geradores de stress do Cuidador. Estes referenciam: a Higiene Pessoal e Vestuário (7 CI) tendo sido esta necessidade a mais referida pelos Cuidadores Informais, a Mobilidade (2 CI), a Eliminação (2 CI), o Sono alterado (1 CI) e os Fatores psicológicos (1 CI). Perante estes dados, é possível verificar que a AVD em que os Cuidadores Informais mais participam/realizam é a Higiene Pessoal e Vestuário (7 dos CI) e que esta é encarada como uma necessidade/agente gerador de stress pela grande maioria dos Cuidadores Informais entrevistados, cerca de 7.

Relativamente ao conhecimento por parte dos Cuidadores Informais acerca de apoios, foi colocada a questão “Sabe quais os apoios que existem disponíveis no Concelho?”, todos os cuidadores informais referem conhecer os apoios disponíveis no concelho. No entanto, mencionam que não pretende recorrer, de momento, aos mesmos por questões financeiras ou por que não sente essa necessidade.

No que diz respeito ao papel dos profissionais de saúde relativamente às necessidades dos Cuidadores Informais, foi colocada a questão “ De que forma os profissionais de saúde podem ajudar a colmatar as suas necessidades?”, alguns Cuidadores referiram que se sentem à vontade com os profissionais de saúde e que quando surgem dúvidas ou dificuldade, recorrem aos profissionais de saúde.

Em relação ao modo como o Cuidador Informal encara a sua vida pessoal sendo afectada devido ao seu papel, foram colocadas as seguintes questões: “A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar da pessoa dependente?” e “Quais as atividades que lhe dão prazer, que não tem realizado por ser Cuidador e que

Melhorar as Competências dos Cuidadores Informais

gostava de realizar?”. Cinco dos Cuidadores Informais referem que o facto de não poderem sair de casa é um prejuízo para a sua vida social. Por seu lado, quatro dos Cuidadores Informais referem que a sua vida social é prejudicada por não terem distração com outras atividades, para além de cuidar da pessoa dependente.

Como se sente no papel de Cuidador?	
Cansaço físico	E1 ur1, E2 ur1, E6 ur1, E8 ur1, E9 ur1
Cansaço psicológico	E3 ur2
Cansaço físico e psicológico	E4 ur3, E5 ur3
Sente-se bem	E7 ur4
Que cuidados presta à pessoa dependente?	
Higiene Pessoal e Vestuário	E1 ur5, E2 ur5, E3 ur5, E4 ur5, E5 ur5, E7 ur5, E9 ur5
Mobilidade	E2 ur6, E3 ur6, E4 ur6, E8 ur6
Eliminação	E2 ur7, E3 ur7, E4 ur7, E7 ur7
Comer e Beber	E1 ur8, E2 ur8, E3 ur8, E5 ur8, E6 ur8, E7 ur8
Manutenção do Ambiente Seguro	E1 ur9, E8 ur9
Em que área dos cuidados sente mais necessidade/dificuldade?	
Higiene Pessoal e Vestuário	E1 ur10, E2 ur10, E3 ur10, E4 ur10, E5 ur10, E7 ur10, E9 ur10
Mobilidade	E3 ur11, E8 ur11
Eliminação	E4 ur12, E7 ur12
Sono alterado	E6 ur13
Fatores psicológicos	E7 ur14
Sabe quais os apoios que existem disponíveis no Concelho?	
Sabem que existem, mas não usam nem conhecem profundamente	Todos os entrevistados, ur15

De que forma os profissionais de saúde podem ajudar a colmatar as suas necessidades?	
Referem que os profissionais de saúde atuam nas suas necessidades	E1ur16, E4ur16, E5ur16, E6ur16, E7ur16, E8ur16, E9ur16
Referem que os profissionais de saúde não atuam nas suas necessidades	E2ur17, E3ur17
A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar da pessoa dependente? e Quais as atividades que lhe dão prazer, que não tem realizado por ser Cuidador e que gostava de realizar?	
Isolamento Social (não poder sair de casa)	E1ur18, E2ur18, E3ur18, E4ur18, E5ur18, E8ur18, E9ur18
Ausência de formas de distração	E1ur19, E3ur19, E4ur19, E5ur19, E6ur19, E7ur19

DISCUSSÃO

Nos resultados obtidos, verifica-se que a maioria dos Cuidadores Informais são mulheres, com idade superior a 65 anos de idade e na maioria pessoas com uma relação filial ou conjugal com a pessoa cuidada. Estes resultados vão ao encontro aos apresentados por alguns autores, onde se verifica que os Cuidadores Informais são maioritariamente adultos com idades superiores a 40 anos, mulheres, domésticas e com um baixo nível de escolaridade. ^(6, 20, 21)

Cuidar do outro pode desencadear repercussões na via de quem cuida. Desta forma, relativamente à forma como o Cuidador Informal se sente no desempenho desse papel, através dos resultados obtidos, pode verificar-se que na sua grande maioria referem sentir cansaço (seja físico ou mental). O cansaço físico pode estar associado: à idade avançada do Cuidador (que acarreta sequelas próprias da idade, nomeadamente, doenças, diminuição das capacidades, falta de força, entre outras); às características da pessoa dependente (nível de dependência, excesso de peso,

doença associada, entre outros) e à falta de descanso do Cuidador (devido, por exemplo, ao sono alterado da pessoa dependente). Relativamente ao cansaço psicológico, este pode estar relacionado com o cansaço físico, com a falta de descanso, com o impacto no cuidado gerado pela doença da pessoa dependente, a perda do emprego, a sensação de falta de capacidade para cuidar da pessoa dependente, a mudança no estilo e hábitos de vida, o cuidar 24 sob 24 horas e a rotina dos cuidados.

Alguns autores corroboram com estes resultados, referindo o cansaço como uma das repercussões frequentes que surge no contexto do cuidar, referem ainda formas de o reduzir. ^(6,18, 5, 11)

Com os resultados a que se chegou, pode verificar-se que a maioria dos Cuidadores Informais refere ter alguma necessidade, dificuldade no que se refere à prestação dos cuidados à pessoa cuidada, na realização dos AVD's, nomeadamente, Higiene Pessoal e Vestuário, Mobilidade e Eliminação. Verifica-se que a realização de AVD's geram dificuldade e podem ser vistos como agentes causadores de stress por parte do Cuidador Informal. Verificou-se que os Cuidadores Informais sentem necessidade de adquirir conhecimentos e competências a nível do cuidado à outra pessoa, nomeadamente, no que se refere a AVD's, para desta forma se sentirem capacitados na execução dessas tarefas, de modo a que as mesmas deixem de ser causadoras de stress, que as passem a executar com segurança e capacitação. Um cuidador que se sinta capacitado e seguro do cuidado que está a prestar é um cuidador com níveis de stress mais baixo. Assim, pode assumir-se que a equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel fundamental para com o Cuidador Informal. Estes podem recorrer das suas ferramentas e formar e capacitar os Cuidadores Informais, reduzindo as suas necessidades e dificuldades, diminuindo os seus níveis de stress e torná-los em cuidadores mais seguros e capazes no seu papel. Com os resultados a que se chegou, verificou-se que a relação entre equipa de cuidados de saúde e Cuidador Informal é uma relação positiva, de confiança. Desta forma, deve ser aproveitada esta relação para serem estabelecidas

estratégias de capacitação, esclarecimento de dúvidas e minoração de dificuldades e necessidades. ^(6, 16, 17,22)

No que respeito a apoios sociais, a grande parte dos Cuidadores Informais refere ter conhecimentos acerca dos mesmos, mas recusam o seu uso, em grande parte por razões económicas. Os cuidadores referem saber que existem apoios mas não recorrem ao seu uso nem os conhecem aprofundadamente.

Em relação ao impacto na vida social, os Cuidadores Informais enunciam o isolamento social e/ou ausência das formas de distração. Estes resultados vão de encontro ao relatado na literatura. A necessidade de Cuidar implica que o Cuidador Informal centre a sua atenção, o seu tempo e a sua vida na pessoa cuidada, o que acarreta como consequência uma diminuição do tempo disponível quer para si, quer para os outros. Existe também uma diminuição dos contactos com a rede social. Este isolamento social acarreta inúmeros problemas associados que podem prejudicar o bem estar do Cuidador Informal. ^(6, 23)

CONCLUSÃO

Em modo conclusivo, podemos referir que os Cuidadores Informais entrevistados participam nas atividades de vida diárias da pessoa dependente, sendo a mais realizada, a Higiene Pessoal e Vestuário, sendo esta referida também como a mais geradora de stress por parte do Cuidador, sendo vista como a atividade em que o CI sente mais necessidade e dificuldade.

Podemos ainda verificar que a maior parte dos Cuidadores Informais refere o cansaço como resultado do seu papel, sendo este físico, psicológico ou ambos.

Por fim, todos os Cuidadores Informais entrevistados referem que a sua vida social está ou foi afetada devido ao seu papel de Cuidador, seja pelo facto de não poderem sair de casa (isolamento social) ou pelo facto de não conseguirem ter outro tipo de distração.

Este estudo permitiu identificar as necessidades dos Cuidadores Informais, no desempenho do seu papel, dando resposta ao objetivo definido inicialmente. Esta identificação surge como essencial, para que posteriormente sejam definidas intervenções que permitam ganhos em saúde. Concomitantemente a este facto é de enorme importância que exista uma relação eficaz entre o Cuidador Informal, pessoa cuidada, e a equipa de saúde.

Através dos resultados deste estudo e da análise de estudos realizados na mesma área temática, verifica-se que um cuidador capacitado, dotado de conhecimentos e competências, é um cuidador que se sente mais seguro no desempenho das suas funções, o que o torna mais capaz e efectivo no seu papel.

À semelhança com o apresentado, verifica-se que a capacitação do Cuidador Informal é uma área onde é essencial que exista intervenção por parte dos profissionais de saúde. Estes devem dotar os Cuidadores Informais de conhecimentos e capacidades, que permitam uma maior autonomia, redução das suas dificuldades e necessidades e melhores resultados em saúde. O recurso a estratégias, como programas educacionais, revela-se de enorme relevância na melhoria da qualidade de vida dos Cuidadores Informais.

Os problemas de saúde identificados neste estudo comprovam a necessidade de uma intervenção dos profissionais de saúde, através da implementação de um projeto de intervenção comunitária. Este terá o objectivo de colmatar as

necessidades identificadas. Pretende-se ainda que os profissionais sejam capazes de colocar em prática os seus conhecimentos, de adquirir novos conhecimentos e competências. Relativamente aos participantes pretende-se que adquiram conhecimentos e competências que lhes permitam satisfazer as suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011jan-fev [acesso a 2010 jan 7], 64(1):106-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a16.pdf>
- 2- Ordem dos Enfermeiros [homepage na internet]. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos [acesso a 2020 jan7]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- 3- Cachada CR. Cuidadores Informais de Idosos: Avaliação dos Antecedentes e Consequentes do Cuidar [dissertação de mestrado na internet]. Viana do Castelo (Portugal): Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2014 [acesso a 2019 dez 29]. 33p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1828>
- 4- Martins SIC. Burnout e Sobrecarga em cuidadores formais de idosos: Complementaridade das abordagens Quantitativa e Qualitativa [dissertação de mestrado na internet]. Lisboa (Portugal): Universidade de Lisboa,

Faculdade de Psicologia; 2016 [acesso a 2019 dez 29]. 6pg. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10451/29463>

- 5- Nicolau APD. O Cuidador Informal Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente [dissertação de mestrado na internet]. Lisboa (Portugal): Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas; 2018 [acesso a 2019 dez 30]. 5 pg. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10071/17139>
- 6- Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. 2th ed. Lisboa; 2018.
- 7- Pires S. Cuidadores Informais, a retaguarda invisível. Plural e Singular [Internet]. 2018 jun-nov [acesso a 2019 dez 30]; 20:90-3. Disponível em:
http://www.pluralesingular.pt/multimedia/revista/Plural&Singular_20.pdf
- 8- Portugal. Lei nº.100/2019, de 6 de Setembro de 2019. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o código dos Regimes Contributivos do Sistema Providencial de Segurança Social e a Lei nº.13/2013, de 21 de maio. Diário da República 6 de set 2019; 171:1º. Série.
- 9- Organização Mundial da Saúde [homepage na internet]. Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [acesso a 2020 jan 2]. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf;jsessionid=A334CAC1467502951C1B16F49B985870?sequence=6
- 10-Instituto Nacional de Estatística [homepage na internet]. Projecções de População Residente 2015-2080 [acesso a 2020 jan 3]. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

- 11-Oldenkamp M, Hagedoorn M, Wittek R, Stolk R, Smidt N. The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS projec [Internet]. 2017 mai 31 [acesso a 2020 jan 2]; 26: 2705-2716. Disponível em: DOI 10.1007/s11136-017-1606-5.
- 12-Teixeira AR, Alves B, Augusto B, Fonseca C, Nogueira JÁ, Almeida MJ, Matias ML, Ferreira MS, Narigão M, Lourenço R, Nascimento, R. Medidas de Intervenção junto dos Cuidadores Informais Documento Enquadrador, Perspectiva Nacional e Internacional [acesso a 2019 dez 29]. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=12-+Teixeira+AR%2C+Alves+B%2C+Augusto+B%2C+Fonseca+C%2C+Nogueira+J%3%81%2C+Almeida+MJ%2C+Matias+ML%2C+Ferreira+MS%2C+Narig%C3%A3o+M%2C+Louren%C3%A7o+R%2C+Nascimento%2C+R.+Medidas+de+Interven%C3%A7%C3%A3o+junto+dos+Cuidadores+Informais+Documento+Enquadrador%2C+Perspectiva+Nacional+e+Internacional&aq=chrome..69i57.649j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- 13-Castro L, Souza DN, Pereira A, Santos E, Lomeo R, Teixeira H. Competências dos Cuidadores informais familiares no autocuidado: Auto-estima e suporte social. Investigação Qualitativa em Saúde [Internet]. 2016 [acesso a 2020 jan 7]; 2:1346-1355. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/892>
- 14-Garbaccio JL, Tonaco AB. Characteristics and Difficulties of Informal Caregivers in Assisting Elderly People. res.: fundam. care. Online [Internet].

2019 [acesso a 2020 jan 8]; 113: 680-686. Disponível em: DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686

15-Júnior PRR, Corrente JE, Hattor CH, Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG, Miguel JP, Galiego ET. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. Ciências&Saúde Colectiva [Internet]. 2011 [acesso a 2020 jan 8];16(7):3131-3138. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800013>

16-Cruz DCM, Loureiro HAM, Silva MANCGMM, Fernandes M. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2010 [acesso a 2020 jan 8]; 3(2): 136-127. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-127.pdf>

17-Melo RMC, Rua MS, Santos CSV. Necessidades do Cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2014 mai-jun [acesso a 2020 jan 8]; 5(2): 143-151. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>

18-Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, Ceretta LB, Tuon L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad. Saúde Colet [Internet]. 2015 [acesso a 2020 jan 8]; 23(2): 140-149. Disponível em: DOI: 10.1590/1414-462X201500020063

- 19-Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009. 375-377.
- 20-Grácio AG. Os Impactos Percepcionados pelos Cuidadores Informais do Concelho de Nisa [dissertação de mestrado na internet]. Portalegre (Portugal): Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação de Portalegre; 2014 [acesso a 2019 dez30]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9184>
- 21-Andrade SMB, Marinho MS, Santana ES, Chaves RN, Oliveira AS, Reis LA. Associação entre os aspectos sociodemográficos, condições de saúde e qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes. Fisioterapia Brasil [Internet]. 2019 [acesso a 2020 jan 8]; 20(5)1. 603-609. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v20i5.2385>
- 22-Valencia LFR, Sierra AMG, López CRG. Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. Ver Cuidarte [Internet]. 2019 dez [acesso a 2020 jan 8]; 10(3):2346-3414. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.608>
- 23-Parra NSK, Molina IQC, Díaz MFL, Torres LL, Rojas JCB. Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. Rev.Fac. Med [Internet]. 2015 [acesso a 2020 jan 7]; 63(1):872-82. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.47818>