



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

**Intervenção de Enfermagem na Promoção da Saúde do
Cuidador Informal da Pessoa Idosa com Dependência**

Cláudio Alexandre Silva Costa

**Lisboa
2022**



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

**Intervenção de Enfermagem na Promoção da Saúde do
Cuidador Informal da Pessoa Idosa com Dependência**

Cláudio Alexandre Silva Costa



Orientador: Professora Laura Maria Monteiro Viegas



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Cuidar de um idoso é cuidar da memória de um povo”

(Agreda, 1999)

AGRADECIMENTOS

À Sra. Professora Laura Viegas pelo acompanhamento, disponibilidade, partilha de conhecimentos e pelas suas palavras nos momentos mais difíceis deste mestrado...

À Enfermeira Daniela, por me orientar de forma cordial e honesta, pela confiança, dedicação e ensinamentos...

Ao Coordenador da USF Lusa, Doutor Bruno Almeida, por ter permitido a realização do estágio e a todos os profissionais da USF, por me acolherem de forma tão idónea, pela partilha de experiências e entreajuda nas várias fases deste projeto...

Aos Cuidadores Informais que conheci, pela forma como me receberam nas suas casas, partilharam vivências, medos, angústias, e por confiarem em mim...

Aos amigos, que estão sempre presentes nos bons e maus momentos, e que acreditam em mim, mesmo quando eu duvido das minhas forças...

Aos meus pais e irmão, por serem os meus maiores aliados e confidentes...

À Margarida por ser uma mulher fantástica, e por se ter tornado o maior pilar da vida de um Enfermeiro, que está sempre disponível para ajudar outras vidas, e que muitas vezes se esquece da sua...

A todos os cuidadores informais pela coragem e perseverança com que cuidam dos seus familiares...

A todos... Muito Obrigado

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARSLVT: Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

AVD's – Atividades da Vida Diária

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CI's – Cuidadores Informais

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECI – Estatuto Cuidador Informal

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

EESC – Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MPS – Modelo de Promoção de Saúde

MCCI - Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RP – Reunião Plenária

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

USF – Unidade de Saúde Familiar

% - Percentagem

RESUMO

Os cuidadores informais (CI), pelas muitas dificuldades diárias a que estão sujeitos ao longo do tempo de prestação de cuidados, podem entrar em sobrecarga, tornando-se, na sua grande maioria, vulneráveis a problemas físicos, emocionais, sociais e profissionais. A enfermagem, como elemento essencial da Estratégia de Saúde da Família, deve estar atenta às necessidades de saúde dos idosos dependentes, bem como, mais próxima dos cuidadores, no sentido de os orientar e acompanhar os cuidados realizados, a fim de oferecer suporte assistencial de forma integral (Floriano, Azevedo, Reiners & Sudre, 2012). O Projeto de Intervenção Comunitária, decorreu na USF Lusa em Carnaxide, tendo como finalidade, contribuir para a promoção da saúde do CI da pessoa idosa com dependência, através do desenvolvimento de estratégias de alívio da sobrecarga, para que possam cuidar dos idosos com dependência, potenciando não só a prestação de cuidados, como os ganhos em saúde para ambos. Encontra-se alicerçado na Metodologia do Planeamento em Saúde proposto por Nunes (2016), no referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e Modelo de Desenvolvimento do Stresse de Pearlin. Teve por base uma análise estatística descritiva, de ordem quantitativa, utilizando uma amostra de 8 CI's de idosos em situação de dependência, aos quais foram aplicados um questionário com a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). O resultado do estudo, mostra que 100% dos cuidadores apresenta sobrecarga intensa. Foi realizada priorização dos problemas encontrados, tendo sido considerados o "Papel de cuidador de cuidados comprometido", "Capacidade para desempenhar atividade de lazer comprometida" e "Sobrecarga por stresse". Após intervenção de Enfermagem Comunitária, que contou com duas visitas domiciliárias/ações de sensibilização aos CI's, os resultados revelaram que os oito CI's presentes no estudo, diminuíram os níveis de sobrecarga, existindo mesmo um CI que passou do nível de "sobrecarga intensa" para o nível de "sobrecarga ligeira". Verificamos assim, os efeitos adversos que a prestação de cuidados pode ter na vida do CI ao longo do tempo, e que pôde ser minorado pela intervenção do enfermeiro no desenvolvimento de competências no âmbito da Especialidade de Enfermagem Comunitária, bem como na obtenção do grau de Mestre.

Palavras-Chave: Idoso Dependente; Sobrecarga do Cuidador; Cuidador Informal; Enfermagem de Saúde Comunitária; Promoção da Saúde.

ABSTRAT

Informal caregivers (IC), due to the many daily difficulties to which they are subjected to during the time of care provision, may become overloaded, becoming, in most cases, vulnerable to physical, emotional, social and professional problems. Nursing, as an essential element of the Family Health Strategy, should be aware of the health needs of dependent older people, as well as be closer to the caregivers in order to guide them and monitor the care provided, so as to provide comprehensive care support (Floriano, Azevedo, Reiners & Sudre, 2012). The Community Intervention Project took place at the USF Lusa in Carnaxide, with the purpose of promoting the health of the IC of the older person with dependence, through the development of strategies to reduce the burden of informal caregivers so that they can take care of the dependent older people, thus enhancing not only the provision of care, but also the health gains for both. It is based on the Health Planning Methodology proposed by Nunes (2016), the theoretical framework of Nola Pender's Health Promotion Model and Pearlin's Stress Development Model. It was based on a descriptive statistical analysis, of quantitative order, sample of 8 ICs of older people in a situation of dependence, to whom a questionnaire and the Caregiver Overload Scale (CLS) were applied. The result of the study shows that 100% of caregivers present intense overload. The problems found were prioritised and the following were considered: "Role of caregiver compromised", "Capacity to perform compromised leisure activity" and "Stress overload". After the Community Nursing intervention, which included two home visits/awareness-raising actions to the ICs, the results revealed that the eight ICs present decreased their levels of burden, and there was even one IC that went from the level of "intense burden" to the level of "light burden". Thus, the adverse effects that the provision of care may have on the IC's life over time were observed, which could be mitigated by nurses' intervention in the development of skills within the scope of the Community Nursing Specialty, as well as in obtaining a Master's degree.

Key words: Elderly Dependent; Caregiver Overload; Informal Caregiver; Community Health Nursing; Health Promotion.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. A PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA E O CUIDADOR INFORMAL	14
1.1. A dependência na pessoa idosa	14
1.2. O cuidador informal e a sobrecarga decorrente da prestação de cuidados	16
1.3. O alívio da sobrecarga dos cuidadores informais no âmbito da Enfermagem Comunitária	18
1.3.1. Intervenção da Enfermagem Comunitária no alívio da Sobrecarga: Scoping Review	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	24
2.2. Modelo de desenvolvimento de stresse associado à prestação de cuidados	26
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	28
3.1. Diagnóstico da situação	28
3.1.1. Local e contexto da Intervenção Comunitária	29
3.1.2. População Alvo e Amostra.....	30
3.1.3. Questões éticas	30
3.1.4. Instrumento de colheita de dados.....	31
3.1.5. Apresentação e análise dos resultados	34
3.2. Definição de Prioridades	38
3.2.1. Diagnóstico de Enfermagem.....	39
3.3. Fixação de Objetivos	40
3.4. Seleção de Estratégias.....	41
3.5. Elaboração de Programa e Projeto	45
3.6. Avaliação	47
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	53
4.1. No âmbito das Competências do Enfermeiro Especialista prevista pela OE	53
4.2. Mestrado e descritores de Dublin.....	54
5. CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÊNDICES	
Apêndice I – Diagrama do Modelo Teórico de Nola Pender	
Apêndice II – Scoping Review	
Apêndice III - Cronograma	
Apêndice IV – Consentimento informado do cuidador informal & idoso dependente	
Apêndice V – Questionário	
Apêndice VI – Tratamento, apresentação e discussão dos dados/resultados	
Apêndice VII - Avaliar se o Projeto de Intervenção Comunitária teve como resultado o alívio da sobrecarga dos cuidadores informais, (Antes para Depois da Intervenção Comunitária)	
Apêndice VIII - Priorização por comparação por pares	
Apêndice IX – Análise S.W.O.T.	

Apêndice X – Objetivos específicos, objetivos operacionais e indicadores

Apêndice XI - Instrumento de Avaliação Integrada da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI)

Apêndice XII – Diagrama de Gantt

Apêndice XIII - Folheto com divulgação dos resultados do estudo

Apêndice XIV - Folheto com os recursos da comunidade para apoio ao Cuidador Informal

Apêndice XV – Plano de Ação de Sensibilização

(Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da comunidade)

Apêndice XVI – Plano de Ação de Sensibilização

(Capacitar os cuidadores a adotar estratégias para realizar atividades de lazer)

Apêndice XVII – Questionário da Ação de Sensibilização: (Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da comunidade)

Apêndice XVIII – Resultados do Questionário da Ação de Sensibilização: (Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da comunidade)

Apêndice XIX – Questionário da Ação de Sensibilização: “Capacitar os cuidadores a mobilizar recursos para realizar atividades de lazer”

Apêndice XX – Resultados do Questionário da Ação de Sensibilização

Apêndice XXI – Sessão de apresentação dos resultados à equipa multidisciplinar da USF Lusa

Apêndice XXII – Resultado final dos objetivos específicos, objetivos operacionais e indicadores

Apêndice XXIII – Póster “Recursos da Comunidade para apoio ao CI”

Apêndice XXIV – Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras

ANEXOS

Anexo I – Pedido à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e respetiva autorização

Anexo II - Pedido de autorização para a realização do Projeto ao Exmo. Sr. ° Dr. ° Rafic Nordin Diretor Executivo do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras e respetiva autorização.

Anexo III - autorização para a realização do projeto da Exma. Sr.ª Enfermeira Graziela Pires Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Anexo IV – Resposta da Exma. Sra. Magda Guerra, Interlocutora de Enfermagem da USF Lusa

Anexo V - Autorização para utilização da Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

Anexo VI - Autorização para utilização do Índice Lawton-Brody, na versão apresentada por Sequeira (2007)

Anexo VII - CV do Mestrando

Anexo VIII - Declaração da orientadora científico e pedagógico do estudante do 12º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária da ESEL

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Sobrecarga do cuidador informal pelos fatores da ESC.....	37
Figura 2 - Problemas Identificados no diagnóstico da situação	38
Figura 3 – Ordenação final dos Problemas	39
Figura 4 - Problemas e Diagnóstico de Enfermagem CIPE	39
Figura 5 - Objetivos Específicos, Objetivos Operacionais e Indicadores de Resultado	41
Figura 6 - Comparação entre fatores da ESC antes e depois da intervenção comunitária.....	49
Figura 7 - Teste t para amostras emparelhadas	49

ÍNDICE DE QUADROS

Quadros 1 - Avaliação referente ao Diagnóstico de Enfermagem: Papel de cuidador de cuidados comprometido	48
Quadros 2 - Avaliação referente ao Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para desempenhar atividades de lazer comprometido.....	48
Quadros 3 - Avaliação referente ao Diagnóstico de Enfermagem: Sobrecarga por stresse	48
Quadros 4 - Indicador de atividade das sessões	50
Quadros 5 - Indicador de adesão	51
Quadros 6 - Indicador de qualidade	51

INTRODUÇÃO

Os Censos 2021 revelam-nos o que há muito vislumbrávamos. Portugal é um país envelhecido! A terminar o ano de 2021, os Censos revelam-nos que um quarto da população nacional (23,4%) tem mais de 65 anos, sendo a terceira maior percentagem a nível mundial, só superada pelo Japão com 28,4% e praticamente a par com a Itália com 23,5%. Constatamos agora, que por cada 100 jovens, existem 182 idosos, valor este que, supera largamente os 167 idosos para cada 100 jovens, segundo as estimativas que se esperavam para 2020 (INE, 2021).

Associado aos avanços tecnológicos e científicos das sociedades mais evoluídas, surge o aumento da esperança média de vida, e com ela o aparecimento de múltiplas situações de doenças crónicas e perda de funcionalidade ou qualidade de vida, que se reflete sobretudo, na necessidade de cuidados de saúde específicos para a população idosa, que passam a necessitar de cuidados, essencialmente, daqueles que lhes são próximos (familiares, amigos, vizinhos, ...). Entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros (Sequeira, 2018).

A descoberta de que uma pessoa idosa já não tem a autonomia necessária para as atividades da vida diária e instrumentais pode provocar um impacto no seu núcleo familiar (Gutierrez, Sousa & Figueiredo, 2020). Para os mesmos autores, o envolvimento afetivo dos familiares com o cuidado, pode ser marcado pelos mais diversos sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, sendo importante saber diferenciá-los.

O cuidador informal, é uma pessoa que presta cuidados, frequentemente não remunerados, a alguém com uma doença ou com uma necessidade prolongada de saúde, e que está fora de um quadro formal da prestação de cuidados de saúde (Lei n.º 100/2019 (2019)). A aprovação do Estatuto do Cuidador Informal (ECI), através da mesma lei, foi imprescindível para a coesão social e melhoria das condições de vida da população nacional, uma vez que, foram finalmente reconhecidos os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, dando notoriedade ao essencial papel que os cuidadores têm na sociedade.

Em 2021 na Europa, cerca de 100 milhões de pessoas são, atualmente, cuidadores informais, número que corresponde acerca de 1/5 da sua população total (Eurocarers, 2021). Apesar de no nosso país, não existirem dados oficiais relativos aos cuidadores informais, em 2020 um inquérito levado a cabo pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (MCCI, 2020), estimava que o seu número rondasse 1,4 milhões de cuidadores em Portugal.

No entanto, é preciso ver o lado mais sombrio dos “benefícios” que contemplam as novas orientações políticas da saúde e sociais, uma vez que, mais que privilegiarem a permanência dos idosos em situação de dependência, no seu domicílio, criando apoios e serviços de proximidade, que potenciam a capacitação do cuidador informal, também arrastam estes últimos para uma situação de sobrecarga pelo elevado número de horas que tendem a prestar cuidados aos seus familiares.

Para Cerqueira (2015), a sobrecarga consiste num conjunto de problemas a nível físico, psicológico e socioeconómico que surge com o decorrer da prestação de cuidados. As necessidades de apoio social dos cuidadores, devem ser avaliadas para gerar ações destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de coping, para mitigar problemas que surgem da tarefa de cuidar (González & Palma, 2016).

A enfermagem comunitária surge como um domínio especializado da profissão de enfermagem e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem descrita como uma das suas competências centrais, a capacitação de grupos e comunidades (OE, 2018). Assim, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), espera-se que tenha enraizada as competências específicas necessárias para tomar decisões orientadas em prol da comunidade, suportadas em referenciais teóricos de enfermagem, para que possa constituir a informação clínica necessária, a alicerçar o seu desempenho comunitário, que se constitua como processo e, ao mesmo tempo, como resultado da sua intervenção como enfermeiro especialista.

O projeto seguiu as etapas do Planeamento em Saúde (Nunes, 2016). Foi ainda utilizado o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2018) e a terminologia CIPE recomendada pela Ordem dos Enfermeiros.

Como objetivo geral para este projeto, foi definido, “capacitar os cuidadores informais a adotar comportamentos promotores de saúde, através de estratégias que tinham por intuito, reduzir a sobrecarga associada à prestação de cuidados”.

Numa perspetiva de aprofundar conhecimentos, foi necessário:

- Realizar diagnóstico de situação dos CI's relativamente a sobrecarga associada à prática de cuidados, através da ESC;
- Priorizar áreas de atuação, para que se possam desenvolver intervenções de âmbito comunitário no alívio da sobrecarga dos CI's;
- Definir objetivos concretos que suportem as intervenções de enfermagem comunitária priorizadas, no sentido de aliviar a sobrecarga dos CI's;
- Desenvolver estratégias que promovam o progresso de intervenções de âmbito comunitário que visem promover a saúde dos CI's;
- Implementar intervenção de âmbito comunitário para capacitar o CI a adotar comportamentos promotores da saúde;
- Avaliar a intervenção implementada.

O relatório encontra-se organizado em quatro capítulos que se complementam, sendo o primeiro dedicado ao enquadramento teórico onde se aborda a temática em estudo, destacando-se a scoping review que foi realizada de acordo com a temática escolhida. No segundo capítulo, foi identificado e mobilizado o referencial teórico, nomeadamente o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender e o Desenvolvimento de Stresse associado ao processo de cuidados de Pearlin. O terceiro capítulo apresenta as várias etapas do projeto, tendo por base as Etapas do Planeamento em Saúde. Por último, o quarto capítulo, ficou reservado para a apresentação e análise das competências desenvolvidas, no âmbito da especialidade e de acordo com os descritores de Dublin. O documento foi produzido segundo as normas para a elaboração dos trabalhos escritos, presente no Centro de Documentação e Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

1. A PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA E O CUIDADOR INFORMAL

1.1. A dependência na pessoa idosa

O envelhecimento populacional a nível mundial, está a um passo de se tornar numa das transmutações sociais mais significativas do século XXI. Esta mudança irá certamente influenciar todos os setores das sociedades modernas, nomeadamente, mercado de trabalho, financeiro, bens e serviços, habitação, serviços sociais, serviços de saúde, estruturas familiares, entre tantos outros. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (2019), até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos, que corresponde a cerca de 16%. Em 2019, esse valor é de 9%. No Norte da África e a Ásia Ocidental, Ásia Central e do Sul, Leste e Sudeste da Ásia e América Latina e Caribe, a proporção da população com 65 anos ou mais deve duplicar até 2050. No mesmo período, uma em cada quatro pessoas que vivem na Europa e na América do Norte pode ter 65 anos ou mais. Prevê-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplicará, subindo de 143 milhões para 426 milhões.

Quando observamos as quedas acentuadas das taxas de natalidade, verificamos que são diretamente proporcionais aos aumentos da esperança média de vida, e que por sua vez, levam ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo. Uma vida “mais longa”, pode ser vista como um conjunto de oportunidades extremamente valioso, se os anos que antecedem as idades avançadas forem bem geridos e projetados para uma velhice segura e saudável. A nível biológico, o envelhecimento é associado ao acumular de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas (OMS, 2015)

Através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, que versa sobre a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, constatamos que o termo “dependência”, é qualificado como, a situação em que se encontra a pessoa que, por

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

Já o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009), através da Carta Social da Rede de Serviços e Equipamentos, descreve que o grau de dependência, pode mudar conforme as precisões de cada indivíduo. Desta forma, os idosos com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão, pois possuem autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das atividades básicas de vida diária. Os idosos com média dependência necessitam além da supervisão, o apoio de uma terceira pessoa para o desempenho de algumas atividades diárias. Por último, os idosos com elevada dependência requerem um apoio extensivo e intensivo no seu quotidiano.

Segundo o Instituto Nacional da Estatística (2021), se os idosos são quase um quarto de toda a população residente (23,4%), os jovens não chegam aos 13%. O grupo etário dos 65 anos ou mais foi mesmo o único em que o número de indivíduos aumentou: são mais 20,6% em relação a 2011, passando de dois milhões para mais de 2,4 milhões. Após uma vida profissional e social ativa, muitos idosos não são preparados para um “resto de vida” condigno e humanizado, tal como nos mencionou o Papa Francisco (2016), no seu livro “Exortação apostólica evangelii gaudium do Santo Padre Francisco”, existe hoje, uma cultura do descarte, onde a vida humana já não é sentida como um valor primário a respeitar e salvaguardar, especialmente se é pobre ou deficiente, se ainda não é útil — como o nascituro — ou se deixou de servir — como o idoso.

As preocupações com as situações que podem levar à dependência, sobretudo das pessoas com mais idade, relançam-nos para o aumento da necessidade de prestação de cuidados pelos familiares e redes comunitárias em que estão inseridos, obrigando os nossos governantes a olhar para este fenómeno, não só do ponto de vista humano, mas também, do contexto social, económico e político. Nas últimas décadas, as transformações na sociedade implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, originando novos padrões de família e cuidadores (Coelho, Simões, Mello & Capelas, 2018).

1.2. O cuidador informal e a sobrecarga decorrente da prestação de cuidados

Cuidar daqueles que nos são próximos, torna-se primordial à medida que evoluímos no ciclo de vida e nos tornamos primeiramente em cuidadores informais, daqueles que um dia cuidaram de nós na nossa infância, para que também um dia, nos tornemos nós, dependentes daqueles que um dia ajudamos a crescer como seres sociais (afilhados, filhos, enteados). Esta prestação de cuidados que é incutida aos cuidadores informais, muitas vezes de forma sublime e impercetível, é uma experiência social e pessoal única, que pode ser mais ou menos penosa, consoante as características pessoais e experiência de ser cuidador ao longo do processo de prestação de cuidados, os recursos disponíveis e estratégias para mobilização dos mesmos.

Apresentando-se como uma peça fundamental no apoio social aos idosos dependentes, os cuidadores informais garantem ainda, um auxílio imprescindível na realização das atividades básicas de vida diária (AVD), tais como: higiene, alimentação, locomoção, entre outras; nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como: arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, etc. e, no apoio emocional ao familiar com dependência.

É neste contexto que surge a importância do cuidador informal para as sociedades modernas. Cuidador informal é toda a pessoa que se responsabiliza a auxiliar uma outra que, por qualquer razão, experiencie momentos de dificuldade/incapacidade. Assim, o termo “cuidador” é definido como alguém que cuida, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. No que se refere ao cuidador informal, este poderá ser um membro da família ou da comunidade, que presta cuidados a outro de qualquer idade, com limitações físicas ou funcionais, sem remuneração (Santos, Freitas & Sousa, 2019). A descoberta de que uma pessoa idosa já não tem a autonomia necessária para as atividades da vida diária e instrumentais pode provocar um impacto no seu núcleo familiar.

O Cuidar de um idoso dependente é uma atividade que implica algum desgastante, com repercussões físicas, emocionais e socioeconómicas para o cuidador. No entanto, os cuidadores que mantiveram uma boa relação com o idoso,

apresentaram mais satisfação do que os outros que não tiveram qualidade na relação (Pérez, Sánchez, Ocaña & Casado, 2017).

As dificuldades que os cuidadores descrevem na prestação de cuidados, são vistas por muitos autores (Sequeira, 2018), como as responsáveis pelo aparecimento de sobrecarga, sobretudo pela: sobreposição de tarefas, tristeza, diminuição do tempo livre, responsabilidade, expectativas e exigências do cuidar, falta de privacidade, medo, cansaço, fadiga, frustração, ansiedade, stress, esforço físico, ausência de melhorias, falta de reconhecimento dos familiares, entre outros fatores.

Para os autores Rayment, Swainston & Wilson (2019), a sobrecarga é definida como uma resposta multidimensional a aspetos físicos, psicológicos, emocionais, questões sociais e financeiras, associadas à experiência de cuidar. Existem duas dimensões de sobrecarga, a objetiva que está relacionada com as atividades realizadas, a supervisão de cuidados e aos problemas vivenciados pelos cuidadores nas suas vidas diárias. A sobrecarga subjetiva, caracteriza todas as atividades que dizem respeito à pessoa cuidada, associadas a sentimentos que a atividade de cuidar pode provocar (Monteiro, Mazin & Dantas, 2015). Apoiar as famílias com idosos dependentes de cuidados, que se encontrem a seu cargo, é um processo extremamente importante para alcançar o equilíbrio entre a melhoria de vida dos idosos dependentes, bem como, dos cuidadores familiares.

Os cuidadores familiares, pela dificuldade de dividir com outros parentes a atribuição de assistir os idosos, privam-se de projetos profissionais e existenciais e precisam ser reconhecidos e apoiados por isso (Gutiérrez et al., 2020).

No dia 6 de setembro de 2019, é publicado em Diário da República a Lei n.º 100/2019, que aprova o Estatuto do Cuidador Informal, regulando direitos e deveres não apenas do Cuidador, mas também da pessoa que necessita de cuidado, estabelecendo ainda, as respetivas medidas de apoio para ambos. O cuidador informal, conforme a definição presente no nº 3 do artigo 2º do Capítulo I do Anexo da Lei nº 100/2019, “é o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta, ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional, ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

1.3. O alívio da sobrecarga dos cuidadores informais no âmbito da Enfermagem Comunitária

Os gastos em sistemas de saúde, cuidados de longo duração e ambientes propícios aos mesmos, são frequentemente retratados como custos (OMS, 2015). No entanto, o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da mesma Organização (OMS, 2015), assume uma abordagem diferente, considerando os gastos como investimentos que permitem capacitar e, portanto, alcançar o bem-estar das pessoas mais velhas. Esses investimentos permitem ainda as sociedades, compreender as suas obrigações relacionadas com os direitos fundamentais das pessoas mais velhas.

A OMS (2015) acredita que no século XXI, não existirá nenhum país que não possa sustentar um sistema abrangente de cuidados de longa duração. O objetivo central desses sistemas deve ser manter um nível de capacidade funcional em adultos com idade avançada, que possuam ou apresentem alto risco de perdas significativas da capacidade, bem como garantir que esse cuidado seja consistente com os seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana. O papel do governo (geralmente implementado por meio do Ministério da Saúde) será o de organizar essa parceria, treinar e prestar suporte aos cuidadores, garantir que a integração ocorra em vários serviços (incluindo com o setor de saúde), garantir a qualidade desses mesmos serviços e prestar apoio diretamente aqueles que mais precisam (devido à sua capacidade intrínseca baixa ou o seu status socioeconómico) (OMS, 2015).

O reconhecimento de que os cuidadores são fatores-chave no fornecimento de cuidados de saúde para pacientes idosos dependentes a curto e longo prazo deve ser uma prioridade para a política de saúde, dado o envelhecimento da população e aumento da prevalência de doenças crónicas associadas a maior longevidade, de modo que os cuidadores continuem o desempenho do seu papel de cuidadores, em oposição à descontextualização, por parte do sistema de saúde, que faz com que os CI se sintam invisíveis para esse mesmo sistema (Sequeira, 2018).

Por este motivo, surge pela mão da Senhora Ministra do Trabalho, Doutora Ana Mendes Godinho, uma regulamentação dos termos do reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, com especial enfoque, na revisão ao Código do Trabalho, para incluir as medidas laborais previstas no âmbito do estatuto do cuidador informal.

O apoio a CI's é uma tarefa complexa. Cada situação de cuidado é única. Portanto, uma estratégia de suporte única não pode beneficiar todos os cuidadores informais, e medidas personalizadas são necessárias (Willemse, Anthierens, & Portet, 2016).

Por vezes, a falta de informação e apoio para os CI, parecem passar despercebidos aos profissionais de saúde. Consequentemente, seria recomendável que os profissionais de saúde possam incorporar a experiência dos cuidadores, no processo de cuidados de pessoas dependentes por meio da implementação de políticas inclusivas (Alcañiz-Garra, García-Sanjuán, Pichardo, Quiles & Lozoya, 2021). A atenção adequada aos CI, encorajaria cuidados domiciliares para idosos, reduziria o número de dificuldades para os cuidadores, aumentando a sua satisfação e possibilidade de um melhor atendimento, para que as pessoas dependentes possam viver com dignidade. Nesse sentido, precisamos implementar apoios para evitar a interrupção da prestação de cuidados e a emergência da prevenção da sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2018).

Existe hoje, uma procura constante em apoiar o cuidador informal, surgindo no início do ano, o Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro, que através do seu artigo 16.º, consigna no seu ponto 1, — “O cuidador informal pode beneficiar de um período de descanso, de acordo com a avaliação efetuada no Plano de Intervenção Específico (PIE), resultado da avaliação técnica e/ou a pedido do próprio cuidador informal e/ou pessoa cuidada, com vista à diminuição da sua sobrecarga física e emocional”. A implementação das medidas de descanso previstas, cabem ao profissional de referência da saúde e/ou, ao profissional de referência da segurança social, conforme consta no Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro.

No entanto, o cuidador deve ser orientado para aceitar a situação como ela é, ou seja, estratégias como, realizar outras atividades além da prestação de cuidados, lembrar os bons tempos, viver um dia de cada vez, olhar para o lado positivo das situações, e não para culpar pessoas ou situações (Rocha & Pacheco, 2013), para evitar que o cansaço se transforme em sobrecarga. Para Losada, Márquez-Gonzalez, & Peñacoba (2007), esta pode ser uma mensagem poderosa para os cuidadores que precisam compreender, que o declínio da pessoa cuidada é inevitável, mas que muito podem fazer pelo familiar que precisa dos seus cuidados.

Alcañiz-Garra et al (2021), divulga no seu estudo, intitulado “The experiences of older individuals providing care to older dependents: A phenomenological study in Spain”, que o cuidado tem uma dimensão temporal, em que o cuidador se deve ajustar e adquirir competências, conforme a condição de saúde do seu familiar.

As competências que vão sendo adquiridas pelos cuidadores devem ser orientadas e supervisionadas por profissionais competentes, principalmente nas fases mais complexas, tanto ao nível da prestação de cuidados, como na utilização de estratégias de coping que lhe permitam preservar a sua própria saúde física e mental. Contudo, o cuidador familiar nem sempre dispõe destas estratégias (Sequeira, 2018).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão 2020) preconiza orientações de acordo com as necessidades de saúde e as estratégias nacionais e internacionais, que favoreçam as intervenções centradas na família, nos grupos e na comunidade, onde cada pessoa assume um papel de destaque no meio em que está inserido.

Assim, verificou-se que existe um potencial nos cuidados de enfermagem que podem ter implicações para a qualidade de vida do cuidador. Poderá ser inicialmente orientado a procurar estratégias centradas na emoção (estratégias que envolvem o sentimento associado ao cuidar) e no problema (motivado pelo nível de dependência do idoso), disponibilizando o suporte e os recursos necessários, no sentido de preparar todo o ambiente em torno do objetivo de prestar cuidados (Rocha et al, 2013). O enfermeiro, por meio de orientações e cuidados com os parentes e cuidadores de idosos, com intervenções direcionadas às suas especificidades, torna-se indispensável, assim como demanda que os setores público e privado direcionem a sua atenção à saúde do cuidador, sendo que a parceria entre saúde-profissionais e cuidadores-familiares, podem minimizar as dificuldades vividas por eles (Anjos, Boery, & Santos, 2017).

É importante reservar algum tempo para a si mesmo, para evitar que o cansaço se transforme em sobrecarga. Para Losada et al. (2007), vários programas têm sido desenvolvidos para ajudar os cuidadores na prestação de cuidados, que visam melhorar a capacidade do cuidador, em gerir problemas do quotidiano associados a esses mesmos cuidados. Assim, estudos baseados em modelos teóricos cognitivo-comportamentais mostraram a importância de aumentar as atividades prazerosas, aferidas por cuidadores. Estes autores defendem que existe atualmente, uma tendência crescente na literatura, para incluir técnicas baseadas em programas

psicoeducativos, levando-nos a classificar essas intervenções em dois tipos. No tipo I, surgem as intervenções que englobam os grupos de autoajuda e os recursos formais que envolvem o internamento temporário da pessoa cuidada. Nas de tipo II, surgem as intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e multicomponentes. As intervenções psicoterapêuticas, que envolvem o apoio ao cuidador numa dinâmica individual ou em grupo, onde é possível ao enfermeiro, ajudar o cuidador a identificar estratégias para a gestão pessoal da necessidade de ajuda. Na intervenção psicoeducativa, é frequente a abordagem cognitivo-comportamental com o objetivo de ajudar o CI a desenvolver habilidades de autocontrolo, estratégias de coping focadas na resolução de problemas e encorajar o cuidador a envolver-se em atividades agradáveis e experiências positivas. A intervenção multicomponente, refere-se à combinação de intervenções psicoeducativa, psicoterapêutica, apoio, serviços para descanso do cuidador.

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 da OE, publicado Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve, estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, destacando ainda, a sua contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades, assim como, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Assim, para o desenvolvimento da competência de Enfermeiro Especialista, a missão levada a cabo neste projeto, teve como desígnio, capacitar os cuidadores informais a adotar comportamentos promotores de saúde, através de estratégias que tinham por intuito, reduzir a sobrecarga associada à prestação de cuidados. Para tal, foi realizada uma revisão Scoping.

1.3.1. Intervenção da Enfermagem Comunitária no alívio da Sobrecarga: Scoping Review

A prática baseada em evidências, pretende aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados à população e diminuir os custos operacionais dos processos de prevenção, tratamento e reabilitação. Procura identificar problemas

relevantes do paciente e promover a aplicabilidade social das conclusões (Faria, Oliveira-Lima & Almeida-Filho, 2021).

Para orientar uma revisão, deverá ser previamente desenvolvido um protocolo orientador e ajustado à tipologia de revisão. Um protocolo de scoping review, deverá ser composto por diferentes secções como o título, informações sobre a autoria, background, critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos, e por métodos de pesquisa para identificação de estudos, de avaliação crítica da sua qualidade, bem como de extração e síntese dos dados (Joanna Briggs Institute, 2015)

Neste ponto, foram colocadas as estratégias de pesquisa e os principais resultados, com o intuito de servir de base para a intervenção de enfermagem comunitária, por forma a cooperar no alívio da sobrecarga a que os cuidadores informais estão sujeitos na prestação diária de cuidados aos idosos dependentes. Com base na pergunta, “Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em saúde comunitária que ajudam a aliviar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos em situação de dependência?”, obtiveram-se os resultados (Apêndice II).

No estudo, pretendeu-se mostrar a evidência disponível sobre as intervenções de Enfermagem de âmbito comunitário, empregues na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência. Inicialmente, e com base na mnemónica PCC, definir a população (P- Cuidadores Informais Familiares), conceito (C - Idoso Dependente, Sobrecarga e Intervenção de Enfermagem) e contexto (C - âmbito comunitário no contexto dos objetivos do projeto).

Foram escolhidas as bases de dados CINAHL e MEDLINE, partindo-se da necessidade de identificar bases científicas, que respondessem à pergunta de investigação e colmassem algumas lacunas existentes face ao tema escolhido.

Para as duas bases de dados foram utilizados de forma estratégica, termos indexados diferentes, no sentido de alargar o resultado das pesquisas. Como limite temporal, foram definidos 10 anos, ficando uma janela temporal entre janeiro de 2011 e dezembro de 2021. Foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND” para as duas bases de dados. Deste modo, obtiveram-se 179 artigos na base de dados Medline e 198 artigos na CINAHL, obtendo-se um total de 339 artigos. Após leitura do título e abstrat, foram excluídos 240 artigos, e após leitura full texto foram excluídos 114 artigos, resultando num total de 23 artigos.

Predebon, et al. (2021), referem no seu estudo “The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke”, que o conhecimento científico dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros, como agentes de cuidados e educadores — tanto no hospital como em casa — são preponderantes, no sentido em que sabem quais são as dificuldades vividas pelos cuidadores informais.

Na realização da scoping review, vários autores que nos apontam as vantagens em realizar uma intervenção individualizada no domicílio destes cuidadores. Exemplo disso, é a conclusão a que chegaram Couto, Caldas & Castro (2019), onde referem que este tipo de abordagem contribuiu para uma aproximação com a realidade sociocultural de cada família, (...) para observar o quotidiano de cuidados do cuidador principal e para estabelecer uma relação de confiança, o que possibilitou diálogos marcados por emoções, desabaços e relatos que expressavam as suas dificuldades, limitações, necessidades e potencialidades.

Para apoiar o cuidador informal, que é a melhor pessoa para monitorizar a progressão do problema do idoso dependente, é necessário o fornecimento de informação sobre políticas de medidas de apoio. (Willemse, et al. 2016).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Enfermagem, é uma ciência baseada em referenciais teóricos, que servem de alicerce para dar suporte à prática e ao cuidado prestado ao paciente. Para atender às transformações tecnológicas e científicas da profissão, a responsabilidade profissional no cuidar inclui conseguir atuar com uma linguagem holística, interdisciplinar, baseada em indicadores de qualidade, protocolos assistenciais, gestão de risco, prática baseada em evidências, segurança do paciente e acreditação hospitalar (Oliveira, Carvalho, & Rossi, 2015).

Os modelos conceituais e teóricos de enfermagem, surgem como linhas orientadoras da prática profissional, permitindo planejar, intervir e avaliar as atividades de cuidados, servindo ainda de base, para os modelos de formação, investigação e gestão da profissão. O Modelo de Enfermagem como orientador da intervenção comunitária que nos propomos realizar, é o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Tratando-se duma temática que versa sobre o fardo que é ser cuidador de uma pessoa com dependência, é inevitável a abordagem do modelo de stresse associado à prestação de cuidados de Pearlin.

2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

A escolha recaiu sobre este modelo, por se tratar de um processo, em que a promoção da saúde abrange a vertente da educação para a saúde, da prevenção de doenças e da proteção da saúde (Pender et al. 2018).

Nola Pender começou a desenvolver o Modelo de Promoção da Saúde, nos Estados Unidos da América no início dos anos 80, influenciada pela Teoria da Aprendizagem e pelo Modelo de Avaliação de Expectativas, do psicólogo Albert Bandura, que tinham como principal reflexão, a indagação sobre como as pessoas pensam e como os pensamentos de uma pessoa motivam uma conduta.

Essencialmente, Nola Pender pretendia agregar a ciência do comportamento, às teorias de enfermagem já existentes, procurando reconhecer os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial.

O Diagrama do Modelo Teórico de Nola Pender (Apêndice I), aborda em primeiro lugar as características do comportamento anterior, ou seja, aquele que precisa ser modificado. É importante ressaltar que, cada cuidador é um ser único, que possui características biológicas, psicológicas e socioculturais, que podem condicionar o seu comportamento ao longo do processo de prestação de cuidados (Pender, et al. 2018).

O comportamento que precisa ser mudado será modificado através das variáveis do núcleo central do Diagrama, que têm por base, àquilo que o indivíduo compreende como os benefícios na ação, as barreiras que o impedem de agir, o sucesso das capacidades pessoais de organizar e executar ações, e ainda o sentimento em relação ao comportamento (Pender et al, 2018).

Para Pender et al. (2018), a concepção que o indivíduo tem sobre a promoção da saúde, está hoje voltada para a manutenção e/ou intensificação do seu bem-estar.

O papel dos enfermeiros como colaboradores, facilitadores, recursos e sobretudo educadores, torna-se hoje mais importante do que nunca, à medida que os clientes são convidados a assumir mais responsabilidades pela sua saúde. O empowerment para o autocuidado, deve ser considerado uma prioridade para todos os profissionais de saúde (Pender et al, 2018).

Esta capacitação para o autocuidado do cuidador, é para Rocha et al. (2013), a orientação para que aceite a situação de dependência do seu familiar, tal como ela é, ou seja, é importante realizar outras atividades além da prestação de cuidados. Adotar uma filosofia de proteção sobre o seu sentido de vida, reforçando positivamente valores e estratégias eficazes para lidar com situações que são difíceis de resolver, e reservar algum tempo para a si mesmo, para evitar que o cansaço se transforme em sobrecarga.

O modelo mostra-nos que a responsabilidade pela promoção da saúde deve ser repartida entre pessoas, grupos, comunidade, serviços, governo, pelos muitos profissionais de saúde das mais diversas áreas, mas sobretudo, daqueles que estão sempre ao lado do utente, — os enfermeiros.

O diagrama do Modelo Teórico de Nola Pender encontra-se representado no Apêndice I.

2.2. Modelo de desenvolvimento de stresse associado à prestação de cuidados

Um dos modelos usados com o intuito de compreender o stresse associado à prestação de cuidados, é o Modelo de Desenvolvimento de Stresse de Pearlin (1990). Segundo Francisco (2018), o Modelo Teórico de Pearlin, tornou-se heurístico na organização dos determinantes e compreensão do bem-estar do cuidador de idosos, incluindo a sobrecarga objetiva e subjetiva, como objetores dos desfechos do cuidar.

Trata-se de um modelo que conceptualiza o stress como um processo dinâmico, discriminado em cinco dimensões: i) contexto de cuidados; ii) fatores de stresse primários (objetivos e subjetivos); iii) fatores de stresse secundários (tensão de papel e tensão intrapsíquica); iv) recursos e v) dimensão resultados.

Segue uma breve descrição das dimensões, as quais serão explanadas aquando do ponto 3.1.4.

A primeira dimensão, contexto de cuidados, refere-se às características dos CI's. Os fatores de stresse primários (objetivos), estão relacionados com as características do idoso, nomeadamente, o grau de dependência nas atividades de vida diária, que se dividem em básicas (AVDB) e instrumentais (ADVI). Os dados recolhidos, permitiram conhecer o grau de dependência do idoso a quem são prestados cuidados, sendo observável, que quanto mais elevado se torna o grau de dependência do idoso, maior será o nível de prestação de cuidados levado a cabo pelos CI's.

Nos fatores de stresse primários (subjetivos), tem-se em conta a privação da relação com o idoso dependente de cuidados e a sobrecarga associada ao papel de cuidador.

Na dimensão fatores de stresse secundários (tensão de papel), encontramos três domínios: conflito familiar, conflito profissional e constrangimentos financeiros. Na dimensão fatores de stresse secundários (tensão intrapsíquica) incluem-se: a clausura de papel, a competência e os ganhos. A dimensão recursos, inclui o coping e o apoio social.

Por último, a dimensão resultados, acaba por evidenciar o bem-estar do cuidador e a institucionalização da pessoa cuidada.

O Enfermeiro é por excelência e pela sua proximidade com o CI, capaz de avaliar os problemas precocemente e estabelecer um programa de intervenção, promovendo a adoção de estratégias de coping que podem minimizar a carga e promover a satisfação do CI (Sequeira, 2013). O próximo capítulo é dedicado ao percurso metodológico que possibilitou a intervenção de Enfermeiro para essa concretização.

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Nunes (2016), planeamento em saúde consiste no uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, com o desígnio de reduzir os problemas de saúde considerados como prioritários, implicando assim esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.

O projeto será norteado tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde (Nunes, 2016), composto pelas seguintes etapas: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação.

3.1. Diagnóstico da situação

O diagnóstico de situação é o primeiro caminho para as etapas seguintes, em que são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades, que terão depois intervenção (Melo, 2020).

Para que o processo de diagnóstico possa resultar num plano que cumpra os objetivos propostos, não é suficiente que se trabalhe apenas a partir da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. O que pode fundamentar a escolha de estratégias de intervenção é a procura das causas ou fatores que condicionam a realidade observada (Rodrigues, 2021).

Numa fase inicial deste processo, consideramos importante caracterizar as suas fraquezas, forças, ameaças e oportunidades do ambiente interno e externo, recorrendo desta forma, à metodologia de análise SWOT (Apêndice IX). A escolha deste método teve por finalidade, obter uma caracterização o mais aproximadamente possível, permitindo ganhar tempo para as etapas seguintes.

Através do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), verificamos que a população das freguesias Carnaxide e Queijas, afeta à USF Lusa, apresentou uma população total de 36087 pessoas em 2021, face às 36288 pessoas em 2011, verificando-se uma diminuição considerável do seu grupo etário com maior representatividade populacional, grupo etário dos 25 – 64 anos (2011 = 20676 para

2021 = 18404 pessoas), seguindo-se o grupo etário 65 e mais anos (2011 = 5609 para 2021 = 8012 pessoas) com um aumento considerável em apenas 10 anos. Em terceiro lugar, surge o grupo etário dos 0 – 14 anos (2011 = 6405 para 2021 = 5751 pessoas) que teve uma redução acentuada, e por fim, o grupo etário 15 – 24 anos (2011 = 3598 para 2021 = 3920 pessoas) que teve um aumento ligeiro.

O aumento considerável nos últimos 10 anos do grupo etário 65 e mais anos, e a ausência de um projeto de apoio ao CI na USF Lusa, foram fatores tidos em conta pela equipa multidisciplinar da USF, tornando-se particularmente relevante, identificar os utentes idosos com dependência, referenciados na USF e que recebem cuidados de um cuidador informal, para pesquisar a existência de sobrecarga e intervir no seu alívio, com ações de enfermagem de âmbito comunitário.

Foi então criado um cronograma, que serviu de guia orientador na execução das tarefas a que me propus, mas que foi sofrendo correções temporais ao longo do estágio (Apêndice III).

3.1.1. Local e contexto da Intervenção Comunitária

O local escolhido para a realização do estágio e projeto de intervenção comunitária, foi a USF Lusa, que está integrada na ARSLVT e pertence ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Este ACES, abrange uma área total de aproximadamente 61 Km² sendo 41,8 Km² do Concelho de Oeiras e 19,37 Km² de Lisboa Ocidental. Com 172.669 habitantes – 46,58% homens e 53,41% mulheres (INE, 2021), fica situado na margem norte do estuário do rio Tejo, fazendo fronteira a norte com os concelhos de Sintra e Amadora, a oeste com Cascais e a Este com Lisboa.

A USF Lusa tem por missão, a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art.º 4). Quanto à área de influência, a USF Lusa é responsável pela prestação de cuidados de saúde aos utentes residentes na união das freguesias de Carnaxide e Queijas.

3.1.2. População Alvo e Amostra

A população, são os cuidadores informais, pertencentes a famílias de idosos que são seguidos na USF Lusa. A amostra é constituída pelos CI's de idosos que cumprem os seguintes critérios de inclusão: Ser cuidador de idoso(s) em situação de dependência física e/ou mental; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter contato telefónico; aceitar a participação no estudo e cumulativamente, assinar o consentimento informado.

Foram inicialmente identificados 25 cuidadores/idosos dependentes (junho de 2021). Na semana dedicada ao início dos contatos telefónicos (após parecer favorável da Comissão de Ética, setembro 2021), existiam 16 cuidadores/idosos dependentes que se enquadravam nos requisitos estabelecidos para estudo (houve perda de 9 idosos: 8 por óbito e 1 por institucionalização no lar). Destes 16 cuidadores/idosos, 3 não responderam aos contatos por telefone, ficando 13 que aceitaram participar no estudo. De entre estes, 3 não responderam a contactos telefónicos posteriores, pelo que 10 aceitaram responder ao questionário e assinaram o consentimento informado, mas 2 acabaram por desistir após esta fase. Fizeram parte do estudo, 8 CI/Idosos dependentes.

3.1.3. Questões éticas

Segundo o Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, os enfermeiros devem exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Durante o decorrer do estágio, assim como, em todo o processo de elaboração do relatório, existiu sempre preocupação sobre a proteção dos direitos e liberdade dos cuidadores informais e idosos dependentes, que fizeram parte deste estudo e respeitados os compromissos assumidos no pedido à Comissão de Ética.

Foram solicitadas várias autorizações, entre elas: Autorização ao Professor Carlos Sequeira para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa (Anexo V) e Índice de Lawton-Brody, versão apresentada pelo professor (Anexo VI); Autorização do Dr. ° Rafic Nordin, Diretor Executivo do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras para utilização dos instrumentos de colheita de dados e utilização do nome do ACES (Anexo II). Foi enviado pedido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), informando sobre as características e especificações do projeto, tendo sido obtido um parecer favorável com a referência nº 6875/CES/2021 (Anexo I).

3.1.4. Instrumento de colheita de dados

Procurei selecionar as escalas/índices, que melhor se adequassem à temática selecionada, no sentido de caraterizar as componentes clínicas (tendo por base as variáveis plasmadas no Modelo de Nola Pender (Apêndice I) e no Modelo de Stress de Pearlin.

Foi aplicado um instrumento de colheita de dados em forma de questionário, que se encontra dividido em duas partes (Apêndice V):

A primeira parte, relativa a:

- Questões sobre as variáveis sociodemográficas do cuidador e o contexto de cuidados, (Primeira dimensão do modelo de desenvolvimento do stresse associado à prestação de cuidados de Pearlin), onde foram caraterizados: sexo, idade, escolaridade, profissão, situação económica, ... e história da prestação de cuidados, capazes de ocasionar desigualdades pessoais nos diferentes CI's em situações idênticas.

- Escala que avalia a sobrecarga (2ª dimensão: stressores primários subjetivos), foi aplicada a versão portuguesa da Escala de Sobrecarga do Cuidador elaborada por Sequeira (2010) com base na Burden Interview Scale de Zarit. Optei pela Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007, 2010), por avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. A Escala de Sobrecarga do Cuidador é constituída por 22 questões que caraterizam os quatro fatores que a compõem. Cada item é pontuado

de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 e 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa (Sequeira, 2018). A escala é constituída por quatro fatores fundamentais na identificação multidimensional do cuidador informal: impacto da prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas com o cuidar e percepção de auto-eficácia.

A percepção da auto-eficácia diz respeito à competência do cuidador (3ª dimensão stressores secundários - tensão intrapsíquica) onde se incluem: a clausura de papel, a competência e os ganhos. Na clausura de papel, destacamos as questões 2, 11 e 17 da ESC. Quanto à competência, incidimos sobre a questão 21 da ESC. Os ganhos podem ser avaliados sobretudo, após a intervenção de enfermagem comunitária.

- O conflito familiar foi avaliado através de questões sobre o apoio da família, o nº de horas que recebe esse apoio e o tipo de apoio recebido. Os constrangimentos financeiros avaliados pela questão 15 da ESC (3ª dimensão stressores secundários-tensão do papel).

- O apoio social, foi avaliado através do questionário geral, por um conjunto de questões, de onde se destacam: Recebe algum tipo de apoio; qual a rede de apoio; desde quando recebe esse apoio; número de horas por semana que recebe apoio; têm apoio da família; tipo de ajuda prestada por esses familiares (4ª dimensão recursos).

A segunda parte do questionário, com questões que visam recolher informação sobre as características sociodemográficas da pessoa idosa, grau de independência nas AVD e estado cognitivo (2ª dimensão stressores primários objetivos). Inicia com perguntas de teor sociodemográfico, sobre o utente idoso com dependência, seguindo-se a aplicação do Índice de Barthel que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária. Cada atividade apresenta entre dois e quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. Numa escala de 10 itens, o seu total pode variar de 0 a 100, e os pontos de corte são: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente

dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente (Sequeira, 2018).

Foi aplicado o Índice Lawton-Brody que avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD). A escala foi convertida em três grupos com proporções iguais, em que cada uma apresenta os seguintes pontos de corte: 0 - 5 dependência grave ou total; de 6 - 11 moderada dependência; de 12 – 16 ligeira dependência ou independente.

Segue-se avaliação do estado cognitivo, constituído por questões que integram o Instrumento de Avaliação Integrada da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados – RNCCI, relativas à orientação no tempo e no espaço (Apêndice XI). As possibilidades de avaliação consistem em: Mau (0); Insatisfatório (1); Satisfatório (2) e Bom (3), considerando-se a avaliação do dia em que foram aplicados os questionários (4 CI's).

As questões encontravam-se divididas sobre orientação no tempo:

- Ano- Em que ano estamos?
- Mês- Em que mês estamos?
- Dia do mês- Quantos são hoje?
- Dia da semana- Que dia da semana é hoje?

E questões sobre orientação no espaço:

- País- Como se chama o nosso país?
- Distrito- Em que distrito vive?
- Terra- Em que terra vive?
- Casa- Como se chama esta casa?
- Andar- Em que andar estamos?

Quatro questionários foram preenchidos pelo mestrando na presença do CI e idoso dependente. Por uma questão de cordialidade, foram enviados por email quatro questionários aos CI's que por incompatibilidades várias, não nos podiam receber nos dias estabelecidos, sendo esclarecidos e orientados para responder ao questionário e como proceder nas questões sobre a pessoa idosa relativa à dependência nas AVD (foi considerada a data de envio do email, por parte do CI).

3.1.5. Apresentação e análise dos resultados

Os dados foram trabalhados através do software aplicativo “Statistical Program for the Social Sciences” (SPSS®) versão 26 da IBM e o Microsoft Escel®. Este trabalho terá por base uma análise estatística descritiva (cálculo de média, desvio padrão, máximo e mínimo para variáveis quantitativas, frequências e percentagens para variáveis qualitativas). Posteriormente, recorreu-se à análise e inferencial para a análise comparativa (teste paramétrico t para amostras emparelhadas, para comparar o antes e depois da intervenção).

O tamanho da amostra não nos permite tirar conclusões exatas, no entanto, o número de cuidadores informais/idosos dependentes e os resultados consequentes do estudo, foram esclarecedores quantos aos principais problemas que os afetam, permitindo orientar as intervenções junto deste grupo de cuidadores. Os dados encontram-se esquematizados e retratados no Apêndice VI, através de tabelas e gráficos.

Na caracterização sociodemográfica do cuidador informal, verificamos que dos 8 cuidadores, 62,5% (5 elementos) são do sexo feminino e os restantes 37,5% (3 elementos) são do sexo masculino, sendo as suas idades compreendidas entre os 55 e os 82 anos, com média de 67,9 anos e desvio padrão de 9,7. Na sua maioria são casados (75%), para apenas 12,5% viúvos e 12,5% solteiros.

Na questão relativa às habilitações literárias, verificamos que o ensino secundário é o grau de escolaridade mais frequente em 50% dos cuidadores, seguindo-se o 1º ciclo do ensino básico com 37,5% e o 3º ciclo do ensino básico com 12,5%. Relativamente à profissão dos cuidadores informais, constatamos que não existe um padrão, embora verifiquemos que 37,5% são reformados. No grau de parentesco, verificamos que com 50,0% (4 elementos) são filho/filha, 37,5% (3 elementos) são marido/esposa e 12,5% (1 elemento) é genro/nora. Quanto ao tempo que estes cuidadores prestam cuidados aos seus familiares, 50,0% (4 elementos) prestam cuidados há mais de 6 anos, 25,0% (2 elementos) prestam cuidados entre os 1-3 anos e 25,0% (2 elementos) prestam cuidados entre os 3-6 anos.

Quanto à habitação, 100% dos cuidadores informais vive atualmente com os idosos em situação de dependência, sendo que, 62,5% (5) dos cuidadores informais

referem que já viviam com os seus familiares antes do estado de dependência, e apenas 37,5% (3) passaram a coabitar após a sua dependência de cuidados.

No número de dias por semana que presta cuidados ao seu familiar, 100% dos cuidadores presta cuidados 7 dias por semana, divergindo apenas no número de horas de prestação de cuidados por dia, com 62,5% (5 elementos) a prestar cuidados entre as 16-20 horas, 25,0% (2 elementos) presta 5-10 horas e 12,5% (1 elemento) presta 11-15 horas. Quanto às atividades de cuidados prestadas pelos cuidadores, 87,5% (7 elementos) ajudam o seu familiar em todas as atividades (Higiene, Alimentação, Vestir e Despir e Mobilização) e 12,5% (1 elemento) ajuda o seu familiar em Higiene, Alimentação e Vestir e Despir.

No que concerne ao tipo de apoio, 75,0% (6 elementos) recebem apoio domiciliário e os restantes 25,0% (2 elementos) não recebem, no entanto, 83,3% (5) têm apoio de rede privada/particular, 16,7% (1) recebe apoio da rede de cuidados continuados e 2 cuidadores não têm qualquer apoio.

Na amostra dos seis elementos que recebem apoio domiciliário, relativamente há quanto tempo recebe esse apoio, 50,0% (3 elementos) recebem há 24 meses, 16,7% (1 elemento) recebe há 48 meses, 16,7% (1 elemento) recebe há 15 meses e 16,7% (1 elemento) recebe há 10 meses. No número de horas por semana que recebe esse apoio, dos seis elementos, 50,0% (3 elementos) recebem entre 12-24 horas e 50,0% (3 elementos) recebem entre 1-12 horas. Verificamos ainda que 75,0% (6 elementos) recebem apoio da família e os restantes 25,0% (2 elementos) não recebem apoio dos familiares. Dos seis cuidadores que recebem apoio da família, 50,0% (3 elementos) recebem de irmão/irmã, 33,3% (2 elementos) recebem de filhos(as) e 16,7% (1 elemento) recebe da esposa.

Relativamente às horas que recebe apoio da família por semana, na amostra dos seis elementos, 60,0% (3 elementos) recebem apoio entre 1-12 horas, 20,0% (1 elemento) recebe 24-48 horas, 20,0% (1 elemento) recebe 48-60 horas e verifica-se uma não resposta. No tipo de ajuda prestada pelos familiares, na amostra dos seis elementos, 50,0% (3 elementos) recebem apoio para limpeza da casa, 16,7% (1 elemento) recebe para alimentação, vestir e despir e mobilização, 16,7% (1 elemento) recebe para compras, limpeza da casa e outros e 16,7% (1 elemento) recebe para compras e limpeza. Verificamos ainda que na amostra 62,5% (5 elementos) não têm a seu cargo outras pessoas e 37,5% (3 elementos) têm.

Na caracterização sociodemográfica do idoso em situação de dependência, verificamos que 62,5% (5 elementos) são do sexo masculino, 37,5% (3 elementos) são do sexo feminino, sendo as suas idades compreendidas entre os 77 e 97 anos, com média de 87,0 anos, moda de 85 anos e desvio padrão de 6,7. Cerca de 62,5% (5 elementos) são viúvos e 37,5% (3 elementos) são casados. Ao nível das habilitações académicas, 50,0% (4 elementos) têm o primeiro ciclo, 37,5% (3 elementos) não têm escolaridade, 12,5% (1 elemento) sabe ler e escrever. Nos antecedentes pessoais, 87,5% dos idosos possuem várias comorbilidades, sendo que, apenas um idoso possui uma única patologia, para a qual é medicado. A interação social, fica caracterizada por 57,1% (4 elementos) que convivem com outros familiares e 42,9% (3 elementos) convivem com outros elementos, verificando-se um valor omissivo.

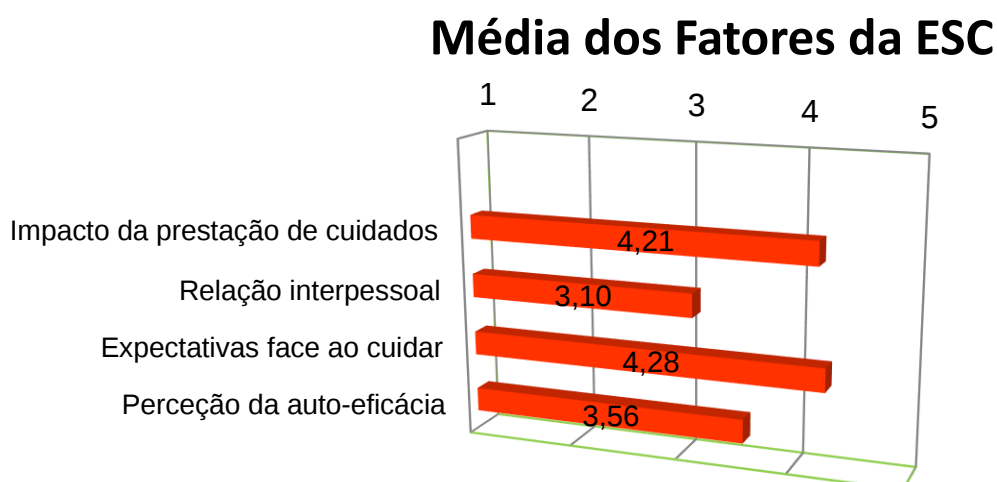
Em seguida, foi caracterizado o nível de independência do idoso através do Índice de Barthel, para a realização das dez atividades básicas de vida diária. Verificamos que no estudo, não existem idosos em situação de independência, existindo, seis idosos no nível totalmente dependente e dois idosos no nível severamente dependente com 30 pontos (Apêndice VI).

Através do Índice de Lawton-Brody, para a realização das oito atividades instrumentais da vida diária, existem 100% dos idosos em situação severamente dependentes.

Por fim, na avaliação da orientação no tempo e no espaço, 5 idosos apresentam estado cognitivo mau, 1 com estado cognitivo insatisfatório e 2 com estado cognitivo satisfatório (Apêndice VI).

Na Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), avaliamos que 100% dos cuidadores informais (n=8), encontra-se em sobrecarga intensa face à situação de dependência do idoso dependente/prestação de cuidados. O score médio da ESC situou-se nos 84,8 pontos, com uma mediana de 86,0 pontos e um desvio padrão de 8,1.

Figura 1 - Sobrecarga do cuidador informal pelos fatores da ESC



Na análise dos quatro fatores da ESC, em termos médios, verifica-se que todos têm valor médio superior ao ponto intermédio da escala, como se observa na figura 1.

O fator com maior nível de sobrecarga é “Expectativas face ao cuidar” (Média (M)=4,28) (relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, e centra-se essencialmente nos medos, receios e disponibilidades), logo seguido de “Impacto da prestação de cuidados” (M=4,21) (referem-se à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, dos quais se destacam: alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental), depois de “Perceção de auto-eficácia” (M=3,56) (opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho), e finalmente a “Relação interpessoal” (M=3,10) (sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados).

Muñiz, Fidalgo & García-Cueto (2005) e Nunnally (1978), referem que um valor do coeficiente de consistência interna medido pelo Alfa de Cronbach superior a 0,80 é considerado adequado, e um coeficiente de consistência interna entre 0,60 e 0,80 é tido como aceitável, pelo que o estudo apresenta uma boa consistência interna com valor de $\alpha = 0,903$ se tivermos em conta, para além dos valores de referência, o artigo de investigação - Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit por Sequeira (2010) com $\alpha = 0,93$.

A figura 2, lista os problemas identificados após análise dos dados recolhidos.

Figura 2 - Problemas Identificados no diagnóstico da situação

Áreas	Problemas
Impacto da prestação de cuidados (ESC)	87,5% dos cuidadores, considera que não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas
	62,5% dos cuidadores vê a sua saúde afetada por ter de cuidar do seu familiar
	87,5% dos cuidadores sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar
Expetativas com o cuidar (ESC)	100% dos cuidadores considera que o seu familiar está dependente deles
Características dos Cuidadores	50,0% dos cuidadores acima dos 67,9 anos de idade
	50,0% dos cuidadores com escolaridade a baixo do 4º ciclo
História da prestação de cuidados	50,0% dos cuidadores presta cuidados há mais de 6 anos
	100% dos cuidadores presta cuidados 7 dias por semana
	62,5% dos cuidadores presta cuidados entre as 16 e 20 horas diárias
	87,0% dos cuidadores ajuda o seu familiar em várias AVD's (Higiene, Alimentação, Vestir e despir e Mobilização)
Apoio recebido pelos CI's	83,3% dos cuidadores recebe apoio domiciliário de prestadores de cuidados particulares
	50,0% dos cuidadores recebe apoio há mais de 24 meses
	16,7% dos cuidadores recebe apoio de recursos comunitários
	25,0% dos cuidadores não recebe apoio dos familiares
Características do idoso dependente	100% dos idosos em situação severamente dependente
	62,5% dos idosos apresenta estado cognitivo mau

3.2. Definição de Prioridades

A perceção que a comunidade tem de determinado problema é de extrema relevância, na hierarquização das prioridades, e a sua anuência e identificação, poderá envolver a mesma e ditar o sucesso do planeamento delineado (Nunes, 2016).

Nesta etapa pretende-se encontrar formas que facilitem caraterizar e definir quais os problemas em que se deve intervir primeiro, o que não significa que se descure a intervenção nos que não foram considerados prioritários, que poderão aguardar por oportunidades mais facilitadoras para a sua resolução, como ter recursos humanos, orçamentos disponíveis ou conjuntura mais favorável (Rodrigues, 2021).

A priorização dos problemas foi elaborada, tendo por base a técnica de comparação por pares. Cada problema é comparado sucessivamente com os restantes, escolhendo o mais importante em cada comparação. Para facilitar, organiza-se uma matriz de duas entradas em que se compara sistematicamente o primeiro problema com o segundo, com o terceiro, com o quarto e assim

sucessivamente (Rodrigues, 2021). A escolha desta técnica depreendeu-se pela sua simplicidade e objetividade (Apêndice VIII). Assim, através da figura 3 – Priorização dos problemas, onde foram colocados os que emergiram com maior percentagem, e escolhido em reunião conjunta, com a enfermeira orientadora de estágio, com a enfermeira interlocutora de enfermagem, médico coordenador da USF, vários médicos e enfermeiros da USF Lusa, os três fatores definidos como prioritários, tendo em conta a limitação temporal de estágio e no sentido de realizar uma intervenção direcionada e concisa.

Figura 3 - Ordenação final dos Problemas

PROBLEMAS	Ordenação final
100% considera que o seu familiar esta dependente de si	1º
87,5% Não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas	2º
87,5% Sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar	3º
83,3% Não recebe apoio de recursos comunitários	4º
100% Presta cuidados 7 dias por semana	5º
100% dos Idosos em situação severamente dependente	6º

3.2.1. Diagnóstico de Enfermagem

A identificação do diagnóstico de enfermagem, para além de estabelecer a ponte entre os dados clínicos e os cuidados de enfermagem, pode direcionar também, para a criação de protocolos de enfermagem específicos no atendimento destes pacientes e servir como veículo de mudança e transformação da prática clínica (Nunciaroni, Gallani, & Agondi, 2015). Para realização do diagnóstico de enfermagem foi utilizada a taxonomia CIPE® na versão de 2015, traduzida pela OE (2016).

Figura 4 - Problemas e Diagnóstico de Enfermagem CIPE

Problemas	Diagnósticos de Enfermagem CIPE
100% considera que o seu familiar esta dependente de si	Papel de cuidador de cuidados comprometido
87,5% Não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas	Capacidade para desempenhar atividade de lazer comprometida
87,5% Sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar	Sobrecarga por stresse
83,3% Não recebe apoio de recursos comunitários	Conhecimento sobre serviços comunitários comprometido
100% Presta cuidados 7 dias por semana	Capacidade para participar no planeamento de cuidados comprometida
100% dos Idosos em situação severamente dependente	Risco de stresse do cuidador

3.3. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos é uma etapa imprescindível, uma vez que o seu estabelecimento torna possível avaliar as intervenções delineadas (Nunes, 2016).

Deste modo, para a intervenção de Enfermagem, selecionou-se os 3 primeiros diagnósticos de enfermagem e estabeleceu-se um objetivo geral que caracteriza a intervenção que se pretende alcançar, “Capacitar o CI para alívio da sobrecarga”, e como objetivos específicos: “Capacitar os CI’s a mobilizar recursos comunitários para apoio ao desempenho do papel de cuidador”, “Capacitar os CI’s a adotar estratégias para realizar atividades de lazer” e “Capacitar os CI’s, para diminuir o nível de sobrecarga”.

Em seguida, apresentam-se os indicadores de atividade, adesão e qualidade:

Indicador de atividade	Meta
$\frac{\text{nº ações de sensibilização realizadas}}{\text{nº de ações de sensibilização programadas}} \times 100$	50%

Indicador de adesão	Meta
$\frac{\text{nº CI's aceitaram VD para sessões de sensibilização}}{\text{nº CI's convocados para VD}} \times 100$	40%

Indicador de qualidade	Meta
$\frac{\text{nº CI's que avaliaram satisfatoriamente cada uma das sessões}}{\text{nº CI's presentes nas sessões}} \times 100$	40%

Figura 5 - Objetivos Específicos, Objetivos Operacionais e Indicadores de Resultado

Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Indicadores de Resultado
Diagnóstico de Enfermagem: Papel de cuidador de cuidados comprometido		
Capacitar os CI's a mobilizar recursos comunitários para apoio ao desempenho do papel de cuidador, através de informação organizada sobre os recursos	a) Que pelo menos 30% dos CI's possa conhecer os resultados do diagnóstico até 17 de fevereiro de 2022.	Indicador de resultado: % de CI que conheceu o resultado do diagnóstico de situação.
	b) Que pelo menos 30% dos CI's, possa conhecer os recursos comunitários até 17 de fevereiro de 2022.	Indicador de resultado: % de CI que demonstra conhecer os recursos da comunidade.
	c) Que pelo menos 20% dos cuidadores, se sintam capazes de mobilizar um dos recursos comunitários até 17 de fevereiro de 2022.	Indicador de resultado: % de CI que refere adotar futuramente estratégias para procurar apoio nos recursos da comunidade.
Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para desempenhar atividades de lazer comprometido		
Capacitar os CI a adotar estratégias para desempenhar atividades de lazer	Que pelo menos 20% dos CI, consiga adquirir capacidade para realização de uma atividade de lazer com determinada periodicidade até 24 de fevereiro de 2022.	Indicador de resultado: % de cuidadores que refere adotar futuramente, estratégias para desempenhar atividades de lazer abordadas durante a sessão.
Diagnóstico de Enfermagem: Sobrecarga por stresse		
Capacitar os CI's, para diminuir o nível de sobrecarga.	Que pelo menos, 10% dos CI's consiga reduzir os níveis de sobrecarga de intensa para ligeira, até 24 de fevereiro de 2022.	Indicador de resultado: % de CI que passaram de sobrecarga intensa para ligeira.

Para que se pudesse avaliar a intervenção desenvolvida, foram estabelecidos objetivos operacionais ou metas, que servissem de guia orientador para alcançar o sucesso da missão (Apêndice X). Nunes (2016) refere a importância da definição de indicadores e metas, que podem ser de resultado ou de execução, e devem constituir a ligação entre o problema e a população alvo.

3.4. Seleção de Estratégias

A estratégia é o desenho do modo como se trabalha para alcançar os objetivos, ou seja, o caminho ou o percurso de ação selecionado face às diversas ações possíveis. As estratégias de saúde constituem os processos e as intervenções através das quais são satisfeitas as necessidades de saúde definidas anteriormente. (Rodrigues, 2021).

Os profissionais de saúde, na sua maioria, focam a sua atenção apenas na saúde do idoso, não atendendo às necessidades e particularidades da família e cuidadores, o que é limitador para o sucesso de abordagens desenvolvidas pelas equipas de saúde (Anjos, et al. 2017).

Após a identificação dos problemas deste grupo de cuidadores, alinhamos as estratégias com base:

1) Resultados obtidos através da scoping review; 2) Reuniões com vários elementos da equipa multidisciplinar; 3) Reunião com a Assistente Social da USF; 4) Reunião com a Chefe de Divisão de Coesão Social da Câmara Municipal de Oeiras; 5) Orientações da Enfermeira Orientadora e da Enfermeira Interlocutora de Enfermagem. Foram definidas estratégias para atingir as metas delineadas: intervenção individual de proximidade, com base numa visita domiciliária como meio de ação de sensibilização para a saúde, a comunicação em saúde e e parceria interdisciplinar (parceiros comunitários).

A visita domiciliária, para Pinto & Sossai (2014) é uma importante ferramenta para conhecer os problemas sociais e de saúde do utente e sua família, possibilitando uma melhor atuação dos profissionais na prevenção e promoção do processo de saúde e doença. Pode ser considerada, nos dias de hoje, como o principal elo entre o utente e o sistema de saúde. O autor considera que durante a visita, os profissionais de saúde passam a conhecer, não só o quadro clínico dos utentes, como também as suas condições de vida em termos económicos, sociais e familiares, sendo fundamental, preservar o respeito às crenças, costumes e modo de viver das famílias (...) estabelecendo uma relação de responsabilidade repartida entre todos os intervenientes, que neste caso, focou sobretudo os cuidadores.

Para Mello & Camargo (2018), uma boa comunicação é crucial para a prestação de cuidados, sendo vista pelos próprios utentes, como mais do que uma mera técnica, uma atitude: a capacidade de entender o outro como ser humano, não somente como um ser doente necessitando de um serviço.

É precisamente esta relação empática, de nos “colocarmos na pele do outro”, que procurei espelhar, durante a visita domiciliária ao cuidador e idoso dependente, fomentando contribuir, para melhorar a sobrecarga subjetiva ligada a gestão de fatores de ansiedade e medo, associadas à prestação de cuidados.

Durante este processo, é importante observar a envolvimento da prestação de cuidados em que o cuidador se encontra “sitiado”, identificar a percepção do cuidador, valorizar o que diz e como diz, promover a autorreflexão sempre que surjam dúvidas perante uma situação difícil, e sobretudo, identificar situações “limites” para o cuidador e idoso dependente. Transversal a este processo, importa escutar o que é transmitido na primeira pessoa pelo cuidador.

Escutar envolve uma postura de interesse e aceitação para com o utente, enquanto o profissional está envolvido no processo (Rollnick, Miller & Butler, 2014). O objetivo é, portanto, aumentar a motivação intrínseca do utente de modo que a necessidade de mudança não seja imposta pelo profissional. As estratégias de abordagem, são na verdade, mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas (Miller & Rollnick, 2012) (...) facilitando a edificação de vínculo entre utentes/famílias e profissionais de saúde, pela ligação empática às experiências “reais”, das pessoas (Barros & Botazzo, 2015).

De facto, neste estudo, a visita domiciliária foi a estratégia que nos parece ir ao encontro das principais dificuldades do CI, uma vez que é notória a sobrecarga que vivenciam estas pessoas, pela dificuldade do desempenho do papel, na realização de atividades de lazer e na procura de recursos comunitários para apoio.

Pelo exposto, foi importante incentivar o cuidador, para falar abertamente dos seus medos, receios e disponibilidades, perante a sobrecarga que se verifica ao nível das expectativas que têm, relativamente à prestação de cuidados. Neste contexto, e das características e experiências individuais, já avaliadas anteriormente, o modelo de promoção de saúde, conduz-nos à percepção que o cuidador têm sobre a sobrecarga a que está exposto diariamente, e a forma como os profissionais de saúde podem influenciar a sua percepção, promovendo o seu conhecimento sobre autoeficácia, benefícios e sentimentos relacionados. Foi importante dar a conhecer aos cuidadores informais presentes no estudo, os dados que resultaram da análise do questionário, e os efeitos do desempenho do papel de cuidador, de forma continuada, no tempo que decorre o processo de prestação de cuidados, nomeadamente o efeito da sobrecarga associada às expectativas com o cuidar e impacto da prestação de cuidados, e os efeitos que podem ter na sua saúde, para que passem a ter um papel ativo na tomada de decisão no futuro.

Ação de sensibilização, é fundamental para aumentar a consciencialização acerca de uma necessidade, assim como, definir estratégias, aclarar prioridades e potenciar os resultados, consequentes das ações realizadas através dos diversos atores envolvidos. É por excelência, a atividade a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, a qual estabelece a relação diálogo-reflexão entre profissional e cliente e visa a consciencialização deste sobre sua saúde e a percepção como participante ativo na transformação (Souza, Torres, Pinheiro & Pinheiro, 2020).

A ação de sensibilização opera melhor, quando associada a dados concretos e análises, envolvendo mensagens e estratégias para identificar e influenciar os que estão aptos a levar a cabo determinada mudança. (Diaz, 2020).

Pender et al., (2018), defendem que, as situações podem afetar diretamente os comportamentos, apresentando o ambiente com pistas que desencadeiam ação. Logo, é importante criar o ambiente adequado ao cuidador informal, para que este possa tomar decisões sobre uma melhor gestão da sobrecarga, no sentido de otimizar não só o seu estado de saúde, como proporcionar melhores condições de saúde, durante o processo de prestação de cuidados ao idoso dependente. Desta forma, é importante ajudar o cuidador, a desenvolver métodos de planeamento de cuidados de saúde ao idoso, como forma de potenciar, não só os cuidados prestados, como encorajá-lo a desenvolver estratégias que visem otimizar o tempo para outras atividades além da prestação de cuidados, e por isso, é importante conhecer os recursos comunitários disponíveis como base de suporte ao seu quotidiano.

A sua operacionalização consistiu em duas visitas domiciliárias ao cuidador /idoso, com a duração entre 45 e 90 minutos, segundo disponibilidade do cuidador, como veremos em seguida. Esta decisão foi tomada, pela dificuldade que os cuidadores têm em se ausentar de junto dos idosos em situação de dependência. Por sua vez, uma abordagem individual e personalizada aos cuidadores, no seu ambiente de prestação de cuidados, poderá potenciar o processo de coping dos mesmos.

Os dados descritivos recolhidos anteriormente, permitiram compreender melhor as características dos cuidadores e idosos dependentes presentes no estudo, tais como, o grau de independência da pessoa idosa nas atividades básicas da vida diária (ABVD), o nível de independência no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) e a sobrecarga do cuidador informal, o que nos permitiu que as visitas domiciliárias tivessem como ponto de partida, uma pergunta aberta e global,

sem antecipar tópicos específicos, como por exemplo: “Fale-me sobre o seu dia-a-dia como cuidador”.

O plano de ação de sensibilização para a saúde, encontra-se esquematizado em apêndice (Apêndice XV e XVI).

A comunicação em saúde, não foi descurada em todo este processo, como meio de divulgação comunicacional e suporte pedagógico, os folhetos entregues durante a ação de sensibilização no domicílio, servem como fonte de informação disponível ao CI, sempre que considere necessário.

Depois de feito o levantamento sobre os recursos comunitários ao dispor do CI no Município, optou-se por estabelecer parceria com o Gabinete da Divisão de Coesão Social da Câmara Municipal de Oeiras, através do Serviço de Teleassistência Domiciliária, que oferece apoio ao CI/idoso dependente em situações de emergência de saúde e segurança, assumindo-se ainda, como um mecanismo de monitorização e acompanhamento.

Foi feita uma sessão de apresentação dos resultados à equipa multidisciplinar da USF Lusa, após o término do estágio e na sequência do final da intervenção comunitária (Apêndice XXI). Tal como referem Barbosa, Figueiredo, Sousa & Demaind (2011), os resultados podem orientar os profissionais na direção e monitorização de intervenções, com o objetivo de desenvolver estratégias de coping eficazes nos cuidadores.

3.5. Elaboração de Programa e Projeto

Com este trabalho de intervenção comunitária, foram levadas a cabo, um conjunto de atividades conforme delineado no cronograma de atividades (Apêndice III). No entanto, para programar as atividades a desenvolver, foi delineado um diagrama de Gantt onde se encontram as atividades e respetiva cronologia (Apêndice XII). As atividades desenvolvidas foram uma intervenção individual de proximidade, com base numa visita domiciliária como meio de ação de sensibilização para a saúde e uma parceria interdisciplinar (parceiros comunitários) segundo os objetivos delineados (Apêndice XXIV).

Como referido no diagnóstico de situação, chegamos ao final com 8 CI's, sendo trabalhados os problemas detetados, segundo as prioridades e estratégias delineadas.

As ações de sensibilização foram realizadas em 2 sessões, que tiveram como referência as áreas prioritárias de intervenção (Papel de cuidador de cuidados, capacidade para desempenhar atividades de lazer e sobrecarga por stress), tendo os seguintes temas, “Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da comunidade” e “Capacitar os cuidadores a adotar estratégias para realizar atividades de lazer” (Apêndices XV e XVI). Para cada uma das ações de sensibilização, foram realizados os respetivos planos de sessão. As duas ações tiveram por base a partilha de experiências, conceitos e vivências, de uma forma dinâmica e apelando sobretudo à introspeção dos CI's, através de perguntas de partida como, “descreva um dia da sua prestação de cuidados”, “que atividades de lazer costuma praticar”, “o que gosta ou gostaria de fazer em seu benefício para, e que podem ajudar a aliviar a sobrecarga associada à prestação de cuidados”, “barreiras que o impedem a alcançar esses momentos”, capacidade para organizar tais momentos” (...) estimulando assim os intervenientes, a refletir em conjunto sobre a importância do cuidar, os desafios que a relação entre cuidador e pessoa cuidada englobam, mas sobretudo, pelas alterações que se insurgiram na vida do cuidador e que se podem tornar “limitadoras” para si, ao longo do processo de cuidar.

No que diz respeito à parceria interdisciplinar (parceiros comunitários), resultaram de duas reuniões entre o mestrando e os representantes do Gabinete da Divisão de Coesão Social da Câmara Municipal de Oeiras, onde foram analisados os apoios comunitários que o Município tem ao dispor dos CI's, e analisados os que melhor se adequavam à população em estudo. Foi escolhido para fazer parte da parceria, o Serviço de Teleassistência Domiciliária, que oferece uma resposta imediata ao utente em situações de emergência de saúde, segurança ou solidão, mas que se assume ainda, como um importante mecanismo de monitorização e acompanhamento. Consubstancia-se num serviço telefónico de apoio que funciona 24 horas/dia, 365 dia/ano, tendo como suporte um terminal fixo ou móvel, propriedade da empresa prestadora de serviços, contratualizada com o Município de Oeiras, através do qual, acionando um botão de emergência aliado a um telefone de alta voz, o utente pode falar, ser localizado e identificado pelo operador, o qual faz uma avaliação imediata da situação, dando a resposta mais adequada. Para além da

componente alarmística, na componente de acompanhamento, estão previstos: contatos semanais para monitorização e minimização dos sentimentos de insegurança e solidão. Sempre que através destes contatos, a empresa identifica uma situação social que careça de uma intervenção mais específica, sinaliza-a ao Município, que por sua vez, reencaminha para a Equipa de Emergência e Intervenção Social, que faz uma avaliação e ativa os recursos da comunidade consoante a problemática. Atualmente, o serviço conta com 158 utilizadores, sendo apenas 27 utentes da União de Freguesia de Carnaxide e Queijas, não fazendo parte deste número, nenhum dos CI's que participaram no estudo. Durante as visitas domiciliárias, foram vários os CI's que se mostraram interessados em integrar este serviço, ficando sinalizados e que serão contactados pelo Gabinete da Divisão de Coesão Social da Câmara Municipal de Oeiras futuramente.

A divulgação dos resultados do estudo à equipa multidisciplinar da USF Lusa, aconteceu após o término do estágio, por uma questão de restrição temporal, sendo realizada em apenas uma sessão, onde se abordaram os momentos mais importantes do estudo, desde o diagnóstico até às ações de sensibilização e respetivos resultados. Para este momento, foi realizado um plano de sessão (Apêndice XXI), de forma que se otimizasse a partilha de dados entre os vários profissionais presentes, para que os mesmos possam dar continuidade ao apoio aos CI's afetos à USF Lusa.

3.6. Avaliação

É através da avaliação que se sabe se um plano foi eficaz, ou seja, se os objetivos foram ou não alcançados (Nunes, 2016). Avaliar significa “emitir um juízo de valor” sobre algo e todos avaliamos situações, pessoas, objetos, e cada pessoa pode atribuir diferentes juízos de valor para a mesma situação, pelo que não se pode falar apenas em “avaliar” determinado objeto, ação, projeto ou serviço (Rodrigues, 2020).

A avaliação teve por base os dados que foram obtidos no final do estágio, não descurando os indicadores estabelecidos mediante as metas planeadas. Para além da apresentação dos resultados concernentes aos indicadores de resultado e atividade, serão ainda ostentados dados que ajudem a compreender os mesmos, nomeadamente, as avaliações feitas no final das ações de sensibilização. No final da

intervenção, os CI's responderam novamente à ESC, com o intuito de se perceber as alterações que ocorreram após a intervenção de enfermagem comunitária, recorrendo-se posteriormente à análise estatística inferencial.

Como nota de destaque, uma vez que tem influência nos resultados finais, as ações de sensibilização para a saúde, inerentes aos constrangimentos das limitações de tempo, causados pela situação pandémica que se vive em Portugal, e que afetou todos os profissionais de saúde, acabou por influenciar a gestão de tempo do mestrando e respetiva equipa multidisciplinar da USF, pelo que, as ações de sensibilização foram realizadas com 4 a 5 dias de intervalo, entre a primeira visita e a segunda visita domiciliária, situação que acabou por evidenciar o papel que a enfermagem comunitária têm na vida destes cuidadores, face aos resultados obtidos, que muito para além do que seria esperado, mostraram-nos uma redução média nos fatores da escala em todos os participantes. No sentido de conhecer os dados dos indicadores de resultado, é necessário observar os quadros que se seguem:

Quadro 1 - Avaliação referente ao Diagnóstico de Enfermagem: Papel de cuidador de cuidados comprometido

Indicador de Resultado	Previsto	Obtido
% de CI's que conhecem os resultados do diagnóstico	30%	100%
% dos CI's que conhecem os recursos comunitários	30%	100%
% dos CI's que são capazes de mobilizar pelo menos um dos recursos comunitários	20%	100%

Quadro 2 - Avaliação referente ao Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para desempenhar atividades de lazer comprometido

Indicador de Resultado	Previsto	Obtido
% de CI's que irá adotar estratégias para desempenhar atividades de lazer	20%	87,5%

Quadro 3 - Avaliação referente ao Diagnóstico de Enfermagem: Sobrecarga por stresse

Indicador de Resultado	Previsto	Obtido
% de CI's que diminuiu o nível de sobrecarga	10%	12,5%

Os indicadores delineados inicialmente, foram na sua grande maioria superados face aos resultados que se esperavam alcançar (Apêndice XXII). Podemos destacar, a forte adesão dos CI's às duas ações de sensibilização em sua casa, com

um limite temporal de 4 a 5 dias entre cada sessão, que acabou por estabelecer laços numa relação profissional entre mestrando e CI's/idosos dependentes.

Relativamente à Escala de Sobrecarga, como já vimos anteriormente, antes da intervenção todos os cuidadores apresentam “sobrecarga elevada” e depois da Intervenção, um cuidador apresenta “sobrecarga ligeira” e todos os restantes mantiveram a “sobrecarga elevada”.

Para que se compreenda onde surgiram as diferenças mais importantes, no que diz respeito aos valores de sobrecarga do CI (ESC), nos seus fatores antes e depois da intervenção comunitária (Figura 6 e 7), realça-se a análise estatística dos seguintes resultados:

Figura 6 - Comparação dos resultados dos fatores da ESC antes e depois da intervenção comunitária

		N	Média	Desvio Padrão
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	Antes da intervenção	8	3,91	0,37
	Depois da intervenção	8	3,05	0,34
Impacto da prestação de cuidados	Antes da intervenção	8	4,21	0,36
	Depois da intervenção	8	3,28	0,32
Relação interpessoal	Antes da intervenção	8	3,10	0,81
	Depois da intervenção	8	2,50	0,57
Expectativas face ao cuidar	Antes da intervenção	8	4,28	0,34
	Depois da intervenção	8	3,47	0,39
Perceção da auto-eficácia	Antes da intervenção	8	3,56	0,78
	Depois da intervenção	8	2,25	0,65

Figura 7 - Teste t para amostras emparelhadas

Antes da intervenção - Depois da intervenção	Média	Desvio padrão	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	0,87	0,66	0,32	1,41	3,733	7	** 0,007
Impacto da prestação de cuidados	0,92	0,61	0,41	1,43	4,247	7	** 0,004
Relação interpessoal	0,60	1,26	-0,46	1,66	1,342	7	0,222
Expectativas face ao cuidar	0,81	0,53	0,37	1,26	4,333	7	** 0,003
Perceção da auto-eficácia	1,31	1,13	0,37	2,26	3,280	7	* 0,013

IC=Intervalo de Confiança; LI=Limite Inferior, LS=Limite Superior; p- Valor de prova, gl=graus de liberdade

** p<0,01 * p<0,05

Nos valores alcançados, e que caracterizam o antes e depois da intervenção, observamos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente a:

- “Impacto da prestação de cuidados” (influenciado essencialmente pelas relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental)
- “Expectativas face ao cuidar” (condicionada pelos medos, receios e disponibilidades do CI face à prestação de cuidados) e score da ESC (p<0,01).

Verificou-se igualmente, entre o antes e depois da intervenção, diferenças estatisticamente significativas na “perceção da auto-eficácia” (perceção de competência na prestação de cuidados) ($p < 0,05$).

Na “relação interpessoal” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Este fator está diretamente relacionado com a relação entre CI e idoso dependente de cuidados, surge como o fator onde se verificou menor valor de redução de sobrecarga, situação que nos indicia, que o elevado número de horas junto do idoso a quem prestam cuidados, associado ao estado elevado de dependência dos idosos em estudo, não permite num tão curto período de tempo, alcançar os melhores resultados.

Portanto, através dos resultados alcançados na ESC e seus fatores, verificamos que o Projeto de Intervenção Comunitária teve como resultado o alívio significativo da sobrecarga dos CI's, chegando a verificar-se a passagem de um dos CI para o nível de sobrecarga ligeira (12,5% quando o objetivo operacional era 10%).

Relativamente aos indicadores de atividade, adesão e qualidade. Os resultados foram superiores ao previsto como verificado no quadro 4, 5 e 6.

Quadro 4 – Indicador de atividade

Indicador de atividade	Previsto		Obtido	
	Sessão A	Sessão B	Sessão A	Sessão B
% de ações de sensibilização realizadas	50%	50%	100%	100%

Quadro 5 – Indicador de adesão

Indicador de Adesão	Previsto	Obtido
% de CI's que aceitou a visita domiciliária para as ações de sensibilização	50%	100%

Quadro 6 – Indicador de qualidade

Indicador de qualidade	Previsto		Obtido	
	Sessão A	Sessão B	Sessão A	Sessão B
% de CI's que avaliou satisfatoriamente as ações de sensibilização	20%	20%	100%	100%

Estes resultados, surgem dos questionários de satisfação que foram respondidos pelos CI's no final das ações de sensibilização no domicílio (Apêndices XVII e XIX), sendo ainda importante observar os apêndices XVIII e XX, com os resultados dos questionários.

Os folhetos entregues durante as ações de sensibilização, permitiram dar a conhecer os resultados do estudo, e assim contribuir para acicatar novos hábitos nos CI's, permitindo-lhes alcançar ganhos em saúde e obter conhecimento sobre os recursos comunitários ao seu dispor, que podem servir de apoio na prestação de cuidados diários ao idoso dependente.

A avaliação dos resultados acabou por superar as expectativas, com os oito CI's a atingirem resultados superiores ao esperado. A reforçar as percentagens dos resultados observados, destacam-se os feedbacks dos CI's durante as ações de sensibilização, que nos levam a intuir a importância da enfermagem comunitária junto destas pessoas. As ações individualizadas e de proximidade, acabaram por potenciar uma abordagem organizada e centrada nos problemas de cada CI, e ao mesmo tempo, capacitaram o CI para a adoção de estratégias a levar a cabo diariamente, para que consigam realizar atividades de lazer e mobilizar de recursos da comunidade, com o intuito de poder ultrapassar as situações de sobrecarga, motivadas pela prestação de cuidados.

A abordagem metodológica utilizada contribuiu para uma aproximação com a realidade sociocultural de cada família, para observar o quotidiano de cuidados do cuidador principal e para estabelecer uma relação de confiança, o que possibilitou diálogos marcados por emoções, desabafos e relatos que expressavam as suas dificuldades, limitações, necessidades e potencialidades (Couto et al., 2019).

De destacar ainda, a importância de dar a conhecer aos CI's, os resultados do diagnóstico de situação, que funcionaram com uma espécie de estímulo para a sua consciencialização e adoção de estratégias futuras, tanto no que diz respeito à procura de apoios na comunidade, como de atividades de lazer que visem aliviar a sobrecarga, corroborado pelo que diz Sequeira (2018) sobre o fato de as intervenções deverem ser planeadas a partir do diagnóstico das necessidades em cuidados de saúde e dos interesses específicos de cada cuidador ou grupo de cuidadores. Alinhado com esta opinião, González et al (2016), referem que as necessidades de apoio social percebidas em cuidadores devem ser avaliadas para gerar ações

destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de coping para mitigar problemas que surgem da tarefa de cuidar.

Pelo exposto, e com base nos indicadores de resultado, podemos constatar que de um modo geral, foram obtidos valores que divulgam o sucesso do plano traçado inicialmente (figura 5). Poderá ter sido determinante para alcançar estes resultados, a ideia que perante um grupo de pessoas exaustas e muito desalentadas, é preciso agir com determinação, mas sobretudo com profissionalismo, cordialidade e compaixão. Acreditamos que os resultados obtidos, foram potenciados por ações de sensibilização de proximidade, onde os CI's tiveram oportunidade de falar abertamente sobre as dificuldades sentidas no processo de cuidar ao longo dos anos, permitindo obter uma consciencialização sobre o papel de cuidador e sobretudo na importância de obtenção de estratégias para aliviar a sobrecarga.

Em modo de conclusão, assim como, o século XX estava direccionado para a prevenção da doença, Pender (2018) acredita que o século XXI deve estabelecer como meta a promoção da saúde, potenciando uma interação constante entre a enfermagem e o individuo

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

4.1. No âmbito das Competências do Enfermeiro Especialista prevista pela OE

O estágio desenvolvido pelo mestrando, tinha por base a sua capacitação para intervir na comunidade, tendo concretizando várias atividades que lhe permitiram desenvolver um conjunto de competências, que vão ao encontro do instituído pela Ordem dos Enfermeiros para o EEEC (OE, 2018). Assim, para as competências específicas do EEEC, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária, nomeadamente: a) “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, a concretização do projeto nas suas distintas fases, com base na metodologia do planeamento em saúde, possibilitou trabalhar num problema específico, de uma comunidade, com o intuito de alcançar ganhos em saúde, ainda que em tempo limitado, mas sempre com base na mais diversa evidência científica; b) “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, com base numa intervenção de proximidade, através das várias visitas domiciliárias e das ações de sensibilização, levadas a cabo junto dos CI's, foi possível dar vários contributos nesta área. Através do trabalho desenvolvido com a equipa multidisciplinar da USF Lusa, no âmbito das suas atividades diárias, quer através das diversas fases do projeto, existiram muitas partilhas de conhecimentos e ideias, que contribuíram para definir estratégias, para capacitar os CI's a diminuir os seus níveis de sobrecarga; c) “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, com este projeto, foi criada uma intervenção com base nas dificuldades evidenciadas pelo grupo de CI's em estudo, procurando capacita-los a desenvolver estratégias, que lhes permita tomar decisões futuras, com o objetivo de reduzir os níveis de sobrecarga associado à prestação de cuidados. Através dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, este projeto procurou desde o início, contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, tanto do CI como do idoso dependente de cuidados, tendo por base o importante papel da prestação de cuidados diários, onde a

sobrecarga do CI ganha cada vez mais destaque na nossa sociedade, sendo projetada nos mais diversos estudos científicos, estatutos e leis nacionais; d) “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, com o diagnóstico de situação, que teve por base, o instrumento de colheita de dados (questionários, índices e escalas), e posteriormente, a análise estatística dos dados obtidos, foi possível delinear indicadores que nos guiaram até à avaliação da intervenção comunitária que levamos à cabo.

4.2. Mestrado e descritores de Dublin

Foi um longo percurso, que me permitiu adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, e ainda, as aptidões anunciadas através dos descritores de Dublin para o 2º ciclo. Os descritores surgiram no seguimento do Processo de Bolonha, com o intuito de definir as competências a ser desenvolvidas pelo estudante em cada nível de ensino, neste contexto, o mestrado.

Segundo o Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro, o grau de mestre é atribuído aos alunos que demonstrem, ter adquirido os conhecimentos científicos e domínios de técnicas de investigação, que englobem: a) “conhecimento e capacidade de compreensão”, b) “aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão”, c) “capacidade para integrar conhecimentos, desenvolver soluções ou emitir juízos”, d) “comunicar conclusões e conhecimentos” e e) “competência de aprendizagem”.

Percorrendo o processo em relação ao descritor “conhecimento e capacidade de compreensão”, este foi concretizado tendo por suporte a scoping review realizada, assim como, as diversas pesquisas e leitura de artigos científicos, nas mais diversas bases de dados, que permitiram suportar a intervenção de enfermagem comunitária. Quanto ao “aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão”, foi realizado de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, tendo como objetivo, ajudar a ultrapassar os problemas identificados com base no diagnóstico de saúde elaborado, e posterior, intervenção de enfermagem sobre este grupo de CI's e idosos dependentes. A “capacidade para integrar conhecimentos, desenvolver soluções ou emitir juízos”, surge do processo que levou ao diagnóstico de situação, e que após a priorização dos problemas identificados, deu origem à elaboração de um diagnóstico

de enfermagem, com base na taxonomia CIPE 2015. Quanto à capacidade de “comunicar conclusões e conhecimentos”, consigno como mais importante, a elaboração deste relatório, que engloba um leque de experiências comunicacionais desenvolvidas ao longo do estágio. No entanto, destaco ainda, as apresentações à equipa multidisciplinar da USF, o póster dos recursos da comunidade para apoio ao CI (Apêndice XXIII), desenvolvido em conjunto com dois elementos que integram a Comissão de Ética da USF, sendo eles a enfermeira orientadora de estágio e médica da USF, os folhetos “Resultado do estudo sobre sobrecarga do CI” (Apêndice XIII) e “Recursos da Comunidade para apoio ao CI e Idoso dependente” (Apêndice XIV). O trabalho levado a cabo junto de parceiros comunitários, revelou-se de particular importância comunicacional, tendo sido dado a conhecer o resultado do estudo aos representantes do Gabinete da Divisão de Coesão Social da Câmara Municipal de Oeiras, acabando por ser integrado no projeto, o Serviço de Teleassistência Domiciliária, para apoio aos CI's que fizeram parte do estudo. Por último, mas não menos importante, e no que diz respeito à “competência de aprendizagem”, foi possível através do local de estágio, desenvolver com autonomia e dedicação, o trajeto delineado, sempre com a colaboração da equipa multidisciplinar, e a supervisão da enfermeira orientadora. Saber guiar o projeto de intervenção comunitária, ao longo de uma fase complexa na vida dos profissionais de saúde, que foi a fase pandémica a nível mundial, acabou por adicionar um esforço acrescido a todos os envolvidos, mas acima de tudo, potenciar um espírito de entreajuda entre os profissionais da USF Lusa e o mestrando, que culminaram com um resultado final, que nos deixa antever o sucesso das ações futuras, levadas a cabo junto dos CI's e idosos dependentes de cuidados.

5. CONCLUSÃO

O objetivo inicial passava por estudar a sobrecarga do CI, associado à prestação de cuidados diários ao idoso em situação de dependência, e intervir junto dos mesmos, no sentido de aliviar a sobrecarga. Cada vez mais reconhecido e valorizado, o CI desempenha um papel de destaque nas sociedades, na medida em que os cuidados prestados no domicílio, representam uma poupança economia e de recursos para o estado, que se vão destacando ano após ano. No entanto, o que por um lado permite aos governos poupar através do trabalho levado a cabo pelos CI, acaba por tornar-se um processo penoso para estas pessoas, que em muitos casos, se traduz numa sobrecarga objetiva ou subjetiva, e que acaba por manifestar-se num problema grave, para o qual é necessária uma intervenção cada vez mais precoce das equipas multidisciplinares ao serviço nas comunidades, onde o enfermeiro especialista em saúde comunitária ocupa um dos papéis principais. De facto, o EEEC procura assim estabelecer, uma intervenção de enfermagem organizada e de proximidade com os cuidadores, que resultou em ganhos em saúde, tanto para o seu cliente (cuidadores), como para as famílias (familiares com dependência alvo de cuidados).

A intervenção comunitária que se realizou, procurou em si, estabelecer uma relação de proximidade com um grupo de CI's, identificando os principais problemas associados à prestação de cuidados diários, no sentido de os dotar de ferramentas motivacionais, para obter ganhos em saúde. Com base na metodologia do Planeamento em Saúde e apoiado pelo Modelo Teórico de Nola Pender (Modelo de Promoção de Saúde), este projeto acabou por contribuir para a redução da sobrecarga dos CI's envolvidos no estudo, “abrindo portas” para os profissionais da USF levarem a cabo mais ações junto dos mesmos, que possibilitem não só, capacita-los para enfrentar as dificuldades associadas à prestação de cuidados, como, reconhecer precocemente as suas limitações físicas e psicológicas, que lhes permitam procurar apoios na comunidade, antes de atingir níveis de sobrecarga elevados.

Ainda que condicionada pelas limitações inerentes a uma Pandemia, e as condicionantes temporais que recaiam sobre os profissionais de saúde, a intervenção de enfermagem comunitária, alcançou facilmente o interesse e colaboração dos CI's, despertando-os não só para a importância do seu trabalho junto dos idosos em situação de dependência, como da relevância em manter o seu equilíbrio físico, mental e social, para que estejam sempre capazes de dar respostas as dificuldades

que possam surgir, intrínsecas às dificuldades do dia-a-dia. Pela experiência levada a cabo junto deste grupo, podemos intuir, que mais importante que desenvolver ações destinadas aos CI's, é essencial envolvê-los nas intervenções, dedicar-lhes tempo e exclusividade, dando-lhes oportunidade de compartilhar os seus medos e necessidades, para que na continuidade dos cuidados, a equipa multidisciplinar possa atuar com foco nos principais problemas, que se poderão traduzir em redução de gastos em saúde e diminuição do tempo de prestação de cuidados, levados a cabo pelas equipas de saúde.

No desenvolvimento do projeto, existiu sempre a preocupação de seguir as linhas orientadoras da OMS, PNS, Legislação Nacional em vigor e regulamento de competências para EEEC da OE, não descurando, no entanto, os resultados que surgiram através dos indicadores definidos, que de uma forma global foram bem-sucedidos, e que nos levam a acreditar, na importância que o papel da enfermagem comunitária tem junto dos CI's. Ciente das dificuldades que assolam os nossos serviços de saúde, nomeadamente, no que diz respeito à falta de recursos humanos, a continuidade das ações de sensibilização junto dos CI's afetos à USF, assim como, o estabelecer consórcios com parceiros na comunidade, seria importante, e com base numa comunicação eficaz e constante junto dos CI's, para que tenham sempre noção dos apoios que tem ao seu dispor.

Há ainda que ter em conta, as limitações do projeto, de onde se realizam os procedimentos éticos junto das entidades, no âmbito dos pedidos de autorização para realização do estudo, que pela sua demora, acabaram por contribuir para uma reestruturação constante do cronograma de atividades, acarretando um atraso no diagnóstico de situação, e consequentemente, nas etapas que se seguiam, exigindo um esforço suplementar ao mestrando e à enfermeira orientadora de estágio.

Associado à penosidade inerente à profissão, estes dois anos de situação pandémica que se viveram no nosso país, exigiram dos profissionais de saúde um esforço acrescido tanto a nível profissional, como pessoal e humano. Para além da prestação de cuidados de enfermagem em contexto de emergência pré-hospitalar, os enfermeiros INEM, nos quais estou inserido, foram os primeiros profissionais em Portugal a ter formação e levar a cabo os primeiros testes Covid-19 (por solicitação do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge), com o intuito de detetar e isolar os focos do vírus em território nacional, ação que se prolongou até à presente data e

que foi reconhecida com um louvor do Ministério da Saúde, assim como, o transporte de doentes críticos entre hospitais nacionais, apoio na triagem de doentes nos Hospitais de Santa Maria (Lisboa) e São João (Porto), apoio à população estrangeira em território nacional, nomeadamente, refugiados ucranianos, vacinação para a Covid-19, entre outros. Em janeiro de 2022, acabei por contrair o vírus, situação que me levou a cumprir um período de isolamento de sete dias, e obrigou a um esforço acrescido para cumprir os objetivos estabelecidos no período de tempo estipulado.

Por uma questão de delimitação de tempo, também o número de CI's identificados, já em número restringido, acabou por diminuir ao longo dos dias, tornando-se limitador em termos de resultado, não sendo possível compará-lo com a população em geral. Por último, destaco o pouco tempo despendido para intervir junto dos CI's e idosos dependentes, que pela falta de iniciativas deste género, e a sobrecarga associada ao processo de cuidar, nos deixam antever, que ainda há muito trabalho a desenvolver junto desta população.

Este foi um desafio ambicioso, para um enfermeiro com onze anos de prática na área da emergência pré-hospitalar, mas que serviu para ganhar uma nova motivação, e futuramente, tentar estabelecer a ponte entre duas realidades tão distintas, mas que ao mesmo tempo, nunca poderão ser dissociadas, e onde há ainda um longo caminho a percorrer, - Enfermagem Comunitária e Emergência Pré-Hospitalar. Para um enfermeiro de emergência, existe agora uma visão global muito mais inclusiva sobre o CI e os idosos a quem prestam apoio, que muitas vezes na minha prática diária eram descurados, pois onde cada minuto conta, por vezes, deixamos de observar fatores que vão para além do ponto de vista hemodinâmico do idoso, e que também eles podem salvar vidas. Nunca é tarde para aprender e ajudar outros colegas a compreender a importância do papel do enfermeiro junto dos CI's, assim como, conhecer os apoios sociais existentes na comunidade, e estabelecer a ponte entre ambos.

Os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, quer a nível teórico, como prático, permitiram-me alcançar um nível de experiência pessoal e profissional, que me possibilitam nesta fase referir, que o mestrando passou de um nível “principiante avançado”, para um nível “competente/proficiente”, agora que está terminado este percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agreda, J. (1999). Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In O I doso - problemas e realidades. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-70- 7. p. 23-39.
- Aires, M., Fuhrmann, A., Mocellin, D., Dal Pizzol, F., Sponchiado, L., Marchezan, ... Paskulin, L. (2020). Burden of informal caregivers of dependente elderlies in the community in small cities. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Vol. 41 (spe). Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.
- Alcañiz-Garra, M., García-Sanjuán, S., Pichardo, J., Quiles, A. & Lozoya, R. (2021). *The experiences of older individuals providing care to older dependents: A phenomenological study in Spain*. PLoS ONE 16 (8). Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255600>.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. San Diego: CA: Academic Press.
- Anjos, K., Boery, R., Santos, V., Boery, E. & Rosa, D. (2017). Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Revista de Enfermagem UFPE OnLine*. 11(3), 1146-1155. DOI: [10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704](https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704).
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J. & Teixeira, L. (2016). Development and psychometric properties of ECPICID-AVC to measure informal caregivers' skills when caring for older stroke survivors at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30(4), 821–829. Acedido a 30/12/2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12291>.
- Barbosa, A., Figueiredo, D., Sousa, L. & Demaind, S. (2011). Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health*. Vol. 15, No. 4, 490–499. DOI: [10.1080/13607863.2010.543660](https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543660).

- Barros, S., Botazzo C. (2015). *Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social*. Ciências Saúde Coletiva.16(11), 4337-48. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200006>.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden – A critical discussion. *International Journal of nursing studies*, v.50, n. 3, p. 431-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.016>.
- Carvalho, A. (2014). *Comunicação e cuidados de saúde: Desafios para a psicologia da saúde*. Análise Psicológica, 14 (1), 135-139. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.12/3541>.
- Ceccon, R., Soares, K., Vieira, L., Júnior, C., Matos, C. & Pascoal, M. (2020). Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. 26(1): 99–108. DOI: [10.1590/1413-81232020261.30382020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020).
- Ceccon, R., Vieira, L., Brasil, C., Soares, K., Portes, V. & Carioca, A. (2020). Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. Escola de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. 26(1): 17–26. DOI:[10.1590/1413-81232020261.30352020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020).
- Cerqueira, M. (2015). *Pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados no sofrimento*. Novas Edições Acadêmicas. ISBN 978-3-8417-1145-8.
- Coelho, P., Simões, C., Mello, R. & Capelas, M. (2018). *Papel da terapia sistêmica familiar no paciente oncológico terminal: Revisão Integrativa*. Patient Care.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015; edição portuguesa. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22/03/2022. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPKIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrCE4JONEfouVPS6Rwg8>.
- Couto, M., Caldas, P. & Castro, B. (2018) Family caregiver of older adults and Cultural Care in nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(3): 959–966.

Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672017-0105>.

Couto, M., Caldas, P. & Castro, B. (2019). Home care for dependent elderly patients by caregivers with overload and stress. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 11(4): 944–950 Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019>.

Decreto-Lei n.º 100/19 (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 n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124500714>.

Decreto-lei n.º 101/2006 (2006) Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assembleia da República. Diário da República, I Série -A (N.º 109 de 06-06-2006), 3856- 3865. <https://dre.pt/application/conteudo/353934>.

Del-Pino-Casado, R., Lopez-Martínez, C., Serrano-Ortega, N., Pastor-Bravo, M. & Parra-Anguila, L. (2018). *Obligation and negative consequences in primary caregivers of dependente older relatives*. PLoS ONE 13(9 1–13. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203790>.

DeVellis, F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.

Díaz, H. (2020). Programa psicoeducacional com abordagem cultural para reduzir sintomas depressivos em cuidadores familiares de idosos. *Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados*. Universidad de Alicante. 3º Cuatrimestre 2020 - nº 58. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.12>.

Entidade Reguladora para a Saúde (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Acedido a 06/01/2022. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS -
_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf).

Eurocarers (2021). *The European Association Working for Carers*. <https://eurocarers.org/>.

- Faria, L., Oliveira-Lima, A. & Almeida-Filho, N. (2021). *Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado*. História Ciências Saúde – Manguinhos. 28 (1) <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>.
- Floriano, L., Azevedo, R., Reiners, A. & Sudre, M. (2012). *Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal*. Ciência, Cuidado e Saúde, 11(1), 18–25. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i1.18854>.
- Francisco, G. (2018). *A sobrecarga do idoso cuidador: um modelo de associações com comprometimento cognitivo do receptor de cuidados e autoavaliação da saúde*. Universidade de São Paulo – Escola de Artes, Ciências e Humanidades. CDD 22.ed. 362-6.
- González, E. & Palma, F. (2016). *Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence*. Investigação de Educação em Enfermagem, 34(1), 67–73. DOI: [10.17533/udea.iee.v34n1a08](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08).
- Guimarães, R. C. & Sarsfield, J. A. (2010). Estatística, 2ª Edição. Verlag Dashöfer Portugal. isbn: 9789896421083.
- Gutierrez, D., Sousa, G., Figueiredo, A., Ribeiro, M., Diniz, C. & Nobre, G. (2020). *Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes*. Faculdade de Psicologia. Universidade Federal de Amazonas. 26(1): 47–56 DOI: [10.1590/1413-81232020261.30402020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020).
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos de Enfermagem – I: Definições e Classificações 2015-2017*. (10ª ed.). Porto Alegre, Artmed Editora Ltd.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 972-618-273-5.
- Imperatori E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ªed). Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística – Portugal (2011) - Censos 2011 - XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação em Portugal, ISSN: 0872-6493.

Instituto Nacional de Estatística – Portugal (2021) - Censos 2021 - XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação em Portugal. Acedido a 5/1/2022. Disponível em: https://ine.pt/scripts/db_censos_2021.html.

Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute's user manual: version 5.0 system for the unified management*. Assessment and Review of Information. Adelaide: Joanna Briggs Institute.

Jornal Público (2018 março). *Trabalho dos cuidadores informais vale 333 milhões de euros por mês*. Saúde. Acedido a 27-12-2021. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/03/10/sociedade/noticia/trabalho-dos-cuidadores-informais-vale-333-milhoes-de-euros-por-mes-trabalho-dos-cuidadores-informais-vale-333-milhoes-de-euros-por-mes-trabalho-de-cuidadores-informais-vale-333-milhoes-de-euros-por-mes-1806056>.

KROLL, J. (2016). What is meant by the term group mentoring? *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, v. 24, n. p. 44-58. Doi: <https://doi.org/10.1080/13611267.2016.1165488>.

López, H. (2020). *Programa psicoeducativo con enfoque cultural para reducir sintomatología depresiva en cuidadores familiares de personas mayores*. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 24(58). Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.12>.

Losada, A., Márquez-Gonzalez, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D., & Knight, G. (2007). *Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demência y propuesta de una intervención interdisciplinar*. *Psicologia Conductual*, 15(1), 57-76.

Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a Edição. Edições ReportNumber.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

Mello, B. & Camargo, O. (2018). *Qualidade na saúde*. São Paulo: Best Seller.

Miller, R. & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: helping people change*. 2a ed. New York: Guilford Press.

- Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009). *A Dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa. Acedido a 15/12/2021. Disponível em: https://www.cartasocial.pt/documents/10182/14117/estudo_dependencia.pdf/26807743-0c4c-4626-a332-17e6d5aa68ff.
- Monteiro, A., Mazin, C. & Dantas, S. (2015). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal: validação para o Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 68(3):364-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>.
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2020 julho). Um movimento capaz de ajudar quem cuida. Acedido a 12/12/2021. Disponível em: <https://movimentocuidadoresinformais.pt/informacao-util/>.
- Muñiz, J. (2003). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirâmide.
- Muñiz, J., Fidalgo, M., García-Cueto, E., Martinez, J. & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Nunciaroni, T., Gallani, J., Agondi, F., Rodrigues, M. & Castro, T. (2015). Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 33(1), 32-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100005>.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, A., Carvalho, E., & Rossi, L. (2015). *Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência*. *Cienc. Cuid. Saúde*. 14(1): 968-992.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Acedido a 10/04/2022. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf;jsessionid=F1A3B4F9737784CA9FA5961A960F8737?sequence=6
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Acedido a

<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Regulamento n.º 428/2018. Diário da República, 2.ª Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19354-19359. Acedido a 11/10/2022. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>.

Organização das Nações Unidas (2019). *População mundial deve ter mais 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos*. Acedido a 10/04/2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/06/1676601>.

Östlund, S., Wadensten, B., Kristofferzon, L. & Haggström, E. (2012). *Motivational interviewing: experiences of primary care nurses trained in the method*. Nurse Educ Pract.15(2): 111-8.

Papa Francisco (2016). *A Alegria do Evangelho*. Paulinas Editora.

Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5), 583–594. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>.

Pender, N., Parsons, M. & Murdaugh, C. (2018). *Health Promotion in Nursing Practice*. 8th Editions. ISBN: 9780134754086.

Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, J. & del-Pino-Casado, R. (2017). *Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–9. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0634-8>.

Pestana, H., Gageiro, J., (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 6.ª Ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo. Lisboa. ISBN: 978-972-618-775-2.

Pinto, C. & Sossai, F, (2014). *A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades X potencialidades*. *Cienc. Cuid. saúde*. 9(3): 569-76.

Plano Local de Saúde - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (2014-2016). *Perfil de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

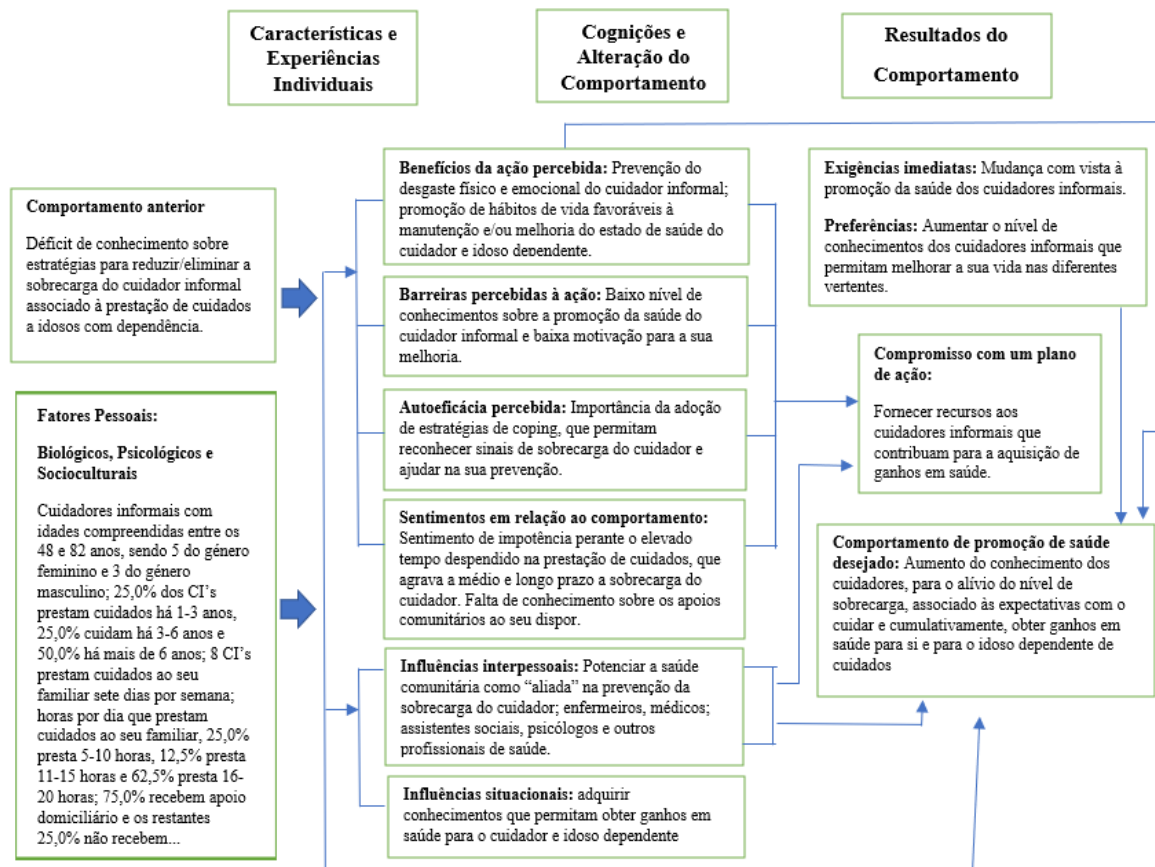
- Predebon, M., Pizzol, F., Santos, N., Bierhals, C., Rosset, I., & Paskulin, L. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, vol. 39 Nº 2. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>.
- Puig, M., Rodriguez, N., Lluch-Canut, M., Moreno, C., Roldán, J. & Montesó, P. (2015). *Quality of life and care burden among informal caregivers of elderly dependents in Catalonia*. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 14(14), 9–14. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0100>.
- Rayment, G., Swainston, K., & Wilson, G. (2019). *Using photo-elicitation to explore the lived experience of informal caregivers of individuals living with dementia*. *British Journal of Health Psychology*, 24(1), 102–122. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12342>.
- Reunião Plenária nº 59 (2018). 3.^a Sessão Legislativa (2017-2018) - Quinta-feira, 15 de março de 2018. Consultado a 12/04/2022. Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a576376524546535353394551564a4a51584a7864576c326279387a4c734b714a5449775532567a63384f6a627955794d45786c5a326c7a6247463061585a684c3052425569314a4c5441314f5335775a47593d&fich=DAR-I-059.pdf&Inline=true>.
- Rocha, B. & Pacheco, J. (2013). *Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal*. Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, Faro, Portugal. 26(1): 50-6. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: https://auth.lib.unc.edu/ezproxy_auth.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104186009&site=ehost-live&scope=site
- Rodrigues, F. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisboa: Lisbon Internacional Press. ISBN: 978-989-37-0081-5.
- Rollnick, S., Miller, R. & Butler, C. (2014). *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamento*. Porto Alegre (RS): Artmed.
- RTP (2019, nov). Dia do Cuidador. Em Portugal há 827 mil cuidadores informais. Acedido a 03-01-2022. Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/dia-do-cuidador-em-portugal-ha-827-mil-cuidadores-informais_v1183849.

- Sánchez-Izquierdo, M., Prieto-Ursúa, M. & Caperos, J. (2017). Positive Aspects of Family Caregiving of Dependent Elderly. Madrid. Educational Gerontology. DOI: [10.1080/03601277.2015.1033227](https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1033227).
- Santos, P., Freitas, D., Sousa, G., Oliveira, D., Santos, P. & Gouveia, A. (2019). *Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes*. Rev Cuid. 10(2): 1509-1518. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>.
- Sequeira, C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.
- Sequeira, C. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit* - Artigo de investigação. Revista Referência - II Série - n.º12 - Mar. 2010. 12(2): 9-16.
- Sequeira, C. (2013). *Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers*. Journal of Clinical Nursing, 22, 491–500. DOI: [10.1111/jocn.12108](https://doi.org/10.1111/jocn.12108).
- Sequeira, C., (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental – 2ª edição*. ISBN: 9789897522789, Porto: Lidel.
- Souza, B., Torres, A., Pinheiro, C. & Pinheiro, B. (2020). *Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem*. Rev enferm UERJ. 18(1): 55-60
- Suen, J. & Thang, L. (2018). *Contextual Challenges and the Mosaic of Support: Understanding the Vulnerabilities of Low-Income Informal Caregivers of Dependent Elders in Singapore*. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 33(2), 163–181. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10823-017-9334-4>.
- Willemse, E., Anthierens, S., Portet, M., Schmitz, O., Macq, J., ... T., Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. BMC Health Services Research. 16(1): 1-11. DOI: [10.1186/s12913-016-1487-2](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2)

APÊNDICES

Apêndice I – Diagrama do Modelo Teórico de Nola Pender

DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER



Apêndice II – Scoping Review

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA: REVISÃO SCOPING

Community Nursing Intervention in the health promotion of informal caregivers of elderly people with dependency: scoping review

Autor:

Cláudio Costa (Enfermeiro no Instituto Nacional de Emergência Médica – claudio.costa@campus.esel.pt)

Objetivo: Mapear as possíveis intervenções de Enfermagem Comunitária, utilizadas para alívio da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos com dependência de cuidados.

Questão: Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em saúde comunitária que ajudam a gerir a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos em situação de dependência?

Mnemónica PCC: P (População) - Cuidadores Informais; C (Conceito) – Idoso dependente, Sobrecarga e Intervenção de Enfermagem; C (Contexto) - Comunidade

Palavras-Chave: Cuidador Informal (*Informal Caregiver*); Idoso dependente (*Dependent Elderly*); Sobrecarga (*Burden*); Intervenção de Enfermagem (*Nursing Intervention*); Comunidade (*Community*)

1. Background

Na constante azáfama dos dias de um enfermeiro de emergência pré-hospitalar, existem situações com as quais nos tornamos mais sensíveis, perante as muitas situações que presenciamos diariamente. Uma das que mais me marca, possivelmente por, também a determinado momento da minha vida, ter experienciado o que é cuidar de alguém, ao auxiliar a minha avó materna durante os seus últimos meses de vida, é o papel do cuidador informal.

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional foi marcado pelo aumento da expectativa de vida e redução das taxas de natalidade e mortalidade na maioria dos países do mundo (Ceccon, Soares & Vieira, 2020). Por norma, as idades avançadas ou as doenças de longa duração, são reconhecidas como as que mais contribuem para o aumento de casos de pessoas dependentes no nosso país. Para Ceccon et al. (2020), o conceito de vulnerabilidade contribui para compreender a situação dos idosos e seus cuidadores, pois refere-se à garantia de cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspetiva dos direitos humanos, resultado da combinação dos domínios individual, social e pragmático.

Essa nova realidade que reorienta a dinâmica familiar e transforma o familiar em cuidador informal pode levá-lo a experimentar vários sentimentos e emoções, quase sempre contraditórios e ambíguos, geralmente marcados por estados depressivos; problemas de saúde física; dificuldades financeiras pela perda ou dificuldade de conciliar o cuidado com o trabalho remunerado; vivências familiares disfuncionais e insegurança na forma de lidar com a pessoa dependente, por despreparo e falta de suporte técnico (Gutierrez et al. 2020)

O termo “cuidador” é definido como alguém que cuida, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. No que se refere ao cuidador informal, este poderá ser um membro da família ou da comunidade, que presta cuidados a outro de qualquer idade, com limitações físicas ou funcionais, sem remuneração (Santos et al. 2019)

Para Aires, Fuhrmann & Mocellin (2020), a sobrecarga dos cuidadores tem estatisticamente, relações significativas com sua idade, nível educacional, o tempo que dedicavam aos idosos, seu grau de parentesco, vida com os idosos, e uso do seu próprio ordenado para cobrir as despesas dos idosos. Considerando que, à medida que a capacidade funcional dos idosos diminui e estes estão cada vez mais

necessitados de ajuda para realizar as AVDs, novas carências de cuidados surgem para a realidade dos cuidadores e o exercício incessante da prestação de cuidados vai influenciar o aumento do fardo. Além disso, cuidar de idosos, geralmente, é pensado para ser um complemento de outras atividades da vida diária do cuidador, o que pode levar para uma sobrecarga ainda maior.

Os governos de muitos países, particularmente os da Europa, atualmente tratam como relevante o cuidado familiar, não apenas porque é o mais desejado pela pessoa idosa que sofre algum tipo ou múltiplas dependências, mas porque diminui despesas com hospitalização. No entanto, para além dos dilemas que surgem ao cuidador informal que suprime as suas necessidades em prol da prestação de cuidados, surgem ainda problemas que passam também por um aumento nos gastos com conta de luz, de suprimentos geriátricos e médicos, de transporte e de adaptações na casa (Santos, Freitas & Sousa, 2019). Para Gonzàlez et al (2016), estudos realizados com cuidadores informais determinaram que o suporte social recebido pode prever melhor a carga do cuidador. O apoio social é o mais utilizado pelos cuidadores que têm dificuldade em usar o suporte social formal, dado que eles não têm tempo disponível para frequentar grupos de ajuda ou centros de saúde. Santos et al. (2018) sugerem a necessidade de oferta de suporte ao cuidador idoso, visando a redução da sobrecarga relacionada às atividades inerentes à prestação de cuidados, especialmente, o benefício das informações sobre a maneira de cuidar. Cabe ao profissional do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) oferecer conhecimentos acerca de procedimentos para o cuidado integral do idoso dependente, no sentido de se vincular, de facto, a comunidade e reconhecer os sítios vulneráveis, para que neles se possa atuar.

2. Critérios de Inclusão

A scoping review, designada por muitos autores de língua oficial portuguesa como revisões de mapeamento, têm como objetivo mapear os principais conceitos sobre determinado assunto ou área de conhecimento. No estudo, pretendo mostrar a evidência disponível sobre as intervenções de Enfermagem de âmbito comunitário, empregues na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência. Inicialmente, e com base na mnemónica PCC, definir a população (P), conceito (C) e contexto (C).

População/Tipo de participantes (P)

A revisão inclui estudos que abordem os Cuidadores Informais Familiares.

Conceitos (C)

Os conceitos escolhidos na revisão são: Idoso Dependente, Sobrecarga e Intervenção de Enfermagem. O conceito idoso dependente restringiu-se apenas a idosos com idade igual ou superior a 65 anos de idade. A sobrecarga surge muitas vezes associada a conceitos ligados às dificuldades diárias da prestação de cuidados levadas a cabo pelos Cuidadores informais. As intervenções de enfermagem, surgem como tónico para o alívio da sobrecarga.

Contextos (C)

Remete-nos para o âmbito comunitário no contexto dos objetivos do projeto.

Tipos de Recursos / Fontes de Informação:

Nos estudos utilizados na scoping review podemos encontrar estudos qualitativos, quantitativos, primários e revisões de literatura em várias línguas, nomeadamente, inglês, português e espanhol.

3. Estratégias de Pesquisa

Quando foram escolhidas as bases de dados CINAHL e MEDLINE, partia-se para a necessidade de identificar bases científicas, que respondessem à pergunta de investigação e colmatassem algumas lacunas existentes face ao tema escolhido. Para cada base de dados foram pesquisadas as palavras-chave, palavras naturais, termos indexados e truncaturas (* usados para expandir o âmbito da pesquisa).

Palavras naturais e termos indexados utilizados nas pesquisas

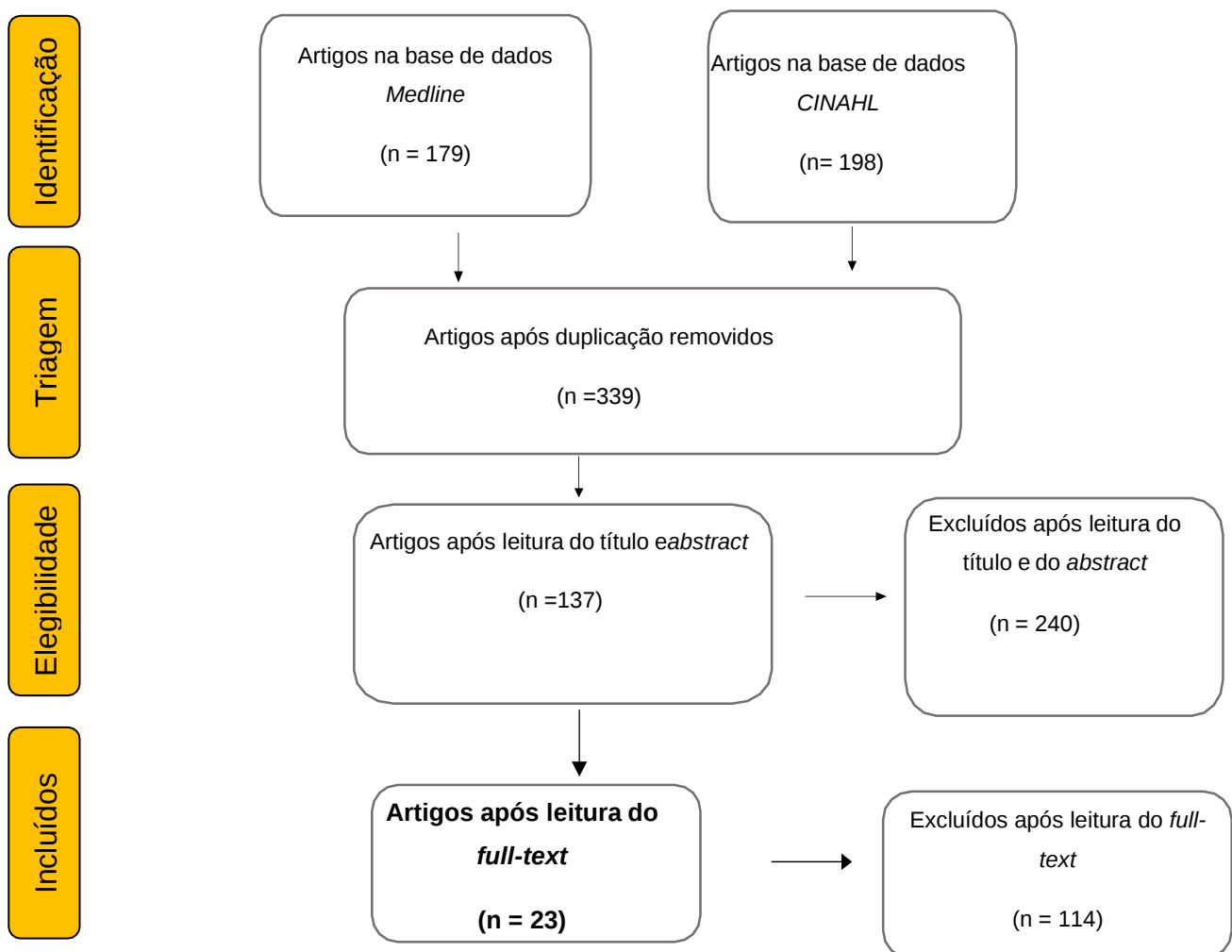
Base dados Medline	Termos Naturais	▪ Informal Caregiver* ▪ Carer	Base dados CINHAL	Termos Naturais	▪ Informal Caregiver ▪ Carer ▪ Caregiver
	Termos Indexados (Mesh 2018)	▪ Caregiver Burden ▪ Burden ▪ Exhaustion ▪ Difficult* ▪ Family Coping ▪ Experience ▪ Family coping ▪ Caregiver burden ▪ Care ▪ Caring ▪ Caregiving ▪ Intervention ▪ Nurs ▪ Nursing Intervention ▪ Dependent old* ▪ Dependent aged ▪ Dependent elder*		Termos Indexados (Títulos CINAHL)	▪ Burden ▪ Exhaustion ▪ Burnout ▪ Difficult* ▪ Experience ▪ Care ▪ Caregiving ▪ Episode of care ▪ Intervention ▪ Nurs* ▪ Dependent elder* ▪ Dependent aged ▪ Dependent old*

Para as duas bases de dados foram utilizados de forma estratégica termos indexados diferentes, no sentido de alargar o resultado das pesquisas. Como limite temporal, foram definidos 10 anos, ficando uma janela temporal entre janeiro de 2011 e dezembro de 2021. Foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND” para as duas bases de dados.

4. Extração de Resultados

Com o culminar da pesquisa através das bases de dados selecionadas, foram obtidos vários artigos, tendo-se seguido a remoção dos trabalhos repetidos, analisados os restantes através de leitura do título e do abstract, sendo escolhidos com base nos critérios de inclusão definidos e questão de investigação, conforme a mnemónica do PCC. Seguiu-se a leitura integral dos artigos, onde se entendeu que alguns não se direccionavam para a intervenção em contexto comunitário. A Figura 1, apresenta as etapas de seleção e exclusão dos artigos nas diferentes etapas da pesquisa mediante o Prisma Flow. Os dados foram extraídos usando como instrumento uma tabela, tendo este instrumento, ao longo do processo de extração de dados, sofrido ajustes e alterações.

Prisma Flow-diagram



5. Análise dos Resultados Obtidos

Após análise dos resultados que foram obtidos, foi elaborado um quadro em jeito de síntese, para que se conseguisse uma leitura pormenorizada e fácil, sobre os principais destaques face aos artigos analisados. O quadro é constituído pelos seguintes pontos:

- Autores;
- Ano de publicação;
- País de origem da publicação;
- Objetivo/finalidade do estudo;
- Amostra;
- Tipo de estudo;
- Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal;
- Intervenção Comunitária;
- Resultados;
- Lacunas do Estudo;
- Implicações para a prática.

6. Apresentação dos Resultados

Os resultados que se obtiveram e que se encontram representados no quadro a seguir procuram dar resposta à questão de investigação inicialmente projetada: “Quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em saúde comunitária que ajudam a gerir a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos em situação de dependência?”.

Cuidar torna-se primordial à medida que evoluímos no ciclo de vida e nos tornamos primeiramente em cuidadores informais daqueles que um dia cuidaram de nós na nossa infância, para que também um dia nos tornemos nós, dependentes daqueles que um dia ajudámos a crescer como seres sociais (afilhados, filhos, enteados). Esta prestação de cuidados, que é incutida aos cuidadores informais, muitas vezes de forma sublime e impercetível, é uma experiência social e pessoal única, que pode ser mais ou menos penosa, consoante as características pessoais e experiência do cuidador ao longo da vida.

O processo de se tornar cuidador é complexo e envolve mudanças no quotidiano e na saúde do cuidador, principalmente quando os cuidadores também têm uma idade avançada. Nesse sentido, objetiva-se conhecer as repercussões causadas no quotidiano de cuidadores informais que cuidam de idosos dependentes (Santos et al. 2019).

A pesquisa levada a cabo por González et al (2016) contribui para visualizar um espectro pouco estudado dos cuidadores familiares, que permite enfrentar melhor os problemas derivados do trabalho de cuidar. Os autores enfatizam, ainda, a importância da enfermagem comunitária e propõe novos desafios para a disciplina de enfermagem, visto que os modelos precisam de ser formulados para dinamizar o meio ambiente, grupo familiar, organizações comunitárias e determinantes sociais da saúde dos cuidadores.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm nos cuidadores informais fortes aliados para levar a cabo a prestação de cuidados e vigilância dos seus familiares, minimizando as recaídas e a procura constante de serviços de saúde, otimizando a saúde e o conforto dos utentes dependentes.

Apresentação dos Resultados					
Nome do Artigo Itens	The experiences of older individuals providing care to older dependents: A phenomenological study in Spain	Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores	Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes	Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador	Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte
Autores	M. Alcañiz-Garra, S. García-Sanjuán, J.D. Ramos-Pichardo, A. Sanjuán-Quiles, R. Montejano-Lozoya	Ceccon, R., Vieira, L., Brasil, C., Soares, K., Portes, V. & Carioca, A.	Gutierrez, D., Sousa, G., Figueiredo, A., Ribeiro, M., Diniz, C. & Nobre, G.	Ceccon, R., Soares, K., Vieira, L., Júnior, C., Matos, C. & Pascoal, M.	Aires, M., Fuhrmann, A., Mocellin, D., Dal Pizzol, F., Sponchiado, L., Marchezan, ... Paskulin, L.
Ano de Publicação	2021	2020	2020	2020	2020
País de Origem	Espanha	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil
Objetivo/finalidade do estudo	Descrever a experiência de pessoas idosas que prestam cuidados a idosos dependentes no domicílio.	Identificar características sociodemográficas e assistenciais de idosos dependentes, cuidadores formais e familiares em municípios de diferentes regiões brasileiras.	Compreender os sentidos subjetivos atribuídos pelos cuidadores familiares de idosos dependentes do cuidado ofertado no domicílio.	Analisar o cuidado dispensado ao idoso dependente e seus cuidadores no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	Analisar os fatores sociodemográficos e aspectos do cuidado relacionados à sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade
Amostra	13 Cuidadores Informais Idosos.	175 pessoas. 64 idosos, 27 cuidadores formais e 84 cuidadores familiares.	84 cuidadores informais familiares.	190 Cuidadores Familiares.	125 cuidadores informais de idosos dependentes.
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo realizado na perspectiva fenomenológica descritiva	Estudo transversal e descritivo	Estudo qualitativo	Estudo qualitativo	Estudo transversal analítico

Avaliação da Sobrecarga do CI	Escala de sobrecarga de Zarit e Índice de Barthel	Entrevistas semiestruturadas, com itens que contemplaram a obtenção de dados quantitativos e qualitativos, utilizando-se um roteiro construído e consensualizado por um grupo de pesquisadores de diferentes universidades brasileiras.	Entrevistas semiestruturadas e orientadas por um roteiro que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz/RJ.	Entrevistas semiestruturadas, orientadas por um instrumento construído por pesquisadores de diferentes universidades brasileiras, com questões específicas para cada grupo entrevistado (idosos, cuidadores, gestores e profissionais)	Escala de Sobrecarga do Cuidador. Na análise bivariada, utilizaram-se os coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman e teste t-Student, ou Análise de Variância (ANOVA) e Tukey. Na análise multivariada, utilizou-se a Regressão Linear.
Intervenção Comunitária	Entrevistas fenomenológicas descritivas, onde foi exposta a essência daqueles que prestam cuidados durante a sua própria velhice, como vivem, sentem e lidam com a situação de cuidar diariamente. Foram ainda estudados: o grau de independência nas atividades básicas de vida diária (ABVD) através do Índice de Barthel, a carga objetiva de cuidado medida por meio do Caregiver Effort Index, e a sobrecarga do cuidado subjetivo por meio do Teste de Zarit.	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com questões específicas para cada grupo sobre a temática do cuidado e dependência.	As entrevistas foram semiestruturadas e orientadas por um roteiro que incluía: dados iniciais (naturalidade, etnia/cor, local de residência, parentesco/vínculo, tempo de experiência no cuidado); percepção e sentimentos do cuidador familiar sobre a sua função, sobre si mesmo, seu relacionamento com a pessoa idosa, emoções e influências na vida pessoal.	A possibilidade de a APS estar perto das famílias e comunidade proporciona a relutividade da maioria dos problemas de saúde da população e o impacto na redução custo-efetividade. O cuidado familiar, quando adequadamente organizado, pode ampliar a autonomia dos idosos e dos seus cuidadores, reduzir as hospitalizações e as complicações decorrentes, como a mortalidade e os custos financeiros e psicológicos.	Foi feito levantamento da quantidade de serviços especializados, necessários para atender este tipo de população, especialmente nas cidades do interior do Brasil, em que os poucos serviços disponíveis são frequentemente mal preparados, para lidar com as demandas do envelhecimento da população.

Resultados	Quatro temas emergiram como resultado da análise: relações interpessoais estabelecidas em ambiente dos cuidadores; a necessidade e solicitação de apoio domiciliário público e privado; consequências da prestação de cuidados na velhice; adaptação às circunstâncias de ser cuidador na velhice. Cuidadores informais Idosos, que prestam cuidados domiciliários. Reconhecer a sua vida como stressante, sentir que ela limita o seu dia a dia, priva-os da sua liberdade e afeta as suas relações interpessoais e atividades sociais.	O estudo tem por base a situação de idosos com dependência física, mental/emocional, cognitiva ou social, cujo foco é subsidiar a elaboração de uma política pública que atenda ao idoso dependente e à pessoa que o cuida.	A descoberta de que uma pessoa idosa já não tem a autonomia necessária para as atividades da vida diária e instrumentais pode provocar um impacto no seu núcleo familiar. Os cuidadores familiares, pela dificuldade de dividir com outros parentes a atribuição de assistir os idosos, privam-se de projetos profissionais e existenciais e precisam de ser reconhecidos e apoiados. O envolvimento afetivo dos familiares com o cuidado pode ser marcado pelos mais diferentes sentimentos.	Foram identificados problemas no acesso aos cuidados de saúde, no apoio domiciliário, na rede de apoio e no trabalho interprofissional. As equipas oferecem práticas sob a lógica do modelo biomédico e centradas no profissional médico, embora tenham sido identificadas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.	Tanto em cidades “grandes” como em contexto internacional, existe uma rede de apoio formal estruturada, que oferece apoio para a realização das AVDs. Isso provavelmente gera alívio em relação à carga física e, como resultado, menor carga emocional - fardo. Cidades mais pequenas, por sua vez, possuem mais especificidades culturais, como valorizar a reciprocidade, redes sociais mais próximas e melhores relações entre gerações, favorecendo uma carga emocional menor.
Limitações do Estudo	Os dados analisados no estudo refletem as vivências de um grupo específico de cuidadores informais idosos, que cuidam de idosos dependentes nas suas casas. O estudo fornece a pesquisadores e profissionais de saúde, informações úteis para tomar decisões concretas sobre as questões identificadas como fragilidades dos Sistemas de Saúde e necessidades percebidas dos cuidadores informais idosos.	O estudo identificou fragilidades nos idosos decorrentes da situação de dependência. No âmbito familiar, as redes de apoio demonstram relevância diante da temática estudada particularmente para prevenir agravos emocionais e sociais. E quanto aos cuidadores formais, há a necessidade de uma política de valorização e qualificação, contribuindo para a formalização da profissão.	Não identifica	Foram identificados problemas no acesso, na atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde e no trabalho interprofissional. As equipas oferecem práticas sob a lógica do modelo biomédico e centradas no profissional médico, embora tenham sido identificadas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.	Este estudo tem algumas limitações. Um deles é o fato de nenhuma relação causal entre os resultados poder ser confirmada. Além disso, a falta de um domínio de carga financeira na escala torna impossível testar este tipo de sobrecarga nos cuidadores, o que significa uma comparação com outros estudos que avaliam este fator.

Implicações para a prática	Os resultados do estudo contribuem para um aumento do conhecimento e compreensão sobre as dificuldades vividas pelos cuidadores informais idosos. O cuidado tem uma dimensão temporal, em que o cuidador deve-se ajustar e adquirir competências, conforme a condição do seu familiar. A descontextualização, por parte do sistema de saúde, do cuidador familiar faz com que se sintam invisíveis para esse mesmo sistema. A falta de informação e apoio para os cuidadores parecem passar despercebidos aos profissionais de saúde. Consequentemente, seria recomendável que os profissionais de saúde pudessem incorporar a experiência dos cuidadores, junto com o processo de cuidado de pessoas dependentes por meio da implementação de políticas inclusivas.	Os dados podem contribuir para a criação, o desenvolvimento e a implementação de estratégias governamentais e sociais para a melhoria e a ampliação das redes de apoio e a regulamentação de uma política e adequada que trate da dependência e do exercício do cuidar.	A formulação de políticas públicas precisa de considerar as vivências sócio-afetivas dos cuidadores familiares de idosos dependentes, para nelas incluir o cuidado de quem cuida.	Há a necessidade de qualificar a APS e ampliar o intuito de práticas, incorporando núcleos de saberes que não estão tradicionalmente inseridos nas equipas. É fundamental o fortalecimento do papel do Estado e a criação de políticas públicas específicas para os idosos dependentes e os seus cuidadores.	Este estudo irá contribuir, no que diz respeito à prática de enfermagem, para a gestão e organização do ensino básico de serviços de saúde, pois identifica fatores relacionados à sobrecarga dos cuidadores. Isso torna possível implementar ações destinadas a minimizar o impacto de cuidar de um idoso que é dependente. Pode ainda contribuir para a elaboração de políticas de saúde voltadas para a população de cuidadores informais, bem como na estruturação de um suporte formal no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).
--	---	--	--	---	---

Nome do Artigo Itens	Obligation and negative consequences in primary caregivers of dependent older relatives	Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence	Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people
Autores	Del-Pino-Casado, R., López-Martínez, C., Serrano-Ortega, N., Del Mar Pastor-Bravo, M. & Parra-Anguita, L.	Elizabeth Flores González, Fredy Seguel Palma	Ana Barbosa, Daniela Figueiredo, Liliana Sousa and Sara Demain
Ano de Publicação	2018	2016	2011
País de Origem	Espanha	Chile	Portugal
Objetivo/finalidade do estudo	Analisar a natureza multidimensional da obrigação e das relações entre cada dimensão da obrigação e ansiedade e depressão.	Determinar o suporte social funcional em cuidadores familiares de adultos mais velhos e dependentes severos.	Analisar e comparar o uso e a eficácia da adoção de estratégias de cuidadores informais primários e secundários de idosos dependentes, residentes no domicílio.
Amostra	De 5.405 cuidadores informais, foram selecionados 400.	67 cuidadores familiares de Centros Saúde Familiar de Valdivia (Chile).	180 cuidadores informais de idosos dependentes - 90 primários e 90 secundários.
Tipo de Estudo	Análise secundária de dados de dois estudos transversais com amostras recrutadas em 2013, em dois distritos de saúde da Andaluzia.	Estudo transversal.	Estudo Transversal.

Avaliação da Sobrecarga do CI	Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas usando questionários. O senso de obrigação como motivo para cuidar foi medido por duas escalas previamente desenvolvido, medindo crenças em relação à obrigação (uma dimensão interna de obrigação) e pressão social (uma dimensão externa da obrigação).	Questionário de Apoio Social Funcional Duke-UNC-11	Questionário sociodemográfico para recolher dados de histórico no cuidador primário, cuidador secundário e pessoas cuidadas. Índice de Barthel e Avaliação do Cuidador - Índice de Gestão - CAMI (Brito, 2002).
Intervenção Comunitária	As entrevistas foram realizadas em casa dos cuidadores informais, por enfermeiras qualificadas (enfermeiras de gerenciamento de caso e enfermeiras de família com pelo menos $\pm$ 10 anos experiência no cuidado de cuidadores informais de parentes idosos com deficiência). As enfermeiras tiveram treinamento específico na recolha de dados (uma sessão de treino de 10 horas) para garantir a qualidade e consistência dos dados.	Os dados foram colhidos pela equipa de pesquisa por meio de visitas domiciliares a 100% dos cuidadores de idosos com dependência severa.	O recrutamento consistiu em três etapas. 1) Contactados serviços comunitários, pedindo cooperação na identificação de cuidadores informais que se encontrassem entre os critérios de inclusão. 2) Os participantes potenciais eram então contactados por telefone para ser informados sobre a pesquisa e convidados a participar do estudo. 3) Reunião/entrevista.

Resultados	Os resultados apoiaram a importância de analisar a obrigação do cuidador em relação ao cuidado de um parente mais velho dependente. Embora a obrigação geralmente tenha sido estudada no cuidado como uma dimensão única, os resultados apoiaram a existência de duas dimensões: uma obrigação externa representada pela pressão social e uma obrigação interna representada por crenças de obrigação.	A enfermagem comunitária é confirmada como suporte social. É necessário aumentar o número de visitas domiciliárias, as necessidades de apoio social percebidas em cuidadores devem ser avaliadas para gerar ações destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de coping para mitigar problemas que surgem da tarefa de cuidar. Necessário ver a importância da enfermagem comunitária, propondo novos desafios para a disciplina de enfermagem, visto que os modelos precisam de ser formulados para enfatizar o meio ambiente, o grupo familiar, organizações comunitárias e determinantes sociais da saúde dos cuidadores.	Os resultados sugerem que as estratégias cognitivas emocionais são menos eficientes para os cuidadores secundários (por exemplo, desenho sobre crenças pessoais ou religiosas). Nenhum grupo foi altamente eficiente no gerenciamento de stresse relacionado ao cuidado, mas ambos identificaram benefícios de tirar uma folga ou manter interesses fora da prestação de cuidados.
-------------------	---	---	---

Limitações do Estudo	O estudo tem a limitação de ser transversal. Esta limitação não permite estabelecer relações causais ou conclusões sobre mudanças ao longo do tempo nas variáveis estudadas.	Falta investigar as necessidades e o tipo de cuidados específicos exigidos pelos cuidadores familiares.	Apenas um pequeno número de estudos considerou os cuidadores secundários, com foco numa descrição geral do seu perfil, o tipo de atendimento prestado e o seu impacto no bem-estar dos cuidadores primários.
Implicações para a prática	Recomendações para a prática de enfermagem: 1) pode ser conveniente levar em consideração a obrigação de cuidar na avaliação de enfermagem de cuidadores informais de parentes mais velhos dependentes; ou seja, esta avaliação deve discriminar entre obrigação interna (crenças) e obrigação externa (pressão social); 2) para melhorar a prevenção e detecção precoce de depressão e ansiedade nesta população, um perfil de risco poderia ser desenvolvido para identificar cuidadores com baixa crença na obrigação e sentimentos elevados em relação à pressão social. Além disso, as multidimensionalidades do conceito de obrigação devem ser levadas em consideração na pesquisa quanto à obrigação de cuidar.	A enfermagem comunitária deve aumentar o número de visitas domiciliares, avaliar as necessidades de apoio social percebido nos cuidadores e ensinar estratégias de enfrentamento para mitigar os problemas que surjam neste trabalho.	Os resultados podem orientar os profissionais no direcionamento e monitorização de intervenções com o objetivo de desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes dos cuidadores. Além disso, envolver os cuidadores secundários nas intervenções atualmente disponíveis e os serviços, geralmente direcionados ao cuidador principal, são de extrema necessidade, pois podem reduzir a carga de cuidadores primários e retardar a institucionalização.

Nome do Artigo Itens	The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke	Programa psicoeducacional com abordagem cultural para reduzir sintomas depressivos em cuidadores familiares de idosos	Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional	Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes	Contextual Challenges and the Mosaic of Support: Understanding the Vulnerabilities of Low-Income Informal Caregivers of Dependent Elders in Singapore
Autores	Predebon, M., Pizzol, F., Santos, N., Bierhals, C., Rosset, I., & Paskulin, L.	Heddy López Díaz	Alcimar Marcelo do Couto, Célia Pereira Caldas, Edna Aparecida Barbosa de Castro	Santos, P., Freitas, D., Sousa, G., Oliveira, D., Santos, P. & Gouveia, A.	Johan Suen & Leng Leng Thang
Ano de Publicação	2021	2020	2019	2019	2018
País de Origem	Brasil	Chile	Brasil	Brasil	Singapura
Objetivo/finalidade do estudo	Caracterizar cuidadores informais de dependentes idosos após um acidente vascular cerebral e descrever as atividades realizadas e as dificuldades sentidas por esses cuidadores.	Determinar o efeito de um programa psicoeducacional com foco cultural na redução dos sintomas depressivos dos principais cuidadores familiares de idosos dependentes.	Compreender as experiências de cuidadores familiares com aspetos emocionais, sobrecarga e stress no atendimento domiciliar de idosos dependentes.	Conhecer as repercussões causadas no quotidiano de cuidadores de idosos que cuidam de idosos dependentes.	Fornecer relatos detalhados e matizados das experiências vividas por cuidadores informais de “baixa renda”.
Amostra	190 cuidadores informais.	6 Cuidadores informais.	9 Cuidadores familiares.	39 Cuidadores idosos.	19 cuidadores informais.
Tipo de Estudo	Transversal descritivo.	Quantitativo/Qualitativo.	Qualitativo.	Descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.	Qualitativo.

Avaliação da Sobrecarga do CI	Dados sociodemográficos e a Escala de Capacidade para Cuidadores Informais de Pacientes Idosos com AVC (ECCIID-AVC), adaptado e validado para uso no Brasil por Dal Pizzol et al.	Observação participante, com pré-teste e pós-teste aplicando a Escala de Depressão.	Os dados foram coletados em reuniões de família por meio de entrevistas abertas e analisadas por meio dos processos de codificação, aberto, axial e seletivo.	Entrevista, orientada por um roteiro semiestruturado com o uso de média digital do tipo gravação de áudio. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática proposta por Minayo.	Para garantir a credibilidade e validade dos dados gerados, utilizaram o procedimento de triangulação entre fontes de dados (Denzin 1978 conforme citado em Creswell e Miller 2000), cruzando dados de entrevista e observações com informações sobre os entrevistados fornecidos pelos responsáveis dos casos. Também adotaram o método de verificação de membros (Guba e Lincoln 1989 conforme citado em Weston et al. 2001) conduzindo entrevistas de acompanhamento com vários entrevistados e apresentação das descobertas a um grupo de trabalhadores e membros da equipa de várias organizações que prestaram assistência a pessoas vulneráveis, idosos e os seus cuidadores.
---	--	--	--	---	---

Intervenção Comunitária	O Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social Brasileiro deve implementar outras formas de atendimento formal como creches. Isso permitiria reduzir a carga sobre o número horas de cuidados, prestadas pelos cuidadores, bem como prestar assistência aos mais idosos de acordo com as suas necessidades, reduzindo o risco de complicações e reinternamentos hospitalares. Os cuidados domiciliares podem ser uma alternativa para fornecer treino e adequado apoio a cuidadores informais na prestação de cuidados em casa ou para permitir a institucionalização em casos de famílias frágeis.	A família como o grupo principal que presta cuidados para fortalecê-lo, por isso este estudo é uma extensão de diferentes trabalhos. Pesquisa realizada há mais de oito anos pelo grupo de pesquisa em Assistência de Enfermagem Cultural de la Salud da Universidade Nacional da Colômbia, onde foram realizados trabalhos de tipo cultural interdisciplinar envolvendo a população idosa rural e urbana e os seus cuidadores.	Considerando o contexto da sobrecarga dos cuidadores familiares, conhecer as suas respostas psicossociais permite uma compreensão de como planejar o atendimento domiciliário.	Mediante os depoimentos dos cuidadores idosos cabe destacar que a falta de informações foi citada por quase todos os participantes. A difusão de conhecimentos sobre promoção da saúde e prevenção de doenças é de responsabilidade dos profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde (APS). Esse déficit informativo apresenta-se como risco à saúde do cuidador idoso, tendo em vista que prestar cuidados a alguém é ter responsabilidade sobre esse indivíduo, além do mais é necessário que a pessoa designada para cuidar esteja saudável e bem consigo mesmo.	As tensões associadas à escassez de recursos entre cuidadores de baixa renda são agravados por desafios contextuais, como família fraturada, relacionamentos, conflitos de papéis e barreiras percebidas no seu ambiente institucional. Os critérios de amostragem foram baseados em três indicadores usados entre pesquisadores sobre pobreza em Singapura: residência em um a dois apartamentos de habitação pública, 2 com baixa ou nenhuma educação formal e com renda média.
--------------------------------	--	--	---	--	--

Resultados	A maioria dos cuidadores realizou todas as atividades de cuidados essenciais para idosos dependentes, pessoas após AVC presentes no ECCIID-AVC.	Com base nos resultados do (CES-D) no pré-teste, mostraram que todos os cuidadores apresentaram uma gama de sintomas depressivos graves. Após aplicação do programa psicoeducacional no pós-teste, 5 cuidadores diminuíram esses sintomas, passando para uma faixa de não apresentação dos referidos sintomas e 1 passou de uma faixa grave a moderada, esse cuidador era o mais novo do grupo e que há menos de dois anos exerce a atividade de cuidar do seu familiar.	Os pacientes idosos dependentes exigiram que os membros da família se tornassem cuidadores, que mais tarde experimentaram sobrecarga e exaustão emocional, consequentemente impactando na sua qualidade de vida, exigindo também atenção, suporte e treinamento. Os cuidadores familiares precisam de serviços de saúde, apoio emocional e aprendizagem de processos. Pesquisa nos planos de assistência interprofissional é necessária para os cuidadores familiares considerando as políticas públicas de atenção domiciliar.	Os resultados desta pesquisa, sugerem a necessidade de oferta de suporte ao cuidador idoso, visando a redução da sobrecarga relacionada às atividades inerentes à prestação de cuidados, especialmente o benefício das informações sobre a maneira de cuidar.	No geral, o processo de codificação culminou na identificação de três categorias principais que formaram o núcleo do quadro analítico do estudo: relações familiares e papéis como fonte de tensão, lacunas e barreiras percebidas no ambiente institucional dos cuidadores, e um serviço de apoio que consiste em meios informais e formais de obtenção de recursos.
-------------------	--	---	--	--	--

Limitações do Estudo	Existiram como limitações, uma amostra não probabilística, contendo apenas cuidadores de idosos de dois hospitais específicos no sul do Brasil, não permitindo que os resultados fossem generalizados para outras regiões do país.	O estudo refletiu uma melhoria na sintomatologia depressiva no pós-teste dos cuidadores da implantação de programa psicoeducacional com abordagem cultural, porém outro estudo com população semelhante e implementação de um programa com características semelhantes ao de Velásquez, López, López, Cataño, & Muñoz (2011) não foi significativo para a variável depressão, o que indica que é favorável implementar programas que visem estimular uma única variável ou habilidade, dada a complexidade do nível de afetação em cuidadores.	A pesquisa em um grupo específico pode constituir uma limitação deste estudo, mas a saturação obtida está relacionada com recorrência no mesmo grupo em dois momentos temporalmente diferentes, permitindo as comparações necessárias para validação.	Observa-se a necessidade de mais pesquisas e aprofundamentos da temática com propostas de intervenção e implementação de ações com vista ao fornecimento de suportes informativos e insumos para fortalecer o cuidado domiciliário necessário ao idoso dependente e dos seus cuidadores.	Melhorias sugeridas para políticas e prestação de serviços para abordar a vulnerabilidade de cuidadores de "baixa renda", também serão discutidas à luz das lacunas atuais.
------------------------------------	---	---	--	---	--

Implicações para a prática	Este estudo contribui para o conhecimento científico dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, como agentes de cuidados e educadores - tanto no hospital como em casa - pois sabem quais são as dificuldades vividas pelos cuidadores informais.	O programa psicoeducacional com uma abordagem cultural é significativo e positivo para os cuidadores na redução dos sintomas depressivos, uma vez que contempla uma linguagem adequada e adaptada para o contexto cultural dos participantes, isso permite que os cuidadores lembrem o que aprenderam durante as sessões, colocando em prática o que aprenderam em casa e noutros espaços.	Este estudo pode contribuir para a construção de conhecimento em Enfermagem Gerontológica e Assistência Domiciliar, incluindo as práticas de enfermeiras stressadas e sobrecarregadas pelos Cuidados de Saúde da Família, para famílias com idosos dependentes. O estudo pode influenciar o desenvolvimento de políticas públicas para que os idosos dependentes recebam uma atenção domiciliar humanizada e resolutiva do SUS no ambiente familiar estruturado e solidário.	Cabe ao profissional da APS e do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) oferecer conhecimentos acerca de procedimentos para o cuidado integral do idoso dependente, no sentido de se vincular, de facto, à comunidade e reconhecer os sítios vulneráveis, para que neles se possa atuar.	Os cuidadores estavam claramente perdidos quando se tratava de resolver assuntos burocráticos para pedidos de apoio social. Os dados revelaram que a carga emocional e financeira de cuidadores de baixa renda foi exacerbada por fatores como relacionamentos familiares fragmentados, papéis familiares conflitantes e lacunas e barreiras no ambiente institucional dos cuidadores. É, portanto, imperativo que mais apoio seja dado a abordar as vulnerabilidades dos cuidadores, especificamente aqueles de grupos de baixa renda.
--	--	---	---	--	--

Nome do Artigo Itens	Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem	Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives	Características dos idosos e de seus cuidadores familiares	Development and psychometric properties of ECPICID-AVC to measure informal caregivers' skills when caring for older stroke survivors at home	Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries
Autores	Alcimar Marcelo do Couto, Célia Pereira Caldas, Edna Aparecida Barbosa de Castro	Margarita Rodríguez-Pérez, Ana Abreu-Sánchez, María Jesús Rojas-Ocaña and Rafael del-Pino-Casado	Anjos, K., Boery, R., Santos, V., Boery, E. & Rosa, D.	Odete Araujo, Isabel Lage, José Cabrita and Laetitia Teixeira	Willemse, E., Anthierens, S., Portet, M., Schmitz, O., Macq, J., ... T., Remmen, R. (2016).
Ano de Publicação	2018	2017	2017	2016	2016
País de Origem	Brasil	Espanha	Brasil	Portugal	Bélgica (Holanda, Luxemburgo, França e Alemanha)
Objetivo/finalidade do estudo	Apresentar uma análise sobre as experiências de cuidar de idosos dependentes no domicílio por cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional, apontando as implicações para a prática da Enfermagem à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.	Analisar a relação entre as estratégias de enfrentamento e as dimensões da qualidade de vida em cuidadores primários de parentes idosos dependentes.	Descrever características de idosos e dos seus cuidadores familiares no domicílio.	Descrever o desenvolvimento e os testes psicométricos das habilidades dos cuidadores informais ao prestar cuidados aos mais velhos, pessoas após um acidente vascular cerebral - ECPICID-AVC.	Explorar as experiências de cuidadores informais que cuidam de idosos na comunidade com o uso de medidas políticas de apoio na Bélgica e compare-as com as experiências de outros países europeus.
Amostra	19 cuidadores informais.	86 cuidadores informais.	71 idosos e 71 cuidadores informais.	186 cuidadores informais.	35 cuidadores informais de países diferentes.
Tipo de Estudo	Qualitativo, fundamentado na Grounded Theory.	Transversal descritivo.	Descritivo.	Análise exploratória.	Qualitativo.

Avaliação da Sobrecarga do CI	Escala de Sobrecarga de Zarit (Burden) e Self Reporting Questionnaire - SRQ-20 Interview.	Escala de Sobrecarga de Zarit (Burden e Índice de Barthel.	Katz, Mini Exame do Estado Mental, sociodemográfico, Zarit e WHOQOLbref e analisados por meio da estatística descritiva.	Escala de Habilidades de Cuidadores Informais de Dependentes Instrumento para idosos - ECPICID-AVC (Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes por AVC).	Entrevistas com perguntas abertas tendo por base as políticas de cada país.
Intervenção Comunitária	A abordagem metodológica utilizada contribuiu para uma aproximação com a realidade sociocultural de cada família, para observar o cotidiano de cuidados do cuidador principal e para estabelecer uma relação de confiança, o que possibilitou diálogos marcados por emoções, desabafos e relatos que expressavam as suas dificuldades, limitações, necessidades e potencialidades.	As variáveis preditivas consistiram em estratégias (focadas no problema, focadas na emoção, com suporte social e disfuncional); variáveis dependentes eram dimensões da qualidade de vida (psicológica, física, relacional e ambiental), e as variáveis individuais, como a idade, sexo, percepção de saúde e sobrecarga do cuidador e capacidade funcional do recetor do cuidado.	Os profissionais de saúde, na sua maioria, focam a sua atenção apenas na saúde do idoso, não atendendo às necessidades e particularidades da família e cuidadores, o que é limitador para o sucesso de abordagens desenvolvidas pelas equipas de saúde. Portanto, profissionais de saúde, principalmente os que trabalham na ESF, porque eles estão mais próximos da realidade dos cuidadores de idosos que moram em casa, precisam de adotar medidas preventivas de problemas de saúde e da sobrecarga relacionada com o cuidado, com foco nos idosos, cuidadores e familiares.	As propriedades psicométricas da medição, ferramenta que apresentou resultados aceitáveis, permitindo a sua implementação na prática clínica pela comunidade de enfermagem - equipa para avaliar habilidades práticas em cuidadores informais ao prestar cuidados a sobreviventes de AVC mais velhos que vivem em casa.	Para apoiar o cuidador informal, que é a pessoa chave para o apoio ao idoso fragilizado, é necessário dar-lhe a conhecer informações sobre medidas de política de apoio.

Resultados	Os achados possibilitaram identificar potencialidades e fragilidades no contexto familiar de cuidado domiciliar e subsidiaram a construção de um esquema teórico decorrente da análise das possibilidades de atuação da enfermagem mediante um cuidado congruente com a cultura, através dos três modos de ação: manutenção, ajustamento e repadronização do cuidado cultural.	É importante: 1) adotar estratégias de enfrentamento na avaliação dos cuidadores primários de parentes idosos dependentes; 2) a qualidade de vida dos cuidadores está relacionada com as suas estratégias de enfrentamento; 3) a qualidade de vida pode piorar pelo enfrentamento do tipo fuga; 4) a sua qualidade de vida pode ser melhorada por enfrentamento focado na emoção ativa e enfrentamento com suporte social.	A sobrecarga e a menor qualidade de vida foram mais acentuadas em cuidadores de idosos dependentes. Notou-se que idosos independentes necessitam de cuidadores para apoiá-los na execução das suas atividades. E, entre os cuidadores, o apoio formal é inexistente, o que torna fundamental profissionais de saúde adotarem medidas preventivas de agravos à saúde e de sobrecarga relacionadas ao cuidado, com enfoque na família. O estudo mostrou que existe uma escassez de atenção à saúde, monitorização e ações direcionadas ao cuidador familiar pela equipa de saúde. A falta de apoio e informação para compreender e enfrentar a doença do idoso também era evidente.	Cuidadores informais desempenham um papel importante no fornecimento de cuidado para idosos dependentes em geral e para idosos sobreviventes pós-AVC em particular. Apesar do aspeto positivo do cuidado, apresentado na literatura, para a maioria dos cuidadores informais, as demandas de cuidados podem ser stressantes, nomeadamente entre aqueles que não estão preparados e / ou têm conhecimento insuficiente e habilidades práticas para cuidar de idosos após um derrame.	Um dos principais problemas na Bélgica é a falta de acesso atempado a informações fiáveis sobre serviços formais e informais para apoiar proactivamente o cuidador informal. Comparado com outros países, cuidadores informais na Bélgica expressaram mais dificuldades no acesso a medidas de apoio e na navegação no sistema de saúde. Nos outros países, as informações pareciam ser fornecidas mais oportunamente quando o atendimento domiciliar era fornecido por meio de pacotes de cuidados.
-------------------	--	--	---	---	--

Limitações do Estudo	A investigação limitou-se às vivências de um grupo de cuidadores familiares que vivenciavam a sobrecarga decorrente do cuidado de um familiar idoso dependente. Uma limitação desta pesquisa, inerente ao método, refere-se ao fato da análise dos dados não ter sido realizada por dois pesquisadores de forma independente.	O estudo tem algumas limitações. Primeiro, é descritivo transversal, o que impede o estabelecimento de relações causais, embora o efeito do enfrentamento da qualidade de vida é apoiado por vários modelos conceituais, por exemplo, e resultados empíricos.	Não especifica.	Estudos futuros devem explorar o grupo conhecido e obter validação para o ECPICID-AVC, bem como um fator de confirmação da análise (CFA).	Mesmo sendo um projeto uniforme e heterogêneo para o recrutamento de participantes, nos diferentes casos foram identificados problemas com recrutamento. Nos diferentes casos não permitiram que os pesquisadores seguissem completamente esta estratégia inicial.
Implicações para a prática	Respeitando os valores culturais e as crenças da família, o enfermeiro pode ajudar a instituir mudanças, coestabelecidas com os cuidadores, que promovam uma melhor qualidade na relação de cuidar e aliviem a tensão do papel de cuidador. O enfermeiro, na perspectiva do cuidado cultural, pode ajudar essas famílias, ao utilizar os três modos de ação propostos pela teórica – a preservação/manutenção, acomodação/negociação e repadronização/reestruturação do cuidado cultural - e assim proporcionar uma assistência de enfermagem mais bem-adaptada à cultura do idoso/cuidador/família.	Dentro das limitações de um estudo transversal, estas conclusões podem ser úteis para o desenvolvimento de intervenções em cuidadores de parentes idosos dependentes para reduzir o enfrentamento do tipo evasão e favorecer a aceitação da sua situação e a procura de apoio social.	A enfermagem, por meio de orientações e cuidados com os parentes e cuidadores de idosos, com intervenções direcionadas às suas especificidades, torna-se indispensável, assim como demanda que os setores público e privado direcionem a sua atenção para a saúde do cuidador, sendo que a parceria entre saúde dos profissionais e cuidadores familiares possa minimizar as dificuldades vividas por eles.	O ECPICIDAVC mostrou boa validade e confiabilidade numa amostra de cuidadores portugueses de sobreviventes de AVC mais velhos. O ECPICID-AVC é recomendado para enfermeiras que trabalham em unidades de saúde da comunidade para avaliar as habilidades práticas que os cuidadores devem prestar bons cuidados.	O apoio a cuidadores informais é uma tarefa complexa. Cada situação de cuidado é única. Portanto, uma estratégia de suporte única não pode beneficiar todos os cuidadores informais e medidas personalizadas são necessárias. Medidas para apoiar cuidadores informais estão espalhadas em diferentes setores do sistema de segurança social. Não surpreendentemente, desenvolver uma política coerente para apoiar cuidadores informais não é uma tarefa simples. Para apoiar o cuidador informal, que é a melhor pessoa para monitorizar a progressão do

					problema do paciente, é necessário o fornecimento de informações sobre política de medidas de apoio. A informação dos serviços ao dispor dos cuidadores é mais proeminente na Bélgica em comparação com outros países, no entanto, os cuidadores informais belgas encontram maiores dificuldades em se orientar pelo seu sistema de apoio. Nos outros países, quando o atendimento domiciliar é fornecido por meio de um pacote de cuidados, as informações parecem ser fornecidas de forma mais oportuna e/ou há uma avaliação regular das necessidades de mudança dos idosos dependentes.
--	--	--	--	--	--

Nome do Artigo Itens	Quality of life and care burden among informal Caregivers of elderly dependents in Catalonia	Positive Aspects of Family Caregiving of Dependent Elderly	Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers	Idoso em situação de dependência: stress e coping do cuidador informal	Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família
Autores	Puig, M., Rodriguez, N., Lluch-Canut, M., Moreno, C., Roldán, J., & Montesó, P.	Macarena Sánchez-Izquierdo, María Prieto Ursúa, and José M. Caperos	Carlos Sequeira	Bruno Miguel Parrinha Rocha & José Eusébio Palma Pacheco	Floriano, L., Azevedo, R., Reiners, A. & Sudre, M.
Ano de Publicação	2015	2017	2013	2013	2012
País de Origem	Espanha	Espanha	Portugal	Portugal	Brasil
Objetivo/finalidade do estudo	Avaliar os elementos objetivos e subjetivos relacionados à qualidade de vida dos cuidadores primários de idosos dependentes.	O estudo teve um duplo objetivo: primeiro, identificar os aspetos positivos do cuidado familiar; segundo, analisar a relação entre essas recompensas de cuidado e diferentes variáveis.	Caracterizar as principais dificuldades, estratégias de coping, fontes de satisfação e níveis de sobrecarga divulgada por cuidadores informais de idosos dependentes por causas físicas e mentais, na língua portuguesa, contexto e comparar o impacto entre cuidadores de idosos com dependência física e cuidadores de idosos com dependência mental.	Estudar a relação entre psicológico (stress) e psicológico (coping) do cuidador informal de idosos em situação de dependência.	Descrever a maneira como os cuidadores familiares realizam o cuidado aos idosos em condição de dependência.
Amostra	22 cuidadores informais de pessoas com mais de 75 anos.	140 cuidadores familiares de idosos dependentes.	184 idosos dependentes, dos quais 101 eram dependentes devido a causas físicas e 83 dependente devido a causas mentais (demência).	110 cuidadores informais.	24 cuidadores informais.

Tipo de Estudo	Qualitativo.	Qualitativo.	Estudo quantitativo, analítico e correlacional.	Estudo transversal envolvendo uma amostra selecionada por conveniência.	Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa.
Avaliação da Sobrecarga do CI	a) dados sociodemográficos; b) relações sociais; c) estado de saúde do cuidador; d) satisfação em relação à vida familiar; e) motivação e sentimentos sobre cuidar; f) cuidar como um fardo (ESC); g) qualidade de vida; h) satisfação com a vida e percepção de felicidade.	Índice de Katz, Índice de Kappa, Escala de Descoberta de Significado por Meio do Cuidador (versão espanhola), Escala de Satisfação dos Cuidadores e EuroQoL.	Índice de Lawton, Escala de Sobrecarga do Cuidador.	Dados sociodemográficos, avaliação da intensidade do stresse; escala abreviada de coping e Índice de Barthel para avaliação de dependência.	Entrevistas com questão aberta.
Intervenção Comunitária	O objetivo declarado deste estudo foi avaliar os elementos envolvidos na qualidade de vida, no ensino primário de cuidadores de idosos dependentes, identificando se o cuidado é um fardo. Os resultados reforçam que cuidadores informais de idosos dependentes podem precisar de ajuda para fazer uma pausa na sua vida pessoal e cuidar melhor da sua saúde. Será, portanto, necessário intervir para melhorar a QV dos cuidadores primários.	O estudo confirma a relevância da relação cuidador-idoso, que pode ser melhorada e modificada por meio de ações preventivas e intervenções específicas. Os nossos resultados indicam que as intervenções para cuidadores de pessoas com demência devem explorar maneiras de encontrar significado no cuidado.	Este estudo foi realizado entre dois grupos distintos - cuidadores de pessoas idosas sem demência (deficiência física) e cuidadores de pacientes com demência (deficiência de natureza predominantemente cognitiva). Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário previamente definido que procurava reunir vários tipos de informações sociodemográficas, clínica e ambiental) e que incluiu certos instrumentos específicos, como taxa de dependência, avaliação cognitiva, testes, um índice de dificuldades, um índice de satisfação, um índice de estratégias de enfrentamento e uma escala de sobrecarga.	O estudo foi desenvolvido em conformidade com normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos	Os cuidadores foram escolhidos por conveniência, por meio da referência do enfermeiro da ESF e o número de assuntos foi determinado com base na necessidade de informações, considerando a saturação de dados, ou seja, até ao ponto em que nenhuma informação nova é alcançada e a recorrência ocorre.

Resultados	No estudo, metade dos cuidadores tinha uma percepção irregular de saúde e qualidade de vida, da carga de cuidados, déficit de autocuidado e sentimentos contraditórios para o cuidado.	A satisfação e a qualidade de vida dos cuidadores estavam acima da média. Os cuidadores que perceberam uma boa qualidade de relacionamento com o idoso apresentaram mais satisfação do que os outros. Problemas na qualidade de vida mostraram relação positiva com o nível de dependência do idoso. Por outro lado, quanto mais nível de dependência do idoso, maior o nível de satisfação do cuidador. Os cuidadores com um bom relacionamento mostraram menos significado provisório do que aqueles com um relacionamento normal ou ruim.	Cuidar de idosos dependentes (com e sem demência) em casa é um processo individual complexo que é influenciado por fatores de diferentes contextos. Cuidar é associado a um conjunto de agentes stressantes, mediado pela relação de prestação de cuidados e que pode resultar num maior ou menor grau de sobrecarga e/ou satisfação do cuidador. Os profissionais de saúde devem avaliar os problemas precocemente e estabelecer um programa de intervenção, promovendo a adoção de estratégias de coping que podem minimizar a carga e promover a satisfação.	Concluiu-se que as “estratégias de coping centradas no cuidador” são aqueles que geraram menor percepção de stress nos cuidadores informais.	Os resultados apontaram que o cuidado desenvolvido ao idoso em condição de dependência é uma atividade que leva a mudanças na vida dos cuidadores, o que pode gerar stress de ordem física, emocional e social.
-------------------	---	---	---	---	--

Limitações do Estudo	As limitações do estudo são, por um lado, o tamanho da amostra, que não é representativa como qualitativa dos estudos, e o estudo inclui apenas dependentes que são atendidos pelos serviços públicos de saúde da cidade, deixando de estudar pacientes que são atendidos pelos serviços privados.	Em primeiro lugar, é importante enfatizar que as limitações da amostra tornam difícil generalizar os resultados e conclusões deste estudo. O uso de instrumentos de avaliação de autorrelato pode acarretar distorções ou fontes de erro, especificamente nos valores de qualidade de vida.	Este estudo refere-se a cuidadores de idosos com dependência da região do Porto, onde as famílias tradicionalmente cuidam dos seus familiares. A extrapolação dos dados deve ser feita com cautela por causa do tamanho da amostra e os fatores culturais que são inerentes às dificuldades, estratégias de validação, satisfação e para a sobrecarga. O fardo e a satisfação envolvem um grande número de variáveis para que os resultados sejam tratados com prudência. Outros estudos são necessários com uma amostra mais ampla para avaliar a consistência dos dados.	No que diz respeito às dificuldades em conduzir este estudo, a necessidade de realização da colheita de dados nas residências dos usuários / cuidadores, visto que esta visita poderia ser considerada uma invasão de privacidade, além de uma abordagem de um assunto que para o cuidador informal pode ser constrangedor.	Não descrevem.
Implicações para a prática	É necessário informar melhor os cuidadores sobre os programas de ajuda à dependência. É aconselhável desenvolver a autogestão de programas direcionados a cuidadores informais para reduzir o fardo de realizar cuidados de longa duração.	A relevância da relação cuidador-idoso pode ser melhorada e modificada por meio de ações preventivas específicas. Os resultados indicam que as intervenções para cuidadores de pessoas com demência devem explorar maneiras de encontrar significado no cuidado.	Os dados apresentados são relevantes para a prática clínica, pois permitem que os profissionais de saúde aumentem a conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce. A atenção adequada aos cuidadores informais encorajaria cuidados domiciliares para idosos, reduziria o número de dificuldades para os cuidadores, aumentaria a sua satisfação e	O cuidador deve ser instruído a aceitar a situação como ela é, ou seja, realizar outras atividades além da prestação de cuidados, lembrar os bons tempos, viver um dia de cada vez, olhar para o lado positivo das situações, e não culpar pessoas ou situações. É questionável pensar sobre se esse pensamento conformista poderia ter implicações negativas para a saúde mental dos cuidadores a médio ou longo prazo, e aqui está	A enfermagem, como elemento essencial da Estratégia de Saúde da Família, deve estar atenta às necessidades de saúde dos idosos dependentes, bem como mais próxima dos cuidadores, no sentido de os orientar e acompanhar o cuidado realizado, a fim de oferecer suporte assistencial de forma integral, ou seja, ao idoso e à sua família.

			possibilitaria a prestação de um melhor atendimento, para que as pessoas dependentes possam viver com dignidade. Nesse sentido, precisamos de implementar apoios para evitar a interrupção da prestação de cuidados e a emergência da prevenção da sobrecarga do cuidador. O reconhecimento de que os cuidadores são fatores-chave no fornecimento de cuidados de saúde para pacientes idosos dependentes em curto e longo prazo deve ser uma prioridade para a política de saúde, dado o envelhecimento da população e aumento da prevalência de doenças crônicas associadas a maior longevidade, de modo que os cuidadores não parem de cuidar.	o papel fundamental do enfermeiro na orientação do cuidador, para que ele esteja em condições de enfrentar o seu problema com confiança. A literatura também reforça a importância do cuidador, adotando uma filosofia de proteção sobre o seu sentido de vida, reforçando positivamente valores e estratégias eficazes para lidar com situações que são difíceis de resolver. O cuidador deve reservar algum tempo para a si mesmo para evitar que o cansaço se torne em sobrecarga. Assim, verificou-se que existe um potencial nos cuidados de enfermagem que podem ter implicações para a qualidade de vida do cuidador. O cuidador informal deve inicialmente ser instruído a procurar estratégias centradas no meio e no problema, disponibilizando o suporte e os recursos necessários, no sentido de preparar todo o ambiente em torno do objetivo de prestar cuidados (físico, ambiente e produtos de suporte, recursos humanos formais e informais de apoio, treino de cuidadores).	
--	--	--	--	---	--

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S30	S4 AND S22 AND S26	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231; Resumo Disponível Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	58
S29	S4 AND S22 AND S26	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	58
S28	S4 AND S22 AND S26	Limitadores - Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	107
S27	S4 AND S22 AND S26	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	179
S26	S23 OR S24 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	771
S25	dependent elder*	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	456

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S24	dependent aged	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	58
S23	dependent old*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	276
S22	S5 OR S6 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,448,630
S21	MM stress, physiological	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	45,283
S20	Nursing intervention	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,300
S19	Nurs*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	934,619
S18	intervention	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	1,056,845

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S17	caregiving	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	20,273
S16	caring	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	51,966
S15	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,745,389
S14	caregiver burden	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,995
S13	family coping	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	467
S12	MM Life Change Events	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,777
S11	experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	916,787

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S10	MH Adaptation, psychological+	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	134,376
S9	difficult*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	700,147
S8	MM stress, psychological	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	80,007
S7	MM burnout, psychological	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	447
S6	exhaustion	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	39,960
S5	Burden	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	286,981
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	43,252

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S3	carer	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	41,745
S2	MM Caregivers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,237
S1	Informal Caregiver*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,691

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S29	S4 AND S22 AND S26	Limitadores - Data de Publicação: 20110101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - aged: 65+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	79
S28	S4 AND S22 AND S26	Limitadores - Data de Publicação: 20110101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	102
S27	S4 AND S22 AND S26	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	198
S26	S23 OR S24 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	482
S25	dependent old*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	182
S24	dependent aged	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	29

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S23	dependent elder*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	284
S22	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,804,999
S21	Nurs*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	991,357
S20	MM Nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,531
S19	intervention	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	503,078
S18	episode of care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,132
S17	caregiving	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	29,831

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S16	MM caring	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,753
S15	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,547,162
S14	MM life change events	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,821
S13	experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	405,182
S12	MM family coping	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	992
S11	MM coping+	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	17,298
S10	difficult*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	171,776

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S9	burnout	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	25,533
S8	MM stress	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,585
S7	exhaustion	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	16,565
S6	MM caregiver burden	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,312
S5	Burden	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	94,167
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	86,451
S3	Caregiver	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	76,919

			Base de dados - CINAHL Complete	
S2	carer	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	36,791
S1	Informal Caregiver	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,751

Bibliografia

- Aires, M., Fuhrmann, A., Mocellin, D., Dal Pizzol, F., Sponchiado, L., Marchezan, ... Paskulin, L. (2020). Burden of informal caregivers of dependent elderly in the community in small cities. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Vol. 41 (spe). Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>.
- Alcañiz-Garra, M., García-Sanjuán, S., Pichardo, J., Quiles, A. & Lozoya, R. (2021). *The experiences of older individuals providing care to older dependents: A phenomenological study in Spain*. PLoS ONE 16 (8). Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255600>.
- Anjos, K., Boery, R., Santos, V., Boery, E. & Rosa, D. (2017). Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 11(3), 1146-1155. DOI: [10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704](https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704).
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J. & Teixeira, L. (2016). Development and psychometric properties of ECPICID-AVC to measure informal caregivers' skills when caring for older stroke survivors at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30(4), 821–829. Acedido a 30/12/2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12291>.
- Barbosa, A., Figueiredo, D., Sousa, L. & Demaind, S. (2011). *Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people*. *Aging & Mental Health*. Vol. 15, No. 4, 490–499. DOI: [10.1080/13607863.2010.543660](https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543660).
- Ceccon, R., Soares, K., Vieira, L., Júnior, C., Matos, C. & Pascoal, M. (2020). Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. 26(1): 99–108. DOI: [10.1590/1413-81232020261.30382020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020).
- Ceccon, R., Vieira, L., Brasil, C., Soares, K., Portes, V. & Carioca, A. (2020). Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Escola de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina*. 26(1): 17–26. DOI: [10.1590/1413-81232020261.30352020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020).
- Couto, M., Caldas, P. & Castro, B. (2018) Family caregiver of older adults and Cultural Care in nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(3): 959–966. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0105>.
- Couto, M., Caldas, P. & Castro, B. (2019). Home care for dependent elderly patients by caregivers with overload and stress. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*

Online. 11(4): 944–950 Acedido a 30/12/2021. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019>.

Díaz, H. (2020). Programa psicoeducacional com abordagem cultural para reduzir sintomas depressivos em cuidadores familiares de idosos. *Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados*. Universidad de Alicante. 3º Cuatrimestre 2020 - nº 58. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.12> .

Del-Pino-Casado, R., López-Martínez, C., Serrano-Ortega, N., Del Mar Pastor-Bravo, M. & Parra- Anguita, L. (2018). *Obligation and negative consequences in primary caregivers of dependent older relatives*. *PLoS ONE*, 13(9), 1–13. Acedido a 30/12/2021.
Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203790>.

Florian, L., Azevedo, R., Reiners, A. & Sudre, M. (2012). *Cuidado Realizado Pelo Cuidador Familiar ao Idoso Dependente, em Domicílio, no Contexto da Estratégia de Saúde da Família*. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 21(3): 543–548. Acedido a 30/12/2021.
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>

Gonzalez, E. & Palma, F. (2016). *Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence*. *Invest Educ Enferm*. 34(1), 67–73. Doi: [10.17533/udea.iee.v34n1a08](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08).

Gutierrez, D., Sousa, G., Figueiredo, A., Ribeiro, M., Diniz, C. & Nobre, G. (2020). *Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes*. *Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Amazonas*. DOI: [10.1590/1413-81232020261.30402020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020)

López, H. (2020). *Programa psicoeducativo con enfoque cultural para reducir sintomatología depresiva en cuidadores familiares de personas mayores*. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (58). Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.12>

Pérez, M., Sánchez, A., Ocaña, M. & Casado, R. (2017). *Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives*. *Health and Quality of Life Outcomes*.

Predebon, M., Pizzol, F., Santos, N., Bierhals, C., Rosset, I., & Paskulin, L. (2021). *The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke*. *Investigacion y Educación en Enfermería*, vol. 39 Nº 2. ISSN 2216-0280. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>.

- Puig, M., Rodriguez, N., Lluch-Canut, M., Moreno, C., Roldán, J., & Montesó, P. (2015). Quality of life and care burden among informal caregivers of elderly dependents in Catalonia. Portuguese *Journal of Mental Health Nursing*, 14(14), 9–14. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0100>.
- Rocha, B. & Pacheco, J. (2013). *Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal*. Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, Faro, Portugal. Acta PaulEnferm, 26(1): 50-56. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: https://auth.lib.unc.edu/ezproxy_auth.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104186009&site=ehost-live&scope=site.
- Sánchez-Izquierdo, M., Prieto-Ursúa, M. & Caperos, J. (2017). *Positive Aspects of Family Caregiving of Dependent Elderly*. Madrid. Educational Gerontology. DOI: [10.1080/03601277.2015.1033227](https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1033227)
- Santos, P., Freitas, D., Sousa, G., Oliveira, D., Santos, P. & Gouveia, A. (2019). *Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes*. Rev Cuid. 10(2): 607. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>
- Santos, W., Freitas, D., Sousa, G., Oliveira, D., Santos, P & Gouveia, A. (2019). *Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes*. Rev Cuid. 10(2): e607. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 491–500. DOI: [10.1111/jocn.12108](https://doi.org/10.1111/jocn.12108)
- Suen, J. & Thang, L. (2018). Contextual Challenges and the Mosaic of Support: Understanding the Vulnerabilities of Low-Income Informal Caregivers of Dependent Elders in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 33(2), 163–181. Acedido a 30/12/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10823-017-9334-4>
- Willemse, E., Anthierens, S., Portet, M., Schmitz, O., Macq, J., ... T., Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Services Research*. 16(1): 1-11. DOI: [10.1186/s12913-016-1487-2](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2)

Apêndice III - Cronograma

[illegible]

**Apêndice IV – Consentimento informado do cuidador informal &
idoso dependente**

Consentimento Informado, livre e esclarecido

para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Cláudio Alexandre Silva Costa, Enfermeiro, a frequentar o 12º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho solicitar a sua participação no âmbito de um projeto de saúde focado nos **“INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA”**.

De um modo geral, pretende-se caracterizar a forma como o cuidador informal, prestador de cuidados a idosos dependentes, encara a prestação desses mesmos cuidados e quais as suas principais dificuldades. O objetivo, será diminuir a sobrecarga do cuidador informal e/ou aumentar os ganhos em saúde do cuidador e idoso dependente.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da ARSLVT, como também, pelo Diretor Executivo do Aces de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Será necessário para a sua implementação, um conjunto de dados compilados através de um questionário, anónimo (sem qualquer dado identificativo da pessoa) - Informação sobre o cuidador formal e “Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)”; do qual pedimos a sua participação no seu preenchimento, com cerca de 30 min de duração.

Pelo presente, solicito a sua autorização para a utilização do conteúdo do mesmo, para a realização do referido estudo, onde estão garantidos o anonimato e a confidencialidade de Vossa Ex.^a, sendo a sua participação totalmente voluntária e isenta de qualquer tipo de

Este documento é composto por 2 páginas e elaborado em duplicado, sendo uma via para o investigador e outra para a pessoa que consente após assinatura de ambos.

prejuízo ou perda de benefícios relativamente aos cuidados que lhe são prestados nesta USF, caso decida não participar ou desista do mesmo, podendo fazê-lo em qualquer altura

Todas as informações colhidas são para uso exclusivo do presente estudo, sendo destruídos os questionários, dois anos após o final do mesmo. Deste estudo, poderão decorrer intervenções que podem beneficiar a sua saúde. Neste caso, terá direito a aceder às mesmas, se assim o desejar.

Desde já, o nosso agradecimento pela sua disponibilidade e participação neste estudo

Assinatura do Responsável pelo Projeto

_____ Camaxide, ____/____/____

(Cláudio Alexandre Silva Costa)

Para qualquer esclarecimento de dúvidas não hesite em contactar o responsável do projeto, Enfermeiro Cláudio Alexandre Silva Costa – claudio.costa@campus.esel.pt

.....

Declaro ter compreendido a informação transmitida sobre o projeto e o funcionamento do mesmo e que para o efeito preencheréi o questionário que se encontra no seguimento deste consentimento, de forma gratuita. Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes e fui informado sobre o meu direito de recusar a minha participação em qualquer momento. Deste modo, consinto participar voluntariamente neste projeto.

Nome do Participante (conforme BI ou CC)

_____ Camaxide ____________

Consentimento Informado, livre e esclarecido

para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Cláudio Alexandre Silva Costa, Enfermeiro, a frequentar o 12º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho solicitar a sua participação no âmbito de um projeto de saúde focado nos **“INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA”**.

Com este inquérito, pretendemos conhecer as características físicas e psicossociais, assim como, o nível de independência da pessoa idosa para a realização de dez atividades básicas de vida e a realização das atividades instrumentais (Ex: preparação de alimentos, usar telefone, ...). O objetivo será cruzar o nível de dificuldades sentidas pela pessoa idosa e o seu cuidador informal, com o intuito de aumentar os ganhos em saúde do cuidador e idoso dependente.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da ARSLVT, como também, pelo Diretor Executivo do Aces de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Será necessário para a sua implementação, um conjunto de dados compilados através de um questionário, anónimo (sem qualquer dado identificativo da pessoa) – “Informação sobre o utente idoso com Dependência”; Índice de Barthel; Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007) e Avaliação da orientação no tempo e no espaço; do qual pedimos a sua participação no seu preenchimento, com cerca de 30 min de duração.

Este documento é composto por 2 páginas e elaborado em duplicado, sendo uma via para o investigador e outra para a pessoa que consente após assinatura de ambos.

Pelo presente, solicito a sua autorização para a utilização do conteúdo do mesmo, para a realização do referido estudo, onde estão garantidos o anonimato e a confidencialidade de Vossa Ex.^a, sendo a sua participação totalmente voluntária e isenta de qualquer tipo de prejuízo ou perda de benefícios relativamente aos cuidados que lhe são prestados nesta USF, caso decida não participar ou desista do mesmo, podendo fazê-lo em qualquer altura

Todas as informações colhidas são para uso exclusivo do presente estudo, sendo destruídos os questionários, dois anos após o final do mesmo. Deste estudo, poderão decorrer intervenções que podem beneficiar a sua saúde. Neste caso, terá direito a aceder às mesmas, se assim o desejar.

Desde já, o nosso agradecimento pela sua disponibilidade e participação neste estudo

Assinatura do Responsável pelo Projeto

_____ Camaxide, ____/____/____

(Cláudio Alexandre Silva Costa)

Para qualquer esclarecimento de dúvidas não hesite em contactar o responsável do projeto, Enfermeiro Cláudio Alexandre Silva Costa – claudio.costa@campus.esel.pt

.....

Declaro ter compreendido a informação transmitida sobre o projeto e o funcionamento do mesmo e que para o efeito preencheréi o questionário que se encontra no seguimento deste consentimento, de forma gratuita. Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes e fui informado sobre o meu direito de recusar a minha participação em qualquer momento. Deste modo, consinto participar voluntariamente neste projeto.

Nome do Participante (conforme BI ou CC)

_____ Camaxide ____________

Apêndice V – Questionário

Senhor(a) Cuidador(a)

Este instrumento de colheita de dados, insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o qual se pretende avaliar a sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa com dependência.

É um questionário dividido em duas partes, sendo que na primeira parte pretende-se recolher informação sobre as características sociodemográficas do cuidador, do contexto de cuidados e segue com uma escala para avaliar a sobrecarga do cuidador. A segunda parte, dedicada a recolher informação sobre o idoso que recebe cuidados, será avaliado o nível de independência, para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas; avaliação do nível de independência do idoso no que se refere à realização das atividades instrumentais e finaliza com questões para avaliar a orientação espaço-temporal.

O Questionário é anónimo e em nenhum momento é identificado, nem à pessoa a quem presta os cuidados. Os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e no fim do estudo os questionários serão destruídos.

A qualquer momento, o cuidador ou a pessoa cuidada, poderá optar por desistir de participar no estudo, sem que isso venha a interferir com a assistência de cuidados de saúde.

Não existem respostas certas ou erradas. Pedimos que responda às questões de forma espontânea.

Obrigado pela colaboração.

Enfermeiro Cláudio Costa

Telemóvel: 962 442 216

Email: claudio.costa@campus.esel.pt

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A preencher pelo estudante:

Data ____/____/____

Método de recolha de dados: ☐ Auto-preenchimento ☐ Entrevista número _____

1ª Parte – Informação sobre o cuidador informal

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade _____

3. Estado Civil ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Solteiro (a)
☐ União de facto ☐ Viúvo (a)

4. Habilitações literárias

☐ Sem escolaridade ☐ Saber ler e escrever
☐ 1º ciclo ensino básico (4ª classe) ☐ 2º ciclo ensino básico (ensino preparatório)
☐ 3º ciclo ensino básico (9º ano) ☐ Ensino secundário (12º ano)
☐ Ensino Superior ☐ Mestrado/Doutoramento
☐ Curso Profissional ☐ Outro. Qual _____

5. Profissão Atual _____

6. Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados

☐ Filho(a) ☐ Genro/Nora ☐ Marido/Esposa ☐ Outro. _____

7. Há quanto tempo presta cuidados ao seu familiar devido à sua dependência

☐ Menos de 3 meses ☐ Entre 3 a 6 meses ☐ Entre 6 meses a 1 ano
☐ Entre 1 a 3 anos ☐ Entre 3 a 6 anos ☐ Mais de 6 anos

8. Vive atualmente na mesma habitação do seu familiar

☐ Sim ☐ Não ☐ Esporadicamente

9. Vivia com o seu familiar antes do estado de dependência

☐ Sim ☐ Não ☐ Esporadicamente

10. Alteração de residência pelo cuidador face à situação de dependência do seu familiar

☐ Sim ☐ Não

11. Número de dias por semana que presta cuidados ao seu familiar

☐ 1 dia ☐ de 2 a 4 dias ☐ de 5 a 6 dias ☐ 7 dias

12. Número de horas por dia, que presta cuidados ao seu familiar

☐ 1 a 4 ☐ 5 a 10 ☐ 11 a 15 ☐ 16 a 20 ☐ 21 a 24

13. Ajuda o seu familiar em que atividades:

☐ Higiene ☐ Alimentação ☐ Vestir e despir ☐ Mobilização

☐ Outros _____

14. Apoio que recebe

• Apoio domiciliário

☐ Não ☐ Sim Qual a rede de apoio _____

Desde quando recebe esse apoio (em meses) _____

Número de horas por semana que recebe apoio

☐ 1 a 12 ☐ 12 a 24 ☐ 24 a 48 ☐ 48 a 60 ☐ mais de 60

• Apoio da família

☐ Não ☐ Sim Por quem _____

Número de horas por semana que recebe apoio

☐ 1 a 12 ☐ 12 a 24 ☐ 24 a 48 ☐ 48 a 60 ☐ mais de 60

• Tipo de ajuda prestada por esses familiares

☐ Higiene ☐ Alimentação ☐ Vestir e despir ☐ Mobilização ☐ Compras

☐ Limpeza da casa ☐ Outros _____

15. Tem a seu cargo, outras pessoas

☐ Não ☐ Sim Quem _____

Escala de Sobrecarga do Cuidador

Adaptada por Sequeira (2010)

A Escala de Sobrecarga do Cuidador, é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

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

2ª PARTE – Informação sobre o utente idoso com Dependência

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade _____

3. Estado Civil ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Solteiro (a)
☐ União de facto ☐ Viúvo (a)

4. Habilitações literárias

☐ Sem escolaridade	☐ Saber ler e escrever
☐ 1º ciclo ensino básico (4ª classe)	☐ 2º ciclo ensino básico (ensino preparatório)
☐ 3º ciclo ensino básico (9º ano)	☐ Ensino secundário (12º ano)
☐ Ensino Superior	☐ Mestrado/Doutoramento
☐ Curso Profissional	☐ Outro. Qual _____

5. Profissão _____

6. Antecedentes pessoais

☐ HTA	☐ AVC	☐ Tabagismo	☐ Alcoolismo	☐ Diabetes Mellitus
☐ Obesidade	☐ Doença Cardíaca	☐ Neoplasias	☐ Doença Psiquiátrica	
☐ Outros. Quais? _____				

7. Situação Social

☐ Convive com familiares	☐ Participa em atividades de organizações sociais
☐ Convive com amigos	☐ Dinamiza atividades sociais
☐ Outro. Especifique _____	

ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Leia com atenção e assinale com um círculo o algarismo corresponde à resposta que julgue mais adequada.

ATIVIDADE	PONTOS	TOTAL
ALIMENTAÇÃO		
Independente	10	
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos)	5	
Dependente	0	
TRANSFERÊNCIAS (cadeira/cama)		
Independente (não necessita de qualquer ajuda)	15	
Precisa de alguma ajuda (verbal ou física)	10	
Necessita de ajuda de outra pessoa, consegue sentar-se	5	
Dependente, não têm equilíbrio sentado	0	
HIGIENE PESSOAL		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	
Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0	
IR À CASA DE BANHO (uso de sanitário)		
Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	
Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5	
Dependente	0	
BANHO		
Independente (toma banho só – entra e sai do banho sem ajuda)	5	
Dependente (necessita de alguma ajuda)	0	
MOBILIDADE		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortódeses)	15	
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	
Independente, em cadeira de rodas incluindo cantos	5	
Imobilizado	0	
ESCADAS		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	
Precisa de ajuda	5	
Dependente	0	
VESTIR		
Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	
Com ajuda	5	
Dependente	0	

CONTROLO INTESTINAL		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	
Acidente ocasional	5	
Incontinente ou precisa de ajuda de clisteres	0	
CONTROLO URINÁRIO		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	
Incontinente ou algaliado, sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007)

Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) que compreendem oito tarefas como, usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro.

Leia com atenção e assinale com um círculo o algarismo corresponde à resposta que julgue mais adequada.

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4

Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

AValiação da Orientação no Tempo e no Espaço

PERGUNTA (temporal)	RESPOSTA	PERGUNTA (espaço)	RESPOSTA
Ano – Em que estamos?		País – Como se chama o nosso país?	
Dia do mês – Quantos são hoje?		Distrito – Em que distrito vive?	
Dia da semana – Que dia da semana é hoje?		Terra – Em que terra vive?	
Mês – Em que mês estamos?		Casa – Como se chama esta casa?	
Estação do ano – Em que estação estamos?		Andar – Em que andar estamos?	

Obrigado pela participação

**Apêndice VI – Tratamento, apresentação e discussão dos
dados/resultados**

Índice

1. Métodos estatísticos utilizados

1.1. Estatística Descritiva

1.2. Análise de consistência interna de escalas

1.3. Teste t para amostras emparelhadas

2. Análise Descritiva

2.1. Primeira Parte – Informação sobre o cuidador informal

2.1.1. Caracterização do Cuidador

2.1.2. Relação com a pessoa a quem presta cuidados

2.2. Segunda Parte – Informação sobre o utente idoso com Dependência

2.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador

2.3.1. Antes da intervenção

2.3.2. Depois da intervenção

3. Análise de consistência interna da Escala de Sobrecarga do Cuidador

4. Análise Descritiva da Escala de Sobrecarga do Cuidador

4.1. Nas Escalas de Medida

4.1.1. Antes da intervenção

4.1.2. Depois da intervenção

4.2. Numa Escala Percentual (0-100)

4.2.1. Antes da intervenção

4.2.2. Depois da intervenção

4.3. Nas Categorias de Sobrecarga

4.4. Na Escala Original de 1-5

4.4.1. Antes da intervenção

4.4.2. Depois da intervenção

5. Objetivos

5.1. Avaliação do nível de sobrecarga dos cuidadores informais, medido pela ESC e respetivos fatores, antes e depois da Intervenção

5.1.1. Categorias de Sobrecarga

5.1.2. Na Escala Original de 1-5

1. Métodos estatísticos utilizados

A explicação detalhada dos métodos estatísticos utilizados, teve por base a consulta em Maroco (2011) e Pestana & Gageiro (2014).

1.1. Estatística Descritiva

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências das distribuições de valores verificadas. As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas, enquanto que as variáveis quantitativas foram analisadas a partir das escalas criadas, apresentando-se algumas estatísticas relevantes, abordadas por Guimarães e Cabral (2010), como a média (para as questões numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior ao seu ponto intermédio), o desvio padrão que representa a dispersão absoluta, o coeficiente de variação que ilustra a dispersão relativa, os valores mínimos e máximos observados.

1.2. Análise de consistência interna de escalas

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e a partir das questões que as integram, de acordo com Anastasis (1990) e DeVellis (1991). O Alfa de Cronbach é o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas, medindo a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Um valor do coeficiente de consistência interna medido pelo Alfa de Cronbach superior a 0,80 é considerado adequado, e um coeficiente de consistência interna entre 0,60 e 0,80 é considerado como aceitável, de acordo com Muñiz (2003), Muñiz *et al.* (2005) e Nunnally (1978).

1.3. Teste t para amostras emparelhadas

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências

Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%. A utilização do teste paramétrico t de Student para amostras emparelhadas é abordada por Maroco (2011, p. 367-371) e do teste não paramétrico do Sinal de Wilcoxon para amostras emparelhadas encontra-se também em Maroco (2011, p. 412-419). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ainda ser encontrada em Maroco (2011, p. 185-195).

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov), que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal. O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

H_0 : A variável quantitativa segue uma distribuição normal.

H_1 : A variável quantitativa não segue uma distribuição normal.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 , o que não se verificaria se o valor de prova fosse inferior a 5%, implicando a rejeição da hipótese nula. Nesses casos, o teste paramétrico precisaria de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente. Nos casos em análise verifica-se sempre este pressuposto, pelo que o teste paramétrico pode ser utilizado.

Para avaliar as diferenças entre uma variável quantitativa, em dois momentos de avaliação, deve utilizar-se o teste paramétrico t para amostras emparelhadas, pois os elementos da amostra que são estudados nos dois momentos são os mesmos, o que permite colocar as seguintes hipóteses:

H_0 : A média das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos é nula (igual a zero).

H_1 : A média das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos não é nula (é diferente de zero).

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas. Quando o valor de prova do teste t é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas.

2. Análise Descritiva

A amostra é constituída por oito elementos com respostas válidas à Escala de Sobrecarga nos dois momentos da sua aplicação.

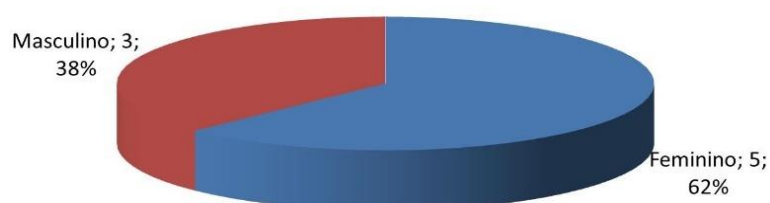
2.1. Primeira Parte – Informação sobre o cuidador informal

2.1.1. Caracterização do Cuidador

Tabela de frequências: 1. Sexo

	N	%
Feminino	5	62,5
Masculino	3	37,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 1. Sexo

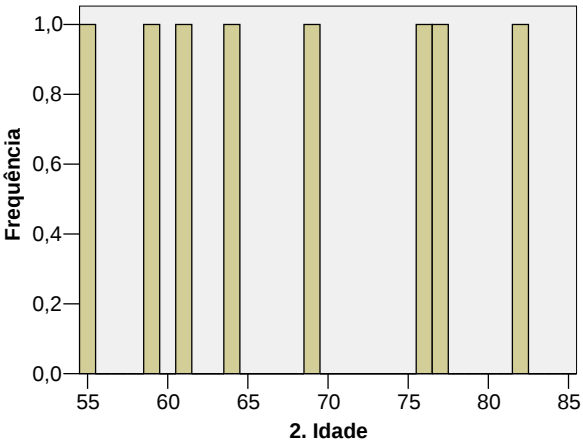


Na amostra, 62,5% (5 elementos) são do sexo feminino e os restantes 37,5% (3 elementos) são do sexo masculino.

Tabela de frequências: 2. Idade

	N	%
55	1	12,5
59	1	12,5
61	1	12,5
64	1	12,5
69	1	12,5
76	1	12,5
77	1	12,5
82	1	12,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 2. Idade



Na amostra, as idades apresentam as frequências ilustradas.

Estatísticas: 2. Idade

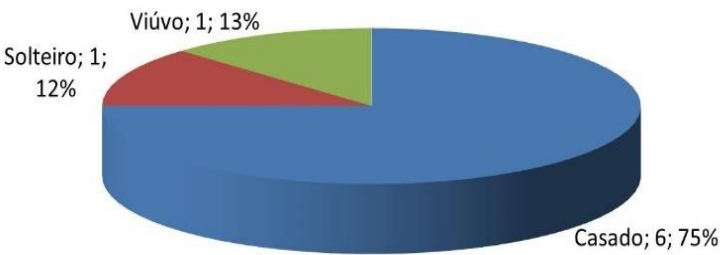
		Desvio		Coef.		
	N	Média	Padrão	Variação	Mínimo	Máximo
2. Idade	8	67,9	9,7	14%	55	82

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 67,9 anos com uma dispersão de valores de 14%, variando entre o mínimo de 55 anos e o máximo de 82 anos.

Tabela de frequências: 3. Estado Civil

	N	%
Casado	6	75,0
Solteiro	1	12,5
Viúvo	1	12,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 3. Estado Civil



Na amostra, 75,0% (6 elementos) são casados, 12,5% (um elemento) é solteiro e 12,5% (um elemento) é viúvo.

Tabela de frequências: 4. Habilitações literárias

	N	%
Primeiro ciclo	3	37,5
3º ciclo	1	12,5
Ensino secundário	4	50,0
Total	8	100,0

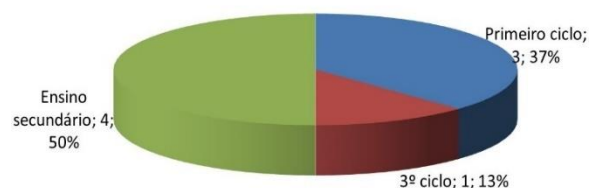


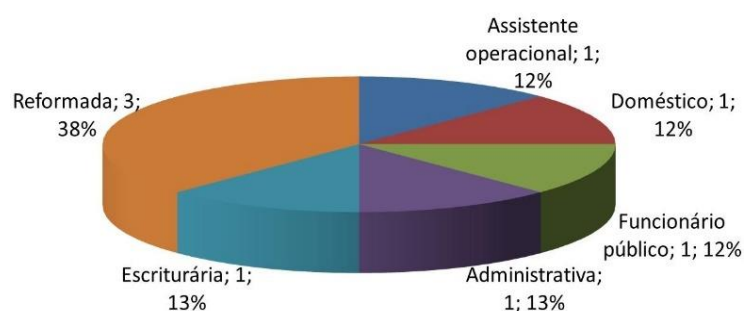
Gráfico de frequências: 4. Habilitações literárias

Na amostra, 37,5% (3 elementos) têm o primeiro ciclo, 12,5% (1 elemento) tem o terceiro ciclo e 50,0% (4 elementos) têm ensino secundário.

Tabela de frequências: 5. Profissão Atual

	N	%
Assistente operacional	1	12,5
Doméstico	1	12,5
Funcionário público	1	12,5
Administrativa	1	12,5
Escriturária	1	12,5
Reformada	3	37,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 5. Profissão Atual



Na amostra, 37,5% (3 elementos) são reformados e as profissões Assistente operacional, Doméstico, Funcionário público, Administrativa e Escriturária verificam-se para 12,5% (1 elemento) cada.

Tabela de frequências: Caracterização do Cuidador (resumo)

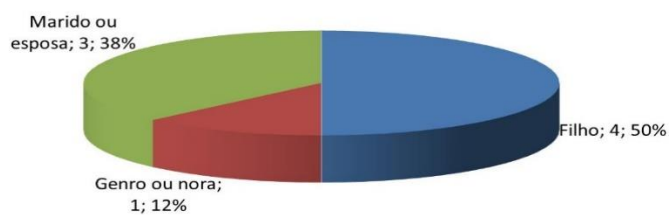
		N	%
1. Sexo	Feminino	5	62,5
	Masculino	3	37,5
2. Idade	55	1	12,5
	59	1	12,5
	M=67,9	1	12,5
	DP=9,7	1	12,5
	64	1	12,5
	69	1	12,5
	76	1	12,5
	77	1	12,5
	82	1	12,5
3. Estado Civil	Casado	6	75,0
	Solteiro	1	12,5
	Viúvo	1	12,5
4. Habilitações literárias	Primeiro ciclo	3	37,5
	3º ciclo	1	12,5
	Ensino secundário	4	50,0
5. Profissão Atual	Assistente operacional	1	12,5
	Doméstico	1	12,5
	Funcionário público	1	12,5
	Administrativa	1	12,5
	Escriturária	1	12,5
	Reformada	3	37,5
Total		8	100,0

2.1.2. Relação com a pessoa a quem presta cuidados

Tabela de frequências: 6. Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados

	N	%
Filho	4	50,0
Genro ou nora	1	12,5
Marido ou esposa	3	37,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 6. Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados

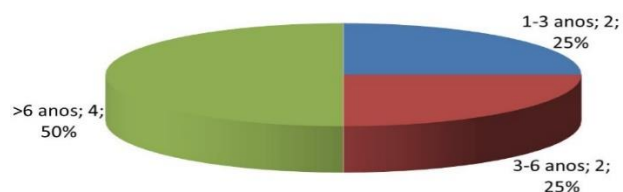


Na amostra, 50,0% (4 elementos) são cuidadores do filho, 37,5% (3 elementos) são cuidadores de marido ou esposa e 12,5% (1 elemento) é cuidador de genro ou nora.

Tabela de frequências: 7. Há quanto tempo presta cuidados ao seu familiar devido à sua dependência

	N	%
1-3 anos	2	25,0
3-6 anos	2	25,0
>6 anos	4	50,0
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 7. Há quanto tempo presta cuidados ao seu familiar devido à sua dependência



Na amostra, relativamente há quanto tempo presta cuidados ao seu familiar devido à sua dependência, 25,0% (2 elementos) prestam há 1-3 anos, 25,0% (2 elementos) prestam há 3-6 anos e 50,0% (4 elementos) há mais de 6 anos.

Tabela de frequências: 8. Vive atualmente na mesma habitação do seu familiar

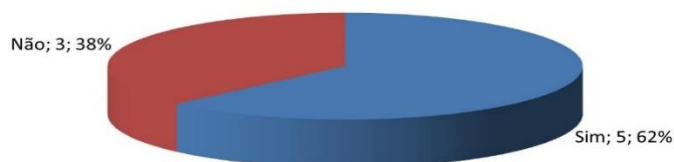
	N	%
Sim	8	100,0
Total	8	100,0

Na amostra, todos os elementos vivem atualmente na mesma habitação do seu familiar.

Tabela de frequências: 9. Vivia com o seu familiar antes do estado de dependência

	N	%
Sim	5	62,5
Não	3	37,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 9. Vivia com o seu familiar antes do estado de dependência

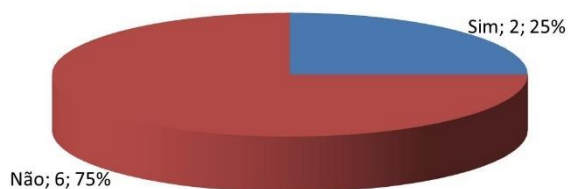


Na amostra, 62,5% (5 elementos) viviam com o seu familiar antes do estado de dependência e os restantes 37,5% (3 elementos) não viviam.

Tabela de frequências: 10. Alteração de residência pelo cuidador face à situação de dependência do seu familiar

	N	%
Sim	2	25,0
Não	6	75,0
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 10. Alteração de residência pelo cuidador face à situação de dependência do seu familiar



Na amostra, 75,0% (6 elementos) alteraram de residência face à situação de dependência do seu familiar e os restantes 25,0% (2 elementos) não alteraram.

Tabela de frequências: 11. Número de dias por semana que presta cuidados ao seu familiar

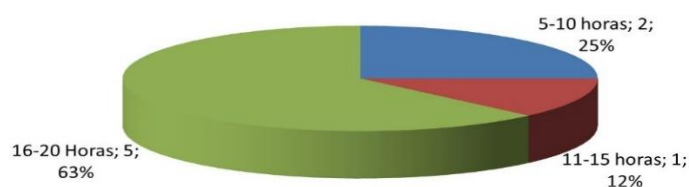
	N	%
7 dias	8	100,0
Total	8	100,0

Na amostra, todos os elementos prestam cuidados ao seu familiar sete dias por semana.

Tabela de frequências: 12. Número de horas por dia, que presta cuidados ao seu familiar

	N	%
5-10 horas	2	25,0
11-15 horas	1	12,5
16-20 Horas	5	62,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 12. Número de horas por dia, que presta cuidados ao seu familiar

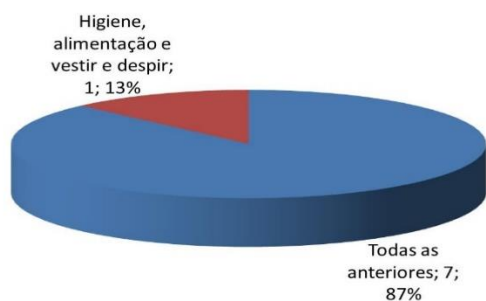


Na amostra, relativamente ao número de horas por dia que presta cuidados ao seu familiar, 25,0% (2 elementos) presta 5-10 horas, 12,5% (1 elemento) presta 11-15 horas e 62,5% (5 elementos) presta 16-20 horas.

Tabela de frequências: 13. Ajuda o seu familiar em que atividades

	N	%
Todas as anteriores	7	87,5
Higiene, alimentação e vestir e despir	1	12,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 13. Ajuda o seu familiar em que atividades



Na amostra, 87,5% (7 elementos) ajudam o seu familiar em todas as atividades (Higiene, Alimentação, Vestir e despir e Mobilização) e 12,5% (1 elemento) ajuda o seu familiar em Higiene, Alimentação e Vestir e despir.

Tabela de frequências: 14. Apoio que recebe - a) Apoio domiciliário

	N	%
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 14. Apoio que recebe - a) Apoio domiciliário

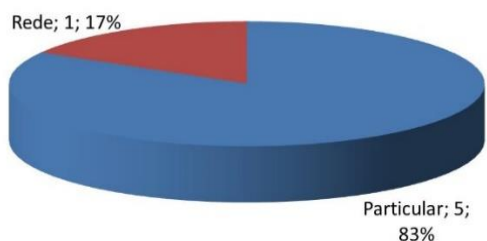


Na amostra, 75,0% (6 elementos) recebem apoio domiciliário e os restantes 25,0% (2 elementos) não recebem.

Tabela de frequências: a) Apoio domiciliário - Qual a rede de apoio

	N	%
Particular	5	83,3
Rede	1	16,7
Total	6	100,0

Gráfico de frequências: a) Apoio domiciliário - Qual a rede de apoio

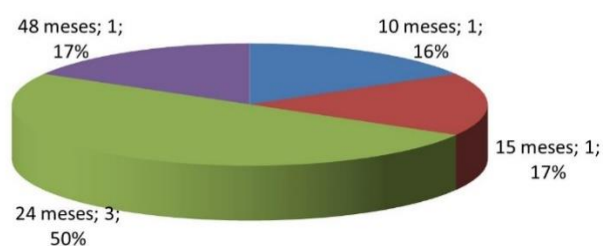


Na amostra dos seis elementos que recebem apoio domiciliário, 83,3% (5 elementos) recebem de particular e 16,7% (1 elemento) recebe da rede.

Tabela de frequências: a) Apoio domiciliário - Desde quando recebe esse apoio

	N	%
10 meses	1	16,7
15 meses	1	16,7
24 meses	3	50,0
48 meses	1	16,7
Total	6	100,0

Gráfico de frequências: a) Apoio domiciliário - Desde quando recebe esse apoio

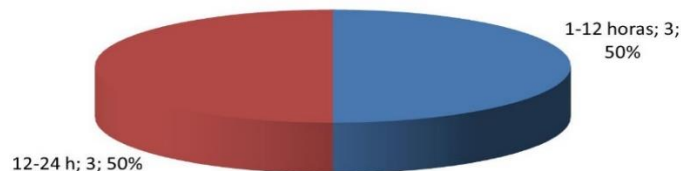


Na amostra dos seis elementos que recebem apoio domiciliário, relativamente há quanto tempo recebe esse apoio, 16,7% (1 elemento) recebe há 10 meses, 16,7% (1 elemento) recebe há 15 meses, 50,0% (3 elementos) recebem há 24 meses e 16,7% (1 elemento) recebe há 48 meses.

Tabela de frequências: a) Apoio domiciliário - Número de horas por semana que recebe apoio

	N	%
1-12 horas	3	50,0
12-24 h	3	50,0
Total	6	100,0

Gráfico de frequências: a) Apoio domiciliário - Número de horas por semana que recebe apoio

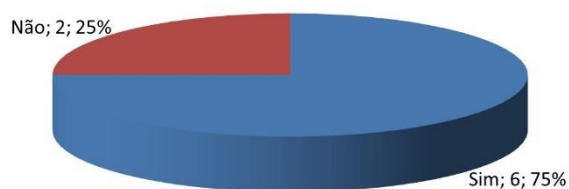


Na amostra dos seis elementos que recebem apoio domiciliário, relativamente ao número de horas por semana que recebe apoio, 50,0% (3 elementos) recebem 1-12 horas e 50,0% (3 elementos) recebem 12-24 horas.

Tabela de frequências: 14. Apoio que recebe - b) Apoio da família

	N	%
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 14. Apoio que recebe - b) Apoio da família

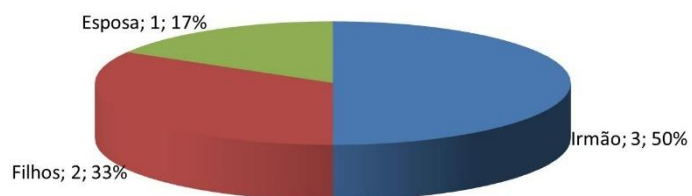


Na amostra, 75,0% (6 elementos) recebem apoio da família e os restantes 25,0% (2 elementos) não recebem.

Tabela de frequências: b) Apoio da família - Por quem

	N	%
Irmão	3	50,0
Filhos	2	33,3
Esposa	1	16,7
Total	6	100,0

Gráfico de frequências: b) Apoio da família - Por quem

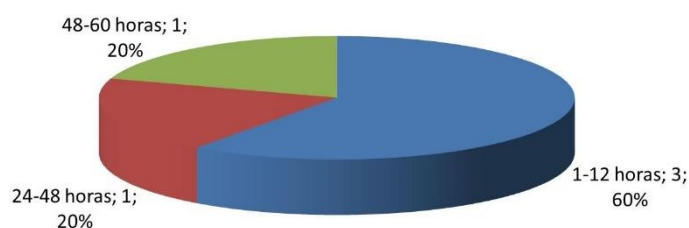


Na amostra dos seis elementos que recebem apoio da família, 50,0% (3 elementos) recebem de irmão, 33,3% (2 elementos) recebem de filhos e 16,7% (1 elemento) recebe de esposa.

Tabela de frequências: b) Apoio da família - Número de horas por semana que recebe apoio

	N	%
1-12 horas	3	60,0
24-48 horas	1	20,0
48-60 horas	1	20,0
Total	5	100,0

Gráfico de frequências: b) Apoio da família - Número de horas por semana que recebe apoio

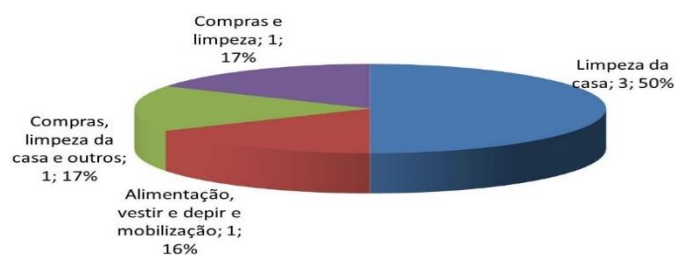


Na amostra dos seis elementos que recebem apoio da família, relativamente ao número de horas por semana que recebe apoio, 60,0% (3 elementos) recebem 1-12 horas, 20,0% (1 elemento) recebe 24-48 horas, 20,0% (1 elemento) recebe 48-60 horas e verifica-se uma não resposta.

Tabela de frequências: b) Apoio da família - Tipo de ajuda prestada por esses familiares

	N	%
Limpeza da casa	3	50,0
Alimentação, vestir e despir e mobilização	1	16,7
Compras, limpeza da casa e outros	1	16,7
Compras e limpeza	1	16,7
Total	6	100,0

Gráfico de frequências: b) Apoio da família - Tipo de ajuda prestada por esses familiares

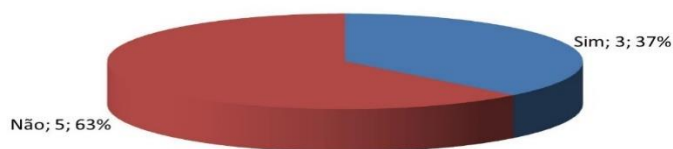


Na amostra dos seis elementos que recebem apoio da família, relativamente ao tipo de ajuda prestada por esses familiares, 50,0% (3 elementos) recebem para limpeza da casa, 16,7% (1 elemento) recebe para alimentação, vestir e despir e mobilização, 16,7% (1 elemento) recebe para compras, limpeza da casa e outros e 16,7% (1 elemento) recebe para compras e limpeza.

Tabela de frequências: 15. Tem a seu cargo, outras pessoas

	N	%
Sim	3	37,5
Não	5	62,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 15. Tem a seu cargo, outras pessoas



Na amostra, 37,5% (3 elementos) têm a seu cargo outras pessoas e 62,5% (5 elementos) não têm.

Tabela de frequências: Relação com a pessoa a quem presta cuidados (resumo)

		N	%
6. Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados	Filho	4	50,0
	Genro ou nora	1	12,5
	Marido ou esposa	3	37,5
7. Há quanto tempo presta cuidados ao seu familiar devido à sua dependência	1-3 anos	2	25,0
	3-6 anos	2	25,0
	>6 anos	4	50,0
8. Vive atualmente na mesma habitação do seu familiar	Não	0	0,0
	Sim	8	100,0
9. Vivía com o seu familiar antes do estado de dependência	Sim	5	62,5
	Não	3	37,5
10. Alteração de residência pelo cuidador face à situação de dependência do seu familiar	Sim	2	25,0
	Não	6	75,0
11. Número de dias por semana que presta cuidados ao seu familiar	7 dias	8	100,0
12. Número de horas por dia, que presta cuidados ao seu familiar	5-10 horas	2	25,0
	11-15 horas	1	12,5
	16-20 Horas	5	62,5
13. Ajuda o seu familiar em que atividades	Todas as anteriores	7	87,5
	Higiene, alimentação e vestir e despir	1	12,5
14. Apoio que recebe			
a) Apoio domiciliário	Sim	6	75,0
	Não	2	25,0
Qual a rede de apoio (N=6)	Particular	5	83,3
	Rede	1	16,7
Desde quando recebe esse apoio (N=6)	10 meses	1	16,7
	15 meses	1	16,7
	24 meses	3	50,0

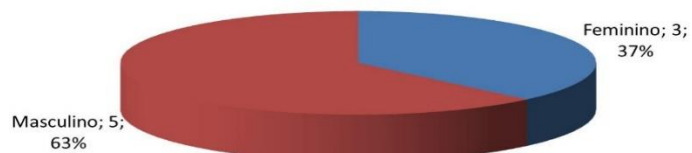
	48 meses	1	16,7
Número de horas por semana	1-12 horas	3	50,0
que recebe apoio (N=6)	12-24 h	3	50,0
b) Apoio da família	Sim	6	75,0
	Não	2	25,0
Por quem (N=6)	Irmão	3	50,0
	Filhos	2	33,3
	Esposa	1	16,7
Número de horas por semana	1-12 horas	3	60,0
que recebe apoio (N=5)	24-48 horas	1	20,0
	48-60 horas	1	20,0
Tipo de ajuda prestada por	Limpeza da casa	3	50,0
esses familiares (N=6)	Alimentação, vestir e despir e mobilização	1	16,7
	Compras, limpeza da casa e outros	1	16,7
	Compras e limpeza	1	16,7
15. Tem a seu cargo, outras pessoas	Sim	3	37,5
	Não	5	62,5
	Total	8	100,0

2.2. Segunda Parte – Informação sobre o utente idoso com Dependência

Tabela de frequências: 1. Sexo

	N	%
Feminino	3	37,5
Masculino	5	62,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 1. Sexo

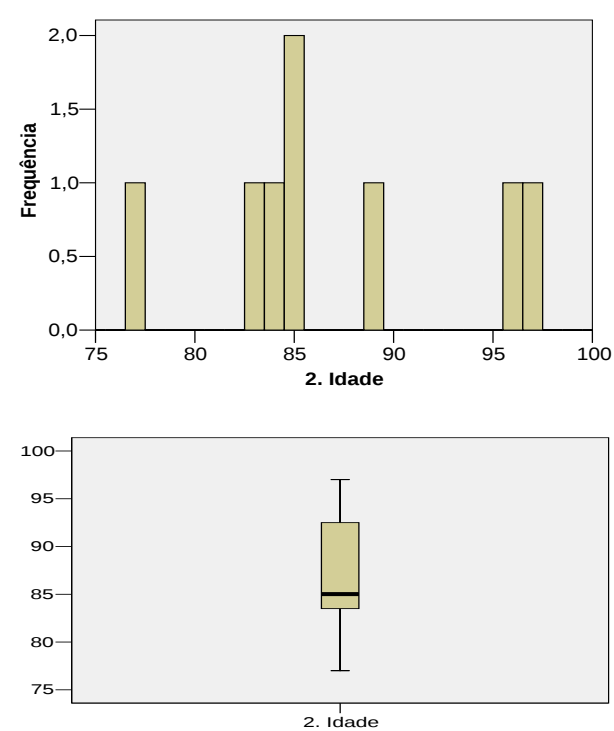


Na amostra, 37,5% (3 elementos) são do sexo feminino e os restantes 62,5% (5 elementos) são do sexo masculino.

Tabela de frequências: 2. Idade

	N	%
77	1	12,5
83	1	12,5
84	1	12,5
85	2	25,0
89	1	12,5
96	1	12,5
97	1	12,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 2. Idade



Na amostra, as idades apresentam as frequências ilustradas.

Estatísticas: 2. Idade

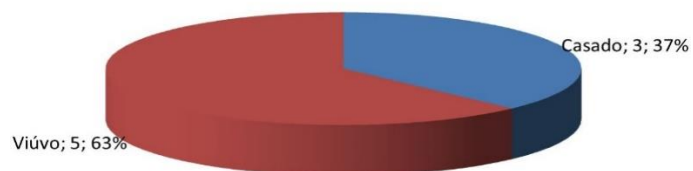
		Desvio		Coef.		
	N	Média	Padrão	Variação	Mínimo	Máximo
2. Idade	8	87,0	6,7	8%	77	97

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 87,0 anos com uma dispersão de valores de 8%, variando entre o mínimo de 77 anos e o máximo de 97 anos.

Tabela de frequências: 3. Estado Civil

	N	%
Casado	3	37,5
Viúvo	5	62,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 3. Estado Civil

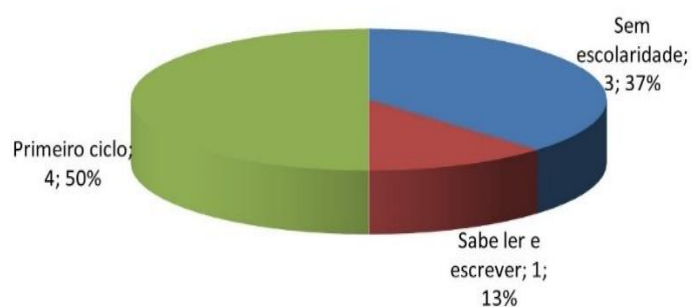


Na amostra, 37,5% (3 elementos) são casados e 62,5% (5 elementos) são viúvos.

Tabela de frequências: 4. Habilitações literárias

	N	%
Sem escolaridade	3	37,5
Sabe ler e escrever	1	12,5
Primeiro ciclo	4	50,0
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 4. Habilitações literárias

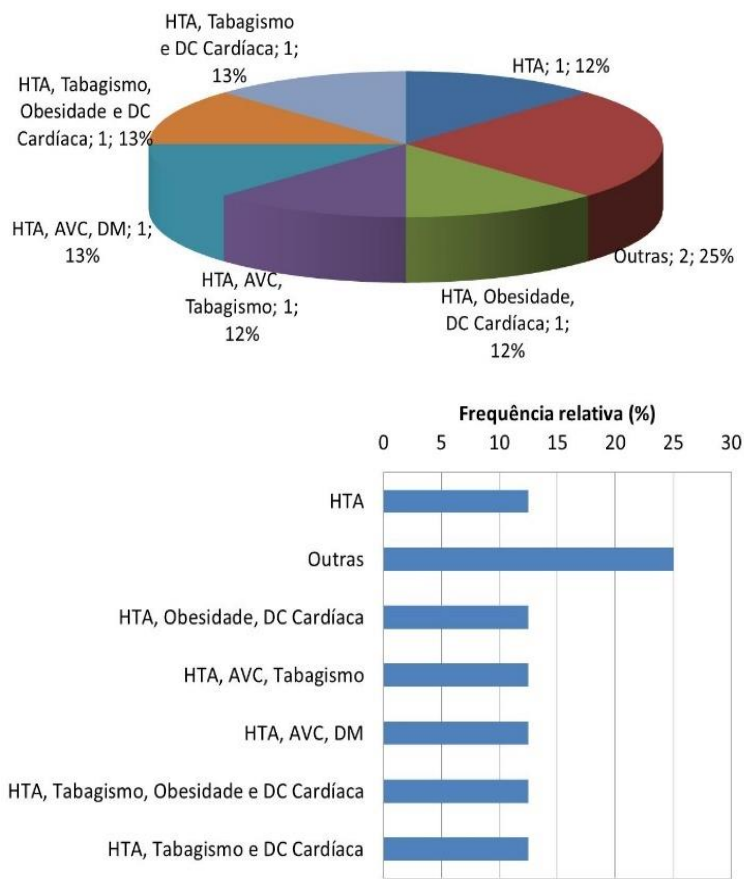


Na amostra, 37,5% (3 elementos) não têm escolaridade, 12,5% (1 elemento) sabe ler e escrever e 50,0% (4 elementos) têm o primeiro ciclo.

Tabela de frequências: 6. Antecedentes pessoais

	N	%
HTA	1	12,5
Outras	2	25,0
HTA, Obesidade, DC Cardíaca	1	12,5
HTA, AVC, Tabagismo	1	12,5
HTA, AVC, DM	1	12,5
HTA, Tabagismo, Obesidade e DC Cardíaca	1	12,5
HTA, Tabagismo e DC Cardíaca	1	12,5
Total	8	100,0

Gráfico de frequências: 6. Antecedentes pessoais

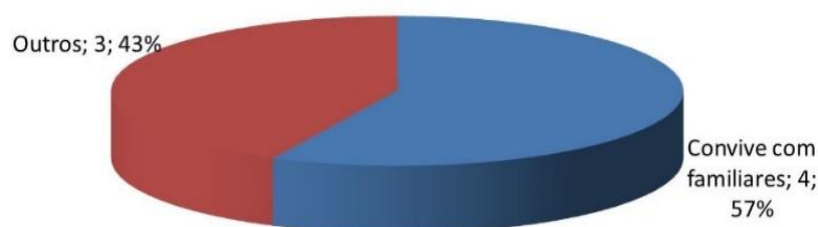


Na amostra, os antecedentes HTA; HTA, Obesidade, DC Cardíaca; HTA, AVC, Tabagismo; HTA, AVC, DM; HTA, Tabagismo, Obesidade e DC Cardíaca; e HTA, Tabagismo e DC Cardíaca verificam-se para 12,5% (1 elemento) cada e 25,0% (2 elementos) apresentam outras.

Tabela de frequências: 7. Situação Social

	N	%
Convive com familiares	4	57,1
Outros	3	42,9
Total	7	100,0

Gráfico de frequências: 7. Situação Social



Na amostra, relativamente à situação social, 57,1% (4 elementos) convivem com outros familiares e 42,9% (3 elementos) convivem com outros, verificando-se um valor omissivo.

Tabela de frequências: Informação sobre o utente idoso com Dependência (resumo)

		N	%
1. Sexo	Feminino	3	37,5
	Masculino	5	62,5
2. Idade	77	1	12,5
	83	1	12,5
	M=87,0	1	12,5
	DP=6,7	2	25,0
	89	1	12,5
	96	1	12,5
	97	1	12,5
3. Estado Civil	Casado	3	37,5
	Viúvo	5	62,5
4. Habilitações literárias	Sem escolaridade	3	37,5
	Sabe ler e escrever	1	12,5
	Primeiro ciclo	4	50,0
6. Antecedentes pessoais	HTA	1	12,5
	Outras	2	25,0
	HTA, Obesidade, DC Cardíaca	1	12,5
	HTA, AVC, Tabagismo	1	12,5
	HTA, AVC, DM	1	12,5
	HTA, Tabagismo, Obesidade e DC Cardíaca	1	12,5
	HTA, Tabagismo e DC Cardíaca	1	12,5
7. Situação Social	Convive com familiares	4	57,1
	(N=7) Outros	3	42,9
Total		8	100,0

ÍNDICE DE BARTHEL (Adaptado por Sequeira, 2007)

Caraterização do nível de independência do idoso através das dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. (Índice de Barthel retirado do Programa Sclínico)

Gráfico do Índice de Barthel

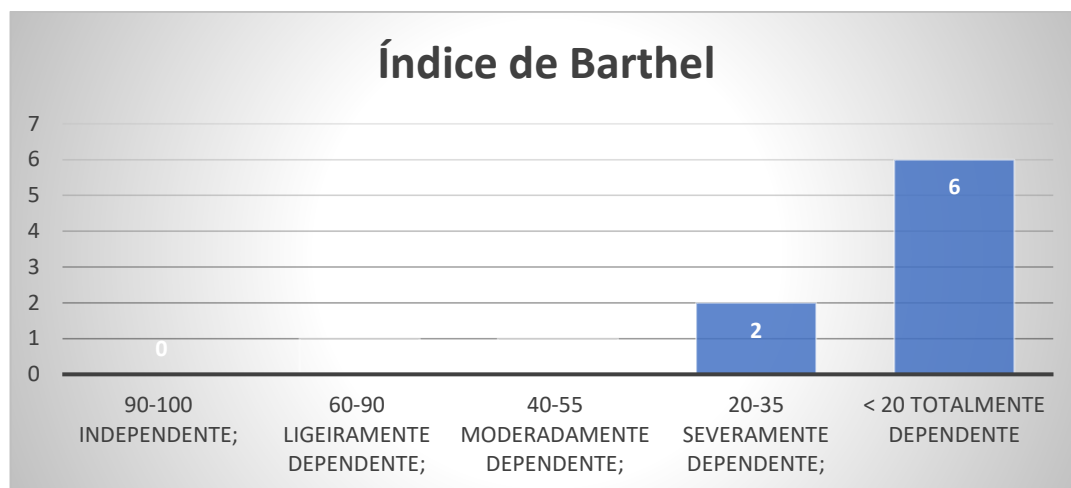


Tabela do Índice de Barthel

ÍNDICE / Idosos (nº Inquérito)	2	3	4	5	8	9	12	13	TOTAL
90-100 Independente;									0
60-90 Ligeiramente dependente;									0
40-55 Moderadamente dependente;									0
20-35 Severamente dependente;			30				30		2
< 20 Totalmente dependente	0	10		0	10	5		0	6

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007)

Caraterização do nível de independência da pessoa idosa para a realização das oito atividades instrumentais (AIVD): usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro.

Gráfico do Índice de Lawton-Brody

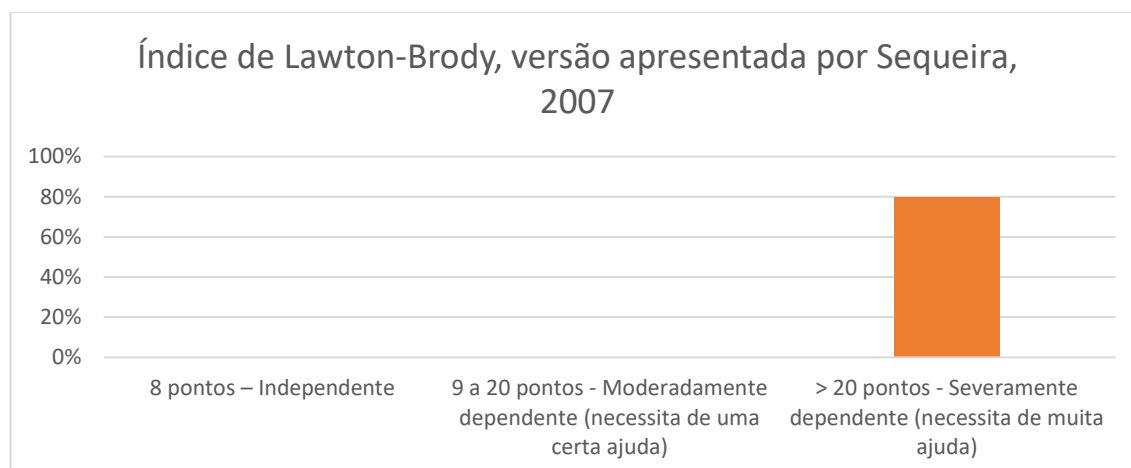


Tabela do Índice de Lawton-Brody

ÍNDICE / Idosos (nº Inquérito)	2	3	4	5	8	9	12	13	TOTAL
8 pontos – Independente									0
9 a 20 pontos - Moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda)									0
> 20 pontos - Severamente dependente (necessita de muita ajuda)	30	28	30	30	30	30	24	30	8

AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO

Tem por base as questões presentes no Instrumento de Avaliação Integrada da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados- RNCCI, centrando o estudo apenas nas questões que permitem avaliar a orientação temporal e espacial. Conclui-se após análise dos dados que, 5 idosos apresentam estado cognitivo mau, 1 com estado cognitivo insatisfatório e 4 com estado cognitivo satisfatório.

Gráfico 17 - AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO

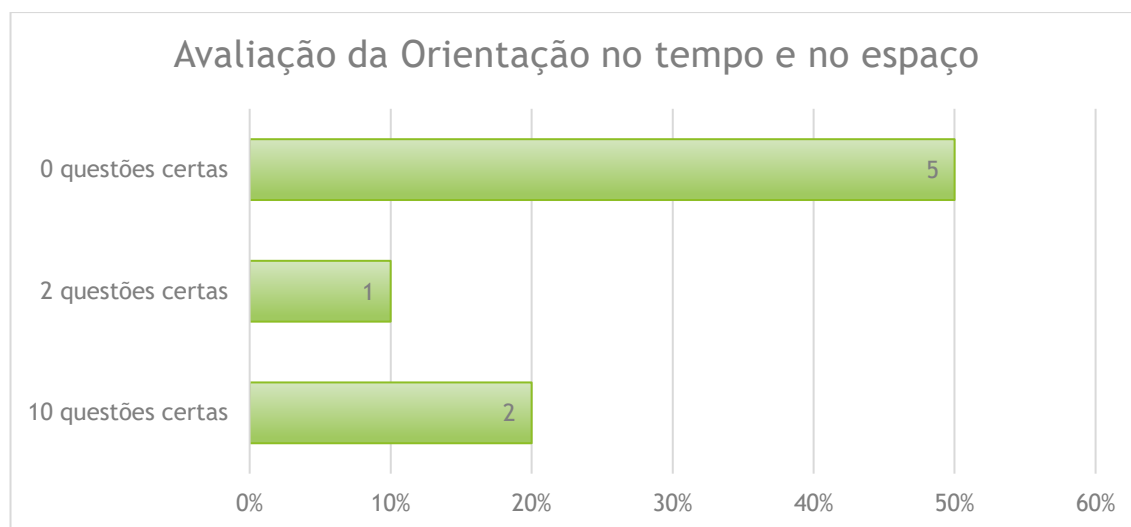


Tabela de AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO

ÍNDICE / Idosos (nº Inquérito)	2	3	4	5	8	9	12	13	TOTAL
10 questões certas		X					X		2
2 questões certas			X						1
0 questões certas	X			X	X	X		X	5

Legenda:

0 – 0,9 Mau
 1 – 1,9 Insatisfatório
 2 – 2,9 Satisfatório
 3 – 3 Bom

5 - Idosos com Estado cognitivo mau

1 – Idoso com Estado cognitivo insatisfatório

2 - Idosos com Estado cognitivo satisfatório

2.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador

2.3.1. Antes da intervenção

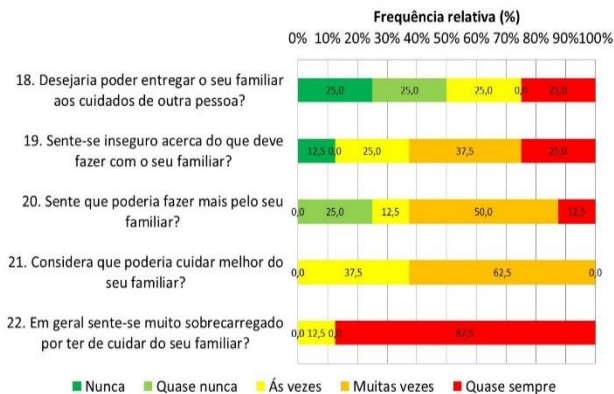
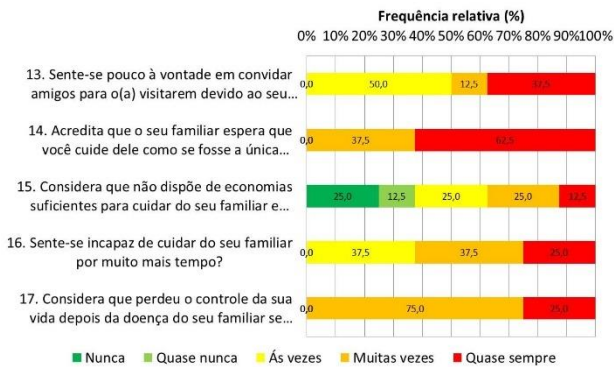
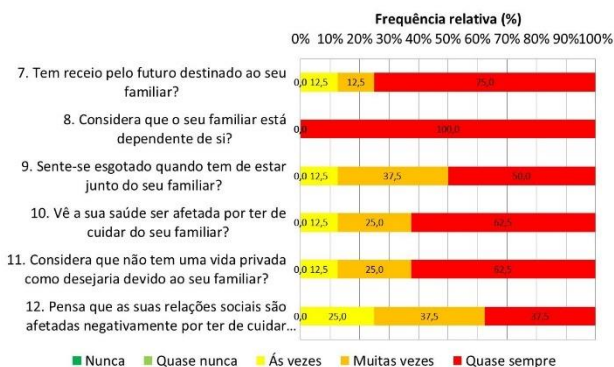
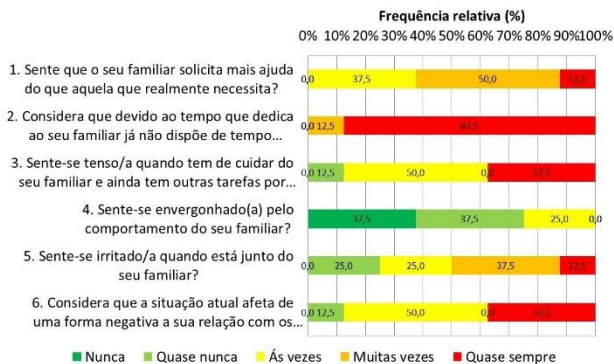
Tabela de frequências: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					3	37,5%	4	50,0%	1	12,5%
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?							1	12,5%	7	87,5%
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?			1	12,5%	4	50,0%			3	37,5%
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	3	37,5%	3	37,5%	2	25,0%				
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?			2	25,0%	2	25,0%	3	37,5%	1	12,5%
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			1	12,5%	4	50,0%			3	37,5%
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					1	12,5%	1	12,5%	6	75,0%
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?									8	100,0%
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					1	12,5%	3	37,5%	4	50,0%
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					1	12,5%	2	25,0%	5	62,5%
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					1	12,5%	2	25,0%	5	62,5%
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					2	25,0%	3	37,5%	3	37,5%
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					4	50,0%	1	12,5%	3	37,5%
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?							3	37,5%	5	62,5%
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2	25,0%	1	12,5%	2	25,0%	2	25,0%	1	12,5%

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					3	37,5%	3	37,5%	2	25,0%
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?							6	75,0%	2	25,0%
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	2	25,0%	2	25,0%	2	25,0%			2	25,0%
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	12,5%			2	25,0%	3	37,5%	2	25,0%
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			2	25,0%	1	12,5%	4	50,0%	1	12,5%
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					3	37,5%	5	62,5%		
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					1	12,5%			7	87,5%

Escala de medida: 1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; 5- Quase sempre.

Gráfico de frequências: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)

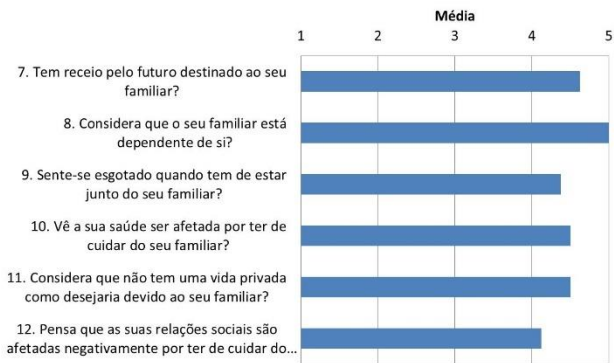
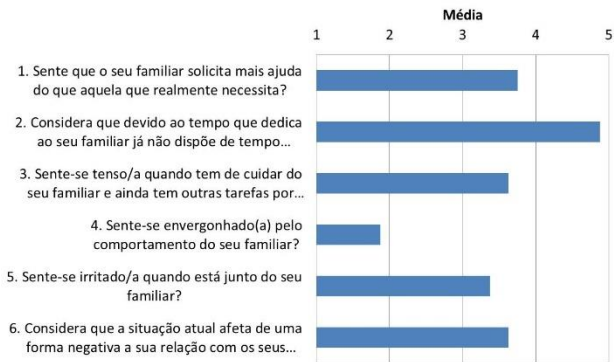


Estatísticas: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	8	3,75	0,71	19%	3	5
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	8	4,88	0,35	7%	4	5
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	8	3,63	1,19	33%	2	5
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	8	1,88	0,83	45%	1	3
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	8	3,38	1,06	31%	2	5
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	8	3,63	1,19	33%	2	5
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	8	4,63	0,74	16%	3	5
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?	8	5,00	0,00	0%	5	5
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	8	4,38	0,74	17%	3	5
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	8	4,50	0,76	17%	3	5
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	8	4,50	0,76	17%	3	5
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	8	4,13	0,83	20%	3	5
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	8	3,88	0,99	26%	3	5
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	8	4,63	0,52	11%	4	5
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	8	2,88	1,46	51%	1	5
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	8	3,88	0,83	22%	3	5
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	8	4,25	0,46	11%	4	5
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	8	2,75	1,58	57%	1	5
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	8	3,63	1,30	36%	1	5
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	8	3,50	1,07	31%	2	5
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	8	3,63	0,52	14%	3	4
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	8	4,75	0,71	15%	3	5

Escala de medida: 1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; 5- Quase sempre.

Gráfico de médias: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)



Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a frequência é superior para “8. Considera que o seu familiar está dependente de si?” (M=5,00), seguido de “2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?” (M=4,88), de “22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?” (M=4,75), e depois de “7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?” (M=4,63) e “14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?” (M=4,63); sendo inferior para “15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?” (M=2,88) e “18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?” (M=2,75) e ainda mais para “4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?” (M=1,88), únicos itens com uma frequência média inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

2.3.2. Depois da intervenção

Tabela de frequências: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)

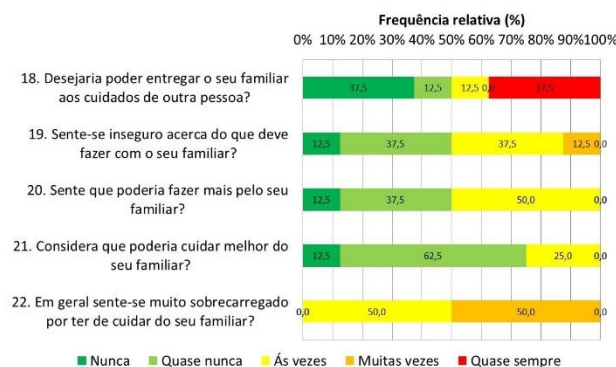
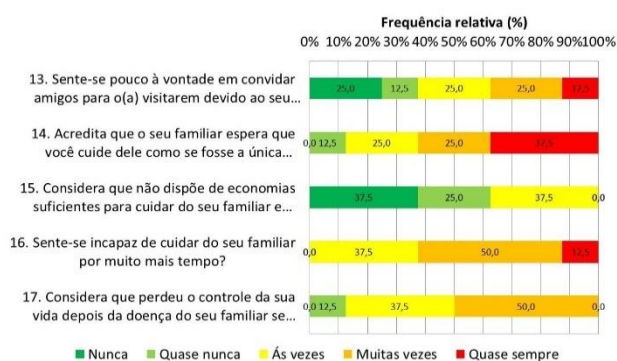
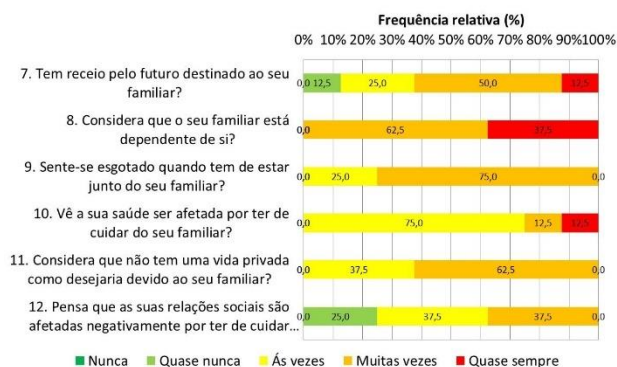
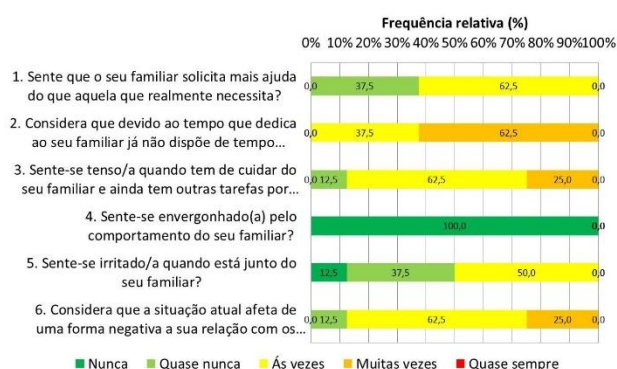
	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			3	37,5	5	62,5				
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					3	37,5	5	62,5		
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?			1	12,5	5	62,5	2	25,0		
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	8	100,0								
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1	12,5	3	37,5	4	50,0				
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			1	12,5	5	62,5	2	25,0		
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			1	12,5	2	25,0	4	50,0	1	12,5
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?							5	62,5	3	37,5
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					2	25,0	6	75,0		
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					6	75,0	1	12,5	1	12,5
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					3	37,5	5	62,5		
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			2	25,0	3	37,5	3	37,5		
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	2	25,0	1	12,5	2	25,0	2	25,0	1	12,5
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			1	12,5	2	25,0	2	25,0	3	37,5
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	3	37,5 %	2	25,0 %	3	37,5 %				
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					3	37,5 %	4	50,0 %	1	12,5 %
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			1	12,5 %	3	37,5 %	4	50,0 %		
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	3	37,5 %	1	12,5 %	1	12,5 %			3	37,5 %
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	12,5 %	3	37,5 %	3	37,5 %	1	12,5 %		

Tabela de frequências: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	12,5	3	37,5	4	50,0				
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	12,5	5	62,5	2	25,0				
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					4	50,0	4	50,0		

Escala de medida: 1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; 5- Quase sempre.

Gráfico de frequências: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)

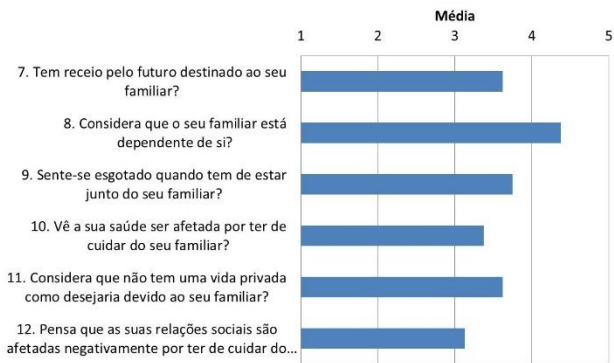
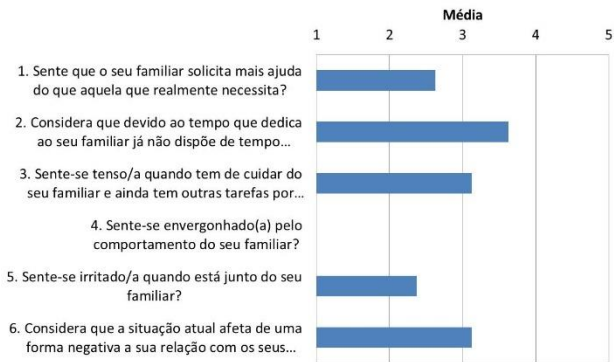


Estatísticas: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.		
				Variação	Mínimo	Máximo
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	8	2,63	0,52	20%	2	3
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	8	3,63	0,52	14%	3	4
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	8	3,13	0,64	21%	2	4
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	8	1,00	0,00	0%	1	1
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	8	2,38	0,74	31%	1	3
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	8	3,13	0,64	21%	2	4
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	8	3,63	0,92	25%	2	5
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?	8	4,38	0,52	12%	4	5
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	8	3,75	0,46	12%	3	4
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	8	3,38	0,74	22%	3	5
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	8	3,63	0,52	14%	3	4
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	8	3,13	0,83	27%	2	4
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	8	2,88	1,46	51%	1	5
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	8	3,88	1,13	29%	2	5
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	8	2,00	0,93	46%	1	3
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	8	3,75	0,71	19%	3	5
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	8	3,38	0,74	22%	2	4
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	8	2,88	1,89	66%	1	5
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	8	2,50	0,93	37%	1	4
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	8	2,38	0,74	31%	1	3
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	8	2,13	0,64	30%	1	3
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	8	3,50	0,53	15%	3	4

Escala de medida: 1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; 5- Quase sempre.

Gráfico de médias: Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)



Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a frequência é superior para “8. Considera que o seu familiar está dependente de si?” ($M=4,38$), seguido de “14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?” ($M=3,88$) e depois de “9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?” ($M=3,75$) e “16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?” ($M=3,75$); sendo inferior para “21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?” ($M=2,13$), seguido de “15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?” ($M=2,00$) e ainda mais para “4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?” ($M=1,00$). Podemos ainda constatar que sensivelmente metade dos itens apresentam uma frequência média inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

3. Análise de consistência interna da Escala de Sobrecarga do Cuidador

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “nunca” e “quase sempre”. É constituída por 22 itens, os quais se organizam em 4 Fatores.

Escala de Sobrecarga do Cuidador

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

Consistência interna: Escala de Sobrecarga do Cuidador

	N Itens	Alfa de Cronbach
Escala Global	22	0,903
Impacto da prestação de cuidados	11	0,856
Relação interpessoal	5	0,658
Expectativas face ao cuidar	4	0,705
Perceção da auto-eficácia	2	0,913

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80 para a Escala Global e para os Fatores “Impacto da prestação de cuidados” e “Perceção da auto-eficácia”, pelo que os itens integrantes da escala e de cada fator medem de forma adequada os respetivos conceitos; o valor do Alfa de Cronbach está entre 0,60 e 0,80 para os Fatores “Relação interpessoal” e “Expectativas face ao cuidar”, pelo que os itens integrantes destes fatores medem de forma aceitável os respetivos conceitos. Portanto, podemos considerar que a Escala e respetivos Fatores apresentam consistência interna, pelo que podemos passar a analisar cada um deles globalmente.

4. Análise Descritiva da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Para a Escala Global e para cada um dos seus fatores, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da soma das respostas aos itens que as constituem. Assim sendo, na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, em que para a Escala Global são utilizados depois os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

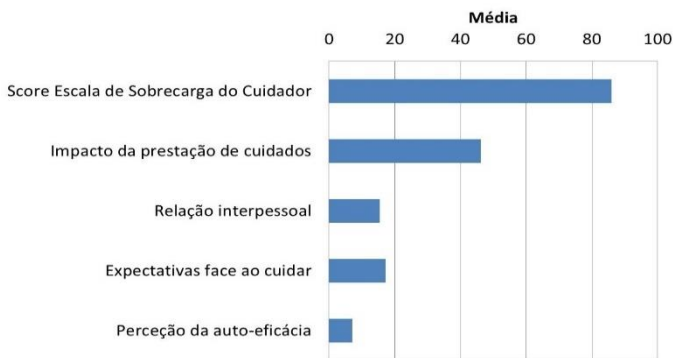
4.1. Nas Escalas de Medida

4.1.1. Antes da intervenção

Estatísticas: Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.		Mínimo	Máximo
				Variação			
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	8	86,0	8,1	9%		75	100
Impacto da prestação de cuidados	8	46,3	4,0	9%		39	52
Relação interpessoal	8	15,5	4,0	26%		9	21
Expectativas face ao cuidar	8	17,1	1,4	8%		15	19
Perceção da auto-eficácia	8	7,1	1,6	22%		5	9

Gráfico de médias: Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)



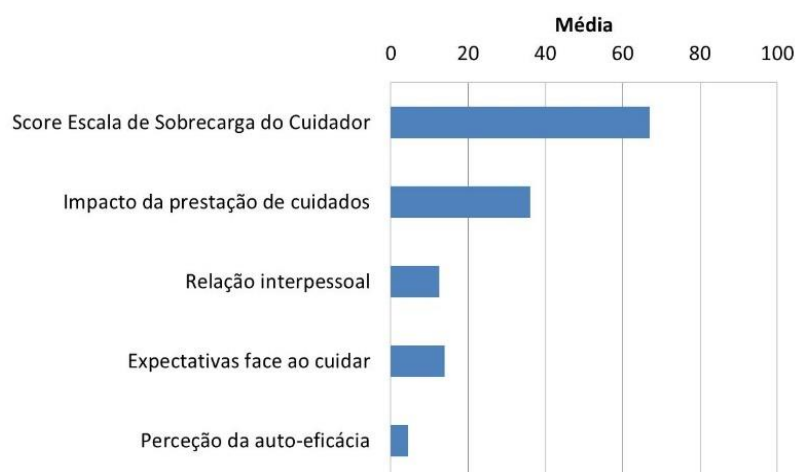
Antes da intervenção, o Score Global da Escala de Sobrecarga do Cuidador apresenta um valor médio $M=86,0$ (numa escala de 22-110) com uma dispersão de 9%, variando entre o mínimo de 75 e o máximo de 100; o fator “Impacto da prestação de cuidados” apresenta um valor médio $M=46,3$ (numa escala de 11-55) com uma dispersão de 9%, variando entre o mínimo de 39 e o máximo de 52; o fator “Relação interpessoal” apresenta um valor médio $M=15,5$ (numa escala de 5-25) com uma dispersão de 26%, variando entre o mínimo de 9 e o máximo de 21; o fator “Expectativas face ao cuidar” apresenta um valor médio $M=17,1$ (numa escala de 4-20) com uma dispersão de 8%, variando entre o mínimo de 15 e o máximo de 19; o fator “Perceção da auto-eficácia” apresenta um valor médio $M=7,1$ (numa escala de 2-10) com uma dispersão de 22%, variando entre o mínimo de 5 e o máximo de 9.

4.1.2. Depois da intervenção

Estatísticas: Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.	Mínimo	Máximo
				Variação		
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	8	67,0	7,5	11%	52	75
Impacto da prestação de cuidados	8	36,1	3,6	10%	30	41
Relação interpessoal	8	12,5	2,8	23%	7	16
Expectativas face ao cuidar	8	13,9	1,6	11%	11	16
Perceção da auto-eficácia	8	4,5	1,3	29%	2	6

Gráfico de médias: Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)



Depois da intervenção, o Score Global da Escala de Sobrecarga do Cuidador apresenta um valor médio $M=67,0$ (numa escala de 22-110) com uma dispersão de 11%, variando entre o mínimo de 52 e o máximo de 75; o fator “Impacto da prestação de cuidados” apresenta um valor médio $M=36,1$ (numa escala de 11-55) com uma dispersão de 10%, variando entre o mínimo de 30 e o máximo de 41; o fator “Relação interpessoal” apresenta um valor médio $M=12,5$ (numa escala de 5-25) com uma dispersão de 23%, variando entre o mínimo de 7 e o máximo de 16; o fator “Expectativas face ao cuidar” apresenta um valor médio $M=13,9$ (numa escala de 4-20) com uma dispersão de 11%, variando entre o mínimo de 11 e o máximo de 16; o fator “Perceção da auto-eficácia” apresenta um valor médio $M=4,5$ (numa escala de 2-10) com uma dispersão de 29%, variando entre o mínimo de 2 e o máximo de 6.

4.2. Numa Escala Percentual (0-100)

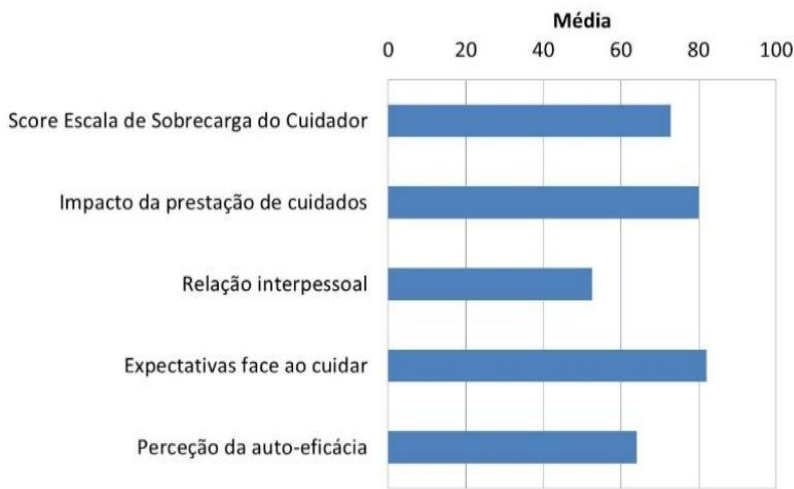
Para poderem ser diretamente comparada as estatísticas para a Escala e respetivos fatores, as escalas de medida foram convertidas numa Escala Percentual (0-100).

4.2.1. Antes da intervenção

Estatísticas: Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	8	72,7	9,3	13%	60	89
Impacto da prestação de cuidados	8	80,1	9,1	11%	64	93
Relação interpessoal	8	52,5	20,2	38%	20	80
Expectativas face ao cuidar	8	82,1	8,5	10%	69	94
Perceção da auto-eficácia	8	64,1	19,4	30%	38	88

Gráfico de médias: Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)



Antes da intervenção, o Score Global da Escala de Sobrecarga do Cuidador apresenta um valor médio $M=72,7\%$ (numa escala percentual) com uma dispersão de 13%, variando entre o mínimo de 60% e o máximo de 89%; o fator com mais sobrecarga é “Expectativas face ao cuidar” ($M=82,1\%$), logo seguido de “Impacto da prestação de cuidados” ($M=80,1\%$), depois de “Perceção da auto-eficácia” ($M=64,1\%$), e finalmente de “Relação interpessoal” ($M=52,5\%$), todos com valor médio superior ao ponto intermédio da escala.

4.2.2. Depois da intervenção

Estatísticas: Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	8	51,1	8,5	17%	34	60
Impacto da prestação de cuidados	8	57,1	8,1	14%	43	68
Relação interpessoal	8	37,5	14,1	38%	10	55
Expectativas face ao cuidar	8	61,8	9,7	16%	43,8	75
Perceção da auto-eficácia	8	31,3	16,4	52%	0	50

Gráfico de médias: Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)



Depois da intervenção, o Score Global da Escala de Sobrecarga do Cuidador apresenta um valor médio $M=51,1\%$ (numa escala percentual) com uma dispersão de 17%, variando entre o mínimo de 34% e o máximo de 60%; o fator com mais sobrecarga é “Expectativas face ao cuidar” ($M=61,8\%$), logo seguido de “Impacto da prestação de cuidados” ($M=57,1\%$), depois de “Relação interpessoal” ($M=37,5\%$), e finalmente de “Perceção da auto-eficácia” ($M=31,3\%$), os dois primeiros com valor médio superior ao ponto intermédio da escala e os dois últimos com valor médio inferior a esse ponto intermédio.

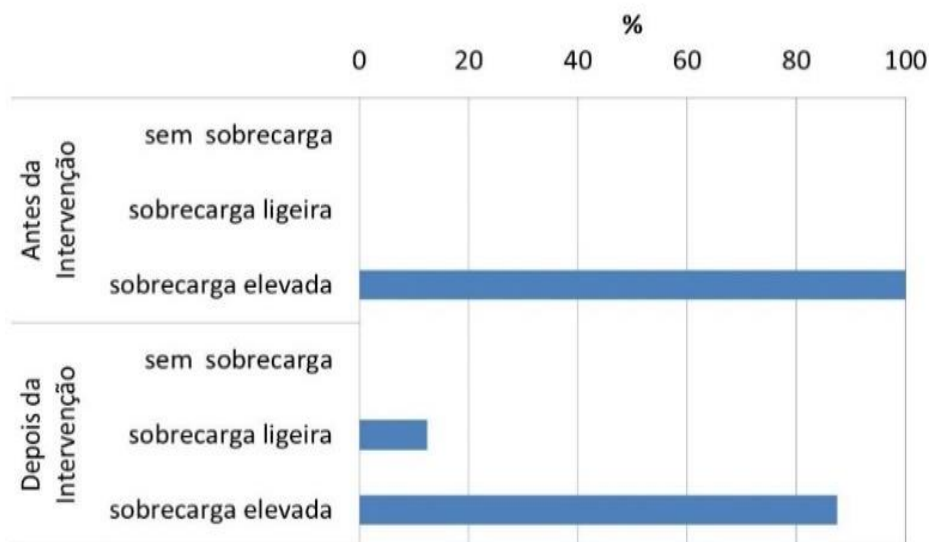
4.3. Nas Categorias de Sobrecarga

Sendo utilizados os pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa, para a Escala Global, Antes da Intervenção todos os cuidadores apresentam “sobrecarga elevada”, Depois da Intervenção um cuidador apresenta “sobrecarga ligeira” e todos os restantes apresentam “sobrecarga elevada”.

Tabela de frequências: Categorias de Sobrecarga

		N	%
Antes da Intervenção	sem sobrecarga		
	sobrecarga ligeira		
	sobrecarga elevada	8	100,0
Depois da Intervenção	sem sobrecarga		
	sobrecarga ligeira	1	12,5
	sobrecarga elevada	7	87,5
Total		8	100,0

Gráfico de frequências: Categorias de Sobrecarga do Cuidador (antes e depois da intervenção)



4.4. Na Escala Original de 1-5

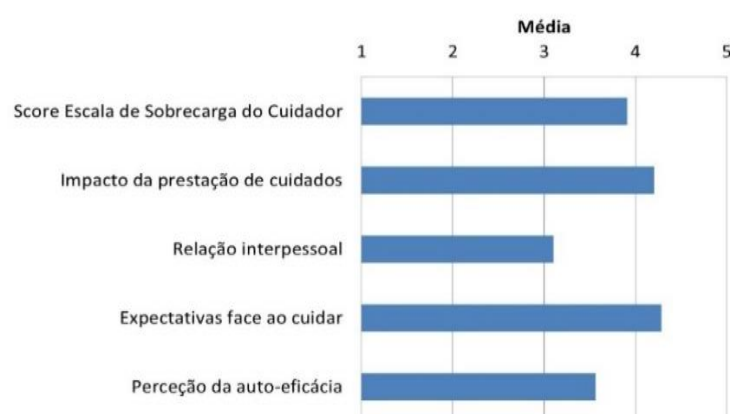
Para a Escala Global e para cada um dos seus fatores, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média das respostas aos itens que as constituem, podendo, portanto, variar entre 1-5.

4.1.1. Antes da intervenção

Estatísticas: Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)

	N	Média	Desvio		Coef. Variação	Mínimo	Máximo
			Padrão				
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	8	3,91	0,37		9%	3,41	4,55
Impacto da prestação de cuidados	8	4,21	0,36		9%	3,55	4,73
Relação interpessoal	8	3,10	0,81		26%	1,80	4,20
Expectativas face ao cuidar	8	4,28	0,34		8%	3,75	4,75
Perceção da auto-eficácia	8	3,56	0,78		22%	2,50	4,50

Gráfico de médias: Escala de Sobrecarga do Cuidador (antes da intervenção)



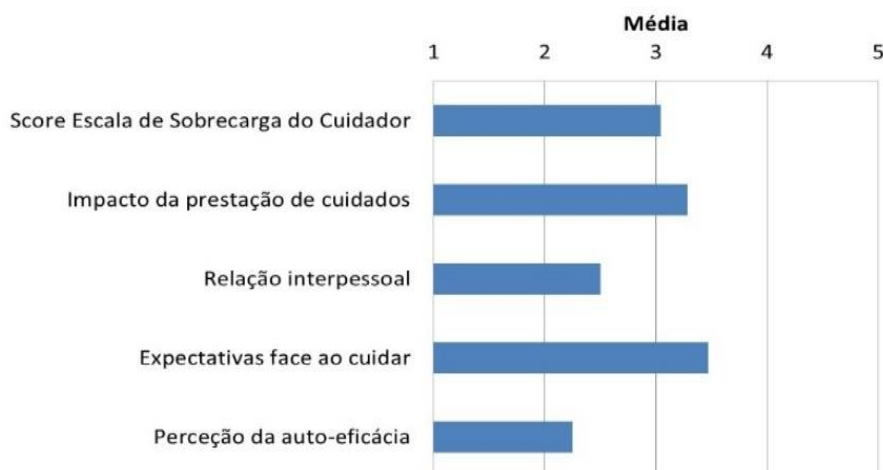
Antes da intervenção, o Score Global da Escala de Sobrecarga do Cuidador apresenta um valor médio $M=3,91$ (numa escala 1-5) com uma dispersão de 9%; o fator com mais sobrecarga é “Expectativas face ao cuidar” ($M=4,28$), logo seguido de “Impacto da prestação de cuidados” ($M=4,21$), depois de “Perceção da auto-eficácia” ($M=3,56$), e finalmente de “Relação interpessoal” ($M=3,10$), todos com valor médio superior ao ponto intermédio da escala.

4.4.2. Depois da intervenção

Estatísticas: Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.	Mínimo	Máximo
				Variação		
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	8	3,05	0,34	11%	2,36	3,41
Impacto da prestação de cuidados	8	3,28	0,32	10%	2,73	3,73
Relação interpessoal	8	2,50	0,57	23%	1,40	3,20
Expectativas face ao cuidar	8	3,47	0,39	11%	2,75	4,00
Perceção da auto-eficácia	8	2,25	0,65	29%	1,00	3,00

Gráfico de médias: Escala de Sobrecarga do Cuidador (depois da intervenção)



Depois da intervenção, o Score Global da Escala de Sobrecarga do Cuidador apresenta um valor médio $M=3,05$ (numa escala 1-5) com uma dispersão de 11%; o fator com mais sobrecarga é “Expectativas face ao cuidar” ($M=3,47$), seguido de “Impacto da prestação de cuidados” ($M=3,28$), depois de “Relação interpessoal” ($M=2,50$) e finalmente de “Perceção da auto-eficácia” ($M=2,25$), os dois primeiros com valor médio superior ao ponto intermédio da escala e os dois últimos com valor médio inferior a esse ponto intermédio.

**Apêndice VII - Avaliar se o Projeto de Intervenção Comunitária
teve como resultado o alívio da sobrecarga dos cuidadores
informais, (Antes para Depois da Intervenção Comunitária)**

5. Objetivos

5.1. Avaliar se o Projeto de Intervenção Comunitária teve como resultado o alívio da sobrecarga dos cuidadores informais, medido pela Escala de Sobrecarga e respetivos fatores, de Antes para Depois da Intervenção

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S, já explicado.

Teste K-S para verificação do pressuposto da normalidade.

		Kolmogorov-Smirnov Z	p
Antes da intervenção	Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	0,569	0,903
	Impacto da prestação de cuidados	0,457	0,985
	Relação interpessoal	0,568	0,904
	Expectativas face ao cuidar	0,681	0,743
	Perceção da auto-eficácia	0,957	0,319
Depois da intervenção	Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	0,577	0,893
	Impacto da prestação de cuidados	0,628	0,825
	Relação interpessoal	0,552	0,921
	Expectativas face ao cuidar	0,457	0,985
	Perceção da auto-eficácia	0,640	0,807

O valor de prova do teste K-S é superior a 5% para todas as variáveis em estudo, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, conclui-se que as Escalas e respetivos fatores cumprem o pressuposto da normalidade. Portanto, para avaliar as diferenças entre os dois momentos de avaliação, antes e depois da intervenção, utiliza-se o teste paramétrico t para amostras emparelhadas, com os seguintes resultados.

Estatísticas e Teste t para amostras emparelhadas.

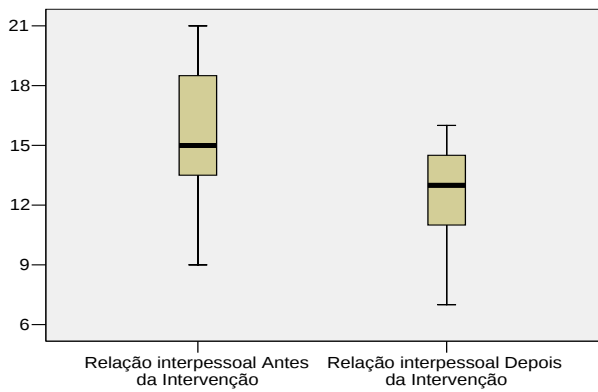
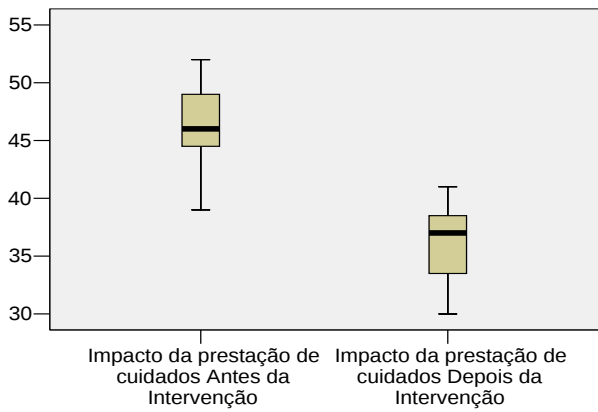
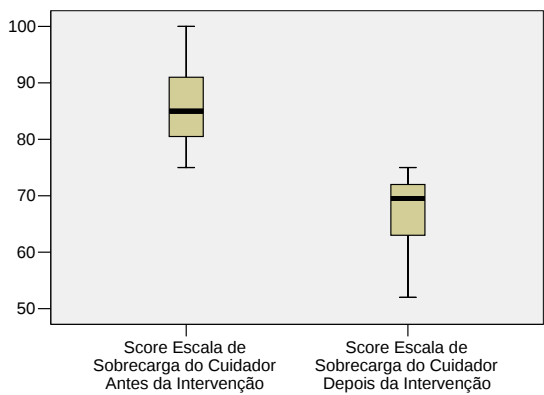
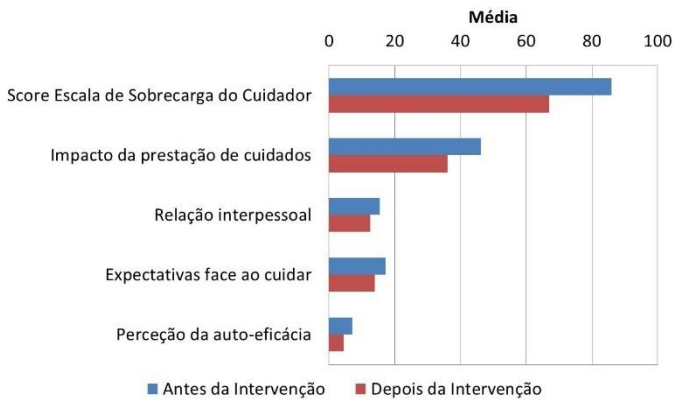
		N	Média	Desvio Padrão
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	Antes da intervenção	8	86,0	8,1
	Depois da intervenção	8	67,0	7,5
Impacto da prestação de cuidados	Antes da intervenção	8	46,3	4,0
	Depois da intervenção	8	36,1	3,6
Relação interpessoal	Antes da intervenção	8	15,5	4,0
	Depois da intervenção	8	12,5	2,8
Expectativas face ao cuidar	Antes da intervenção	8	17,1	1,4
	Depois da intervenção	8	13,9	1,6
Perceção da auto-eficácia	Antes da intervenção	8	7,1	1,6
	Depois da intervenção	8	4,5	1,3

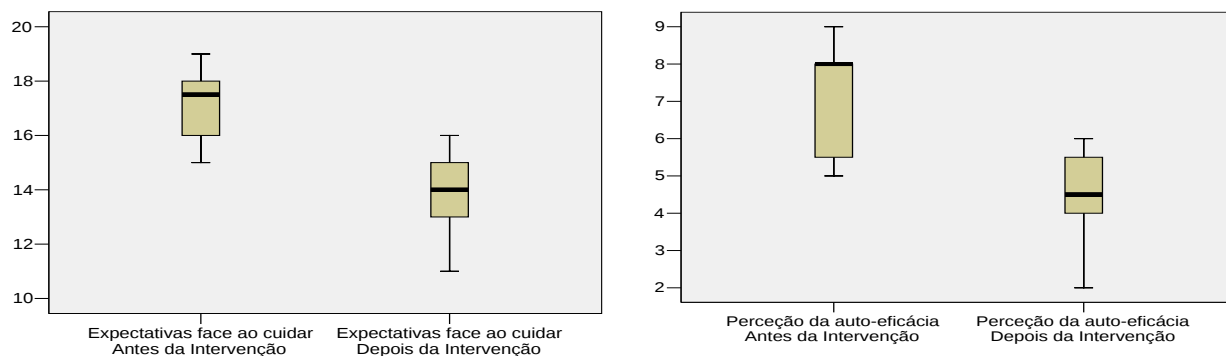
Antes da intervenção -	Desvio		IC a 95%		t	gl	p
Depois da intervenção	Média	padrão	LI	LS			
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	19,00	14,40	6,96	31,04	3,731	7	** 0,007
Impacto da prestação de cuidados	10,13	6,75	4,48	15,77	4,243	7	** 0,004
Relação interpessoal	3,00	6,33	-2,29	8,29	1,342	7	0,222
Expectativas face ao cuidar	3,25	2,12	1,48	5,02	4,333	7	** 0,003
Perceção da auto-eficácia	2,63	2,26	0,73	4,52	3,280	7	* 0,013

IC—Intervalo de Confiança; LI—Limite Inferior, LS—Limite Superior; p- Valor de prova, gl—graus de liberdade

** p<0,01 * p<0,05

Gráfico de médias e Diagramas Tipo Caixa: Comparação da Escala de Sobrecarga do Cuidador e respectivos Fatores (antes e depois da intervenção)





O Score da Escala de Sobrecarga do Cuidador diminui de Antes da intervenção (M=86,0) para Depois da intervenção (M=67,0), sendo as diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste t para amostras emparelhadas ($t_7=3,731$, $p=0,007$).

O Fator Impacto da prestação de cuidados diminui de Antes da intervenção (M=46,3) para Depois da intervenção (M=36,1), sendo as diferenças significativas ($t_7=4,243$, $p=0,004$).

Na amostra, o Fator Relação interpessoal diminui de Antes da intervenção (M=15,5) para Depois da intervenção (M=12,5), mas as diferenças não são significativas ($t_7=1,342$, $p=0,222$).

O Fator Expectativas face ao cuidar diminui de Antes da intervenção (M=17,1) para Depois da intervenção (M=13,9), sendo as diferenças significativas ($t_7=4,333$, $p=0,003$).

O Fator Percepção da auto-eficácia diminui de Antes da intervenção (M=7,1) para Depois da intervenção (M=4,5), sendo as diferenças significativas ($t_7=3,280$, $p=0,013$).

Portanto, verificam-se diminuições significativas na Escala de Sobrecarga e na maioria dos seus fatores, com exceção do Fator Relação interpessoal, pelo que se conclui que o Projeto de Intervenção Comunitária teve como resultado o alívio significativo da sobrecarga dos cuidadores informais, medido pela Escala de Sobrecarga e respetivos fatores, de Antes para Depois da Intervenção, com exceção do Fator Relação interpessoal.

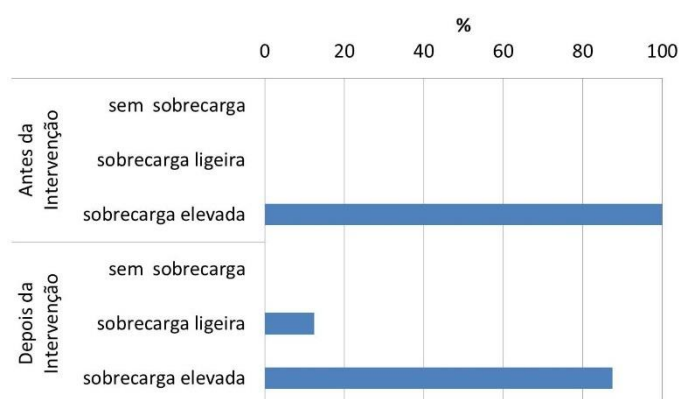
5.1.1. Categorias de Sobrecarga

Relativamente à Escala de Sobrecarga, em categorias, como já vimos, antes da Intervenção todos os cuidadores apresentam “sobrecarga elevada” e depois da Intervenção um cuidador apresenta “sobrecarga ligeira” e todos os restantes apresentam “sobrecarga elevada”.

Tabela de frequências: Categorias de Sobrecarga

		N	%	Teste de Friedman
Antes da Intervenção	sem sobrecarga			$\chi^2_{(1)}=1,000$ p=0,317
	sobrecarga ligeira			
	sobrecarga elevada	8	100,0	
Depois da Intervenção	sem sobrecarga			
	sobrecarga ligeira	1	12,5	
	sobrecarga elevada	7	87,5	
Total		8	100,0	

Gráfico de frequências: Categorias de Sobrecarga do Cuidador (antes e depois da intervenção)



Na amostra, quanto à Escala de Sobrecarga, em categorias, de antes da intervenção para depois da Intervenção um cuidador passa de “sobrecarga elevada” para “sobrecarga ligeira” e todos os restantes mantêm “sobrecarga elevada”, não existindo diferenças significativas de acordo com o teste de Friedman ($X_1^2=1,000$, $p=0,317$).

5.1.2. Na Escala Original de 1-5

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S, já explicado.

Teste K-S para verificação do pressuposto da normalidade.

		Kolmogorov-Smirnov Z	p
Antes da intervenção	Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	0,586	0,883
	Impacto da prestação de cuidados	0,455	0,986
	Relação interpessoal	0,568	0,904
	Expectativas face ao cuidar	0,681	0,743
	Perceção da auto-eficácia	0,957	0,319
Depois da intervenção	Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	0,585	0,883
	Impacto da prestação de cuidados	0,617	0,841
	Relação interpessoal	0,552	0,921
	Expectativas face ao cuidar	0,457	0,985
	Perceção da auto-eficácia	0,640	0,807

O valor de prova do teste K-S é superior a 5% para todas as variáveis em estudo, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, conclui-se que as Escalas e respetivos fatores cumprem o pressuposto da normalidade. Portanto, para avaliar as diferenças entre os dois momentos de avaliação, antes e depois da intervenção, utiliza-se o teste paramétrico t para amostras emparelhadas, com os seguintes resultados.

Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	3,91	0,37
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	3,05	0,34
Impacto da prestação de cuidados	4,21	0,36
Impacto da prestação de cuidados	3,28	0,32
Relação interpessoal	3,10	0,81
Relação interpessoal	2,50	0,57
Expectativas face ao cuidar	4,28	0,34
Expectativas face ao cuidar	3,47	0,39
Perceção da auto-eficácia	3,56	0,78
Perceção da auto-eficácia	2,25	0,65

Estatísticas e Teste t para amostras emparelhadas.

		N	Média	Desvio Padrão
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	Antes da intervenção	8	3,91	0,37
	Depois da intervenção	8	3,05	0,34
Impacto da prestação de cuidados	Antes da intervenção	8	4,21	0,36
	Depois da intervenção	8	3,28	0,32
Relação interpessoal	Antes da intervenção	8	3,10	0,81
	Depois da intervenção	8	2,50	0,57
Expectativas face ao cuidar	Antes da intervenção	8	4,28	0,34
	Depois da intervenção	8	3,47	0,39
Perceção da auto-eficácia	Antes da intervenção	8	3,56	0,78
	Depois da intervenção	8	2,25	0,65

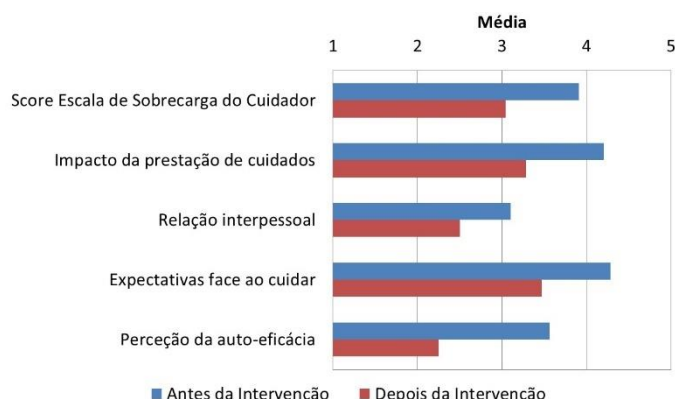
		Desvio	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
Antes da intervenção -							
Depois da intervenção	Média	padrão					
Score Escala de Sobrecarga do Cuidador	0,87	0,66	0,32	1,41	3,733	7	** 0,007
Impacto da prestação de cuidados	0,92	0,61	0,41	1,43	4,247	7	** 0,004
Relação interpessoal	0,60	1,26	-0,46	1,66	1,342	7	0,222
Expectativas face ao cuidar	0,81	0,53	0,37	1,26	4,333	7	** 0,003
Perceção da auto-eficácia	1,31	1,13	0,37	2,26	3,280	7	* 0,013

IC—Intervalo de Confiança; LI—Limite Inferior, LS—Limite Superior; p- Valor de prova, gl—graus de liberdade

** p<0,01

* p<0,05

Gráfico de médias e Diagramas Tipo Caixa: Comparação da Escala de Sobrecarga do Cuidador e respectivos Fatores (antes e depois da intervenção)



O Score da Escala de Sobrecarga do Cuidador diminui de Antes da intervenção ($M=3,91$) para Depois da intervenção ($M=3,05$), sendo as diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste t para amostras emparelhadas ($t_7=3,733$, $p=0,007$).

O Fator Impacto da prestação de cuidados diminui de Antes da intervenção ($M=4,21$) para Depois da intervenção ($M=3,28$), sendo as diferenças significativas ($t_7=4,248$, $p=0,004$).

Na amostra, o Fator Relação interpessoal diminui de Antes da intervenção ($M=3,10$) para Depois da intervenção ($M=2,50$), mas as diferenças não são significativas ($t_7=1,342$, $p=0,222$).

O Fator Expectativas face ao cuidar diminui de Antes da intervenção ($M=4,28$) para Depois da intervenção ($M=3,47$), sendo as diferenças significativas ($t_7=4,333$, $p=0,003$).

O Fator Percepção da auto-eficácia diminui de Antes da intervenção ($M=3,56$) para Depois da intervenção ($M=2,25$), sendo as diferenças significativas ($t_7=3,280$, $p=0,013$).

Portanto, verificam-se diminuições significativas na Escala de Sobrecarga e na maioria dos seus fatores, com exceção do Fator Relação interpessoal, pelo que se conclui que o Projeto de Intervenção Comunitária teve como resultado o alívio significativo da sobrecarga dos cuidadores informais, medido pela Escala de Sobrecarga e respetivos fatores, de Antes para Depois da Intervenção, com exceção do Fator Relação interpessoal.

Apêndice VIII - Priorização por comparação por pares

PROBLEMAS	Comparação por pares de diagnósticos	Valor final	Ordenação final
O seu familiar estar dependente de si	P1 P1 P1 P1 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P6	P1 = 5	1º
Idosos em situação severamente dependente	P2 P2 P2 P2 P2 P2 P1 P3 P4 P5 P6	P2 = 0	6º
Não recebe apoio de recursos comunitários	P3 P3 P3 P3 P3 P1 P2 P4 P5 P6	P3 = 2	4º
Não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas	P4 P4 P4 P4 P4 P1 P2 P3 P5 P6	P4 = 4	2º
Sentir-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar	P5 P5 P5 P5 P5 P1 P2 P3 P4 P6	P5 = 3	3º
Presta cuidados 7 dias por semana	P6 P6 P6 P6 P6 P1 P2 P3 P4 P5	P6 = 1	5º

Apêndice IX – Análise S.W.O.T.

	Positivo	Negativo
Origem interna (equipa da USF)	Forças ▪ Disponibilidade e relação estabelecida entre equipa multidisciplinar; ▪ Aderência dos profissionais ao projeto; ▪ Novidade da intervenção.	Fraquezas ▪ Situação Pandémica do País; ▪ Tempo limitado para implementação de estratégias.
Origem externa (população alvo e condicionantes do projeto)	Oportunidades ▪ Cooperação na gestão de sobrecarga dos CI's; ▪ Criação de projeto na USF para apoio aos CI's; ▪ Estabelecimento de apoios com os parceiros na comunidade; ▪ Desenvolvimento de habilidades profissionais; ▪ Visibilidade da divulgação do papel do Enfermeiro de Saúde Comunitária.	Ameaças ▪ Dificuldade de horários da equipa multidisciplinar inerentes à Pandemia.; ▪ Restrições sociais por Pandemia; ▪ Elevado nível de sobrecarga dos cuidadores, que se torne em restrição participativa.

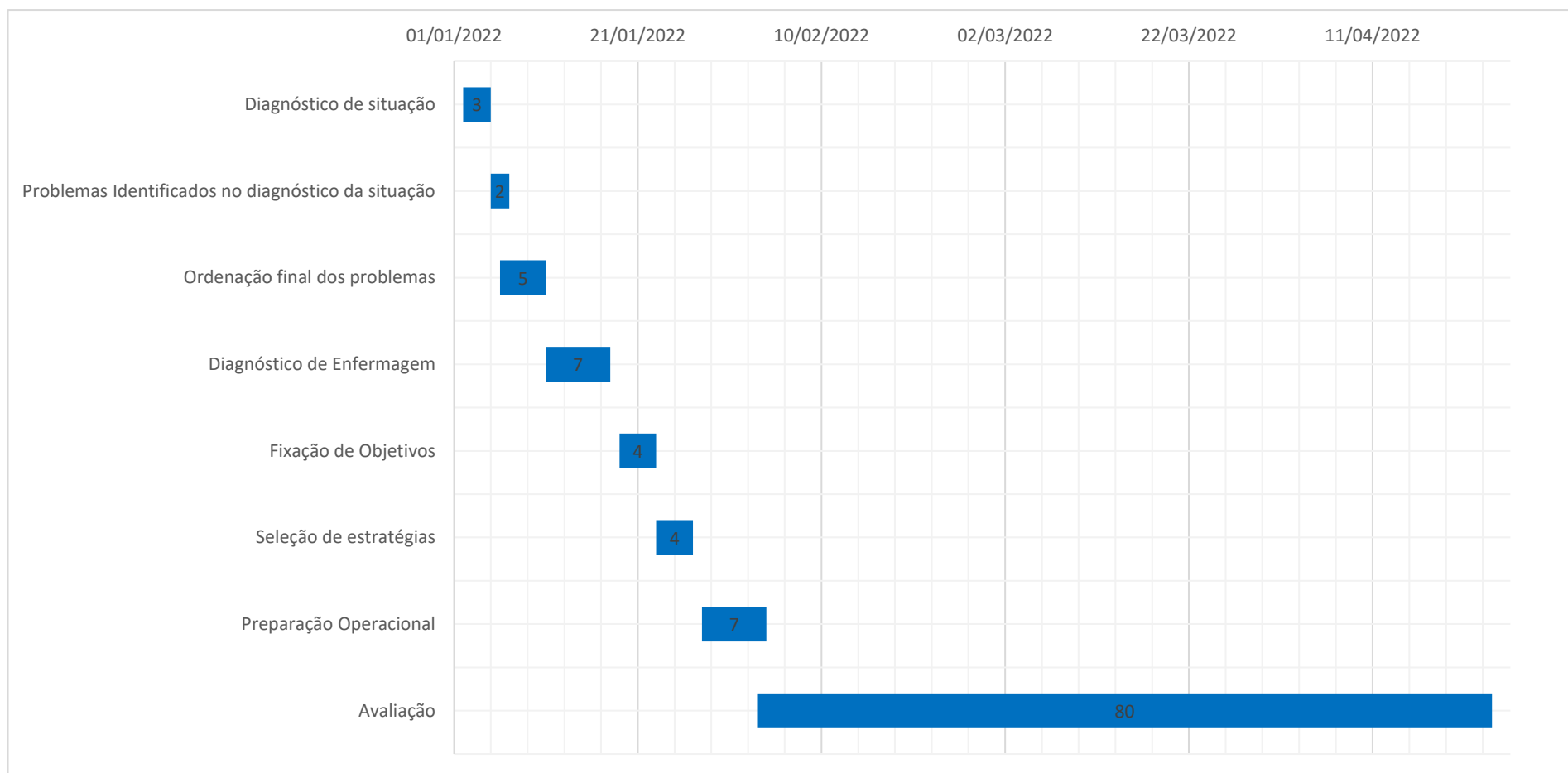
Apêndice X – Objetivos específicos, objetivos operacionais e indicadores

Diagnósticos	Objetivos	Estratégias	Intervenções	Indicadores de avaliação	Observação
Papel de cuidador de cuidados comprometido	a) Que pelo menos 30% dos CI's possa conhecer os resultados do diagnóstico até 17 de fevereiro de 2022.	- Intervenção individual de proximidade (visita domiciliária). - Apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação aos cuidadores. - Divulgação através de folheto, dos resultados do estudo. - Ação de sensibilização para a saúde.	- Contacto telefónico com os cuidadores, para solicitar visita domiciliária, onde será feita apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação. - Elaborar folheto com os resultados obtidos. - Apresentação/entrega do folheto ao cuidador. - Preparação da ação de sensibilização para a saúde.	Indicador de adesão: % de CI que aceitou a visita domiciliária. Indicador de utilidade: % dos CI que identificou como útil a apresentação do folheto com "resultado do estudo". Indicador de resultado: % de CI que conheceu o resultado do diagnóstico de situação.	Serão aplicadas questões relativamente a estes indicadores no questionário de avaliação de satisfação da ação de sensibilização para a saúde (cuidador)
	a) Que pelo menos 30% dos CI's, possa conhecer os recursos comunitários até 17 de fevereiro de 2022.	- Intervenção individual de proximidade (visita domiciliária). - Identificação de sinais de exaustão no cuidador. - Identificação de barreiras para a ação. - Identificação dos benefícios da utilização de recursos da comunidade. - Divulgação através de folheto, dos recursos de apoio existentes na comunidade.	- Realização da ação de sensibilização para a saúde. - Elaboração de folheto com recursos de apoio existentes na comunidade. - Apresentação e entrega do folheto. - Elaboração de questionário de avaliação de satisfação da ação de sensibilização (online)	Indicador de atividade: % de CI que participou na ação de sensibilização para conhecer os recursos comunitários. Indicador de utilidade: % dos CI que identificou como útil o folheto com os recursos da comunidade. Indicador de resultado: % de CI que demonstra conhecer os recursos da comunidade.	Serão aplicadas questões relativamente a estes indicadores no questionário de avaliação de satisfação da ação de sensibilização para a saúde (cuidador)
	b) Que pelo menos 20% dos cuidadores, se sintam capazes de mobilizar os recursos comunitários até 17 de fevereiro de 2022.	- Ação de sensibilização para a saúde (continuação). - Identificação dos recursos existentes na comunidade. - Compromisso para no futuro procurar recursos na comunidade se sentir essa necessidade. - Evidenciar no folheto, os principais recursos para cada situação e contactos de apoio (nomeadamente da USF Lusa).		Indicador de adesão: % de CI que respondeu ao questionário sobre os recursos comunitários. Indicador de utilidade: % dos CI que identificou como útil saber usar os recursos da comunidade. Indicador de resultado: % de CI que refere adotar futuramente estratégias para procurar apoio nos recursos da comunidade.	
Capacidade para desempenhar atividade de lazer comprometida	a) Que pelo menos 20% dos CI, consiga adquirir capacidade para realização de uma atividade de lazer com determinada periodicidade até 24 de fevereiro de 2022.	- Ação de sensibilização para a saúde. - Avaliação dos conhecimentos do CI sobre as atividades de lazer que gosta/gostava de praticar. - Promoção de compromisso para a adoção de comportamentos saudáveis (compromisso para a ação): Estratégias para desempenhar atividades de lazer.	- Motivação para o cuidador falar das suas atividades (prestação de cuidados versus atividades de lazer) - Avaliação das atividades de lazer praticadas pelo cuidador. - Promoção de ações/atividades de lazer - Elaboração e aplicação de questionário de avaliação da adoção de comportamentos promotores de saúde, em formato online.	Indicador de adesão: - % de cuidadores que aderiram à visita domiciliária sobre adoção de estratégias de realização de atividades de lazer. Indicador de utilidade: % de cuidadores que identificou como importante, a adoção de atividades de lazer. Indicador de Resultado: % de cuidadores que refere adotar futuramente, estratégias para desempenhar atividades de lazer abordadas durante a sessão.	Serão aplicadas questões relativamente a estes indicadores no questionário de avaliação de satisfação da ação de sensibilização para a saúde (cuidador)
Sobrecarga por stresse	a) Diminuir, em pelo menos, 10% dos CI's os níveis de sobrecarga, até 24 de fevereiro de 2022.	- Reforçar importância do compromisso para adotar estratégias de alívio da sobrecarga associada à prestação de cuidados (abordada na sessão anterior) - Breve abordagem sobre os recursos comunitários ao dispor do cuidador (reforço da última sessão)	- Aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, para avaliar sobrecarga do cuidador após sessão de educação para a saúde (4 a 5 dias após sessão). - Aplicação de questionário de avaliação da adoção de comportamentos promotores de saúde, em formato online.	Indicador de atividade: % de CI que respondeu pela 2ª vez ao questionário/Escala de Sobrecarga do Cuidador. Indicador de utilidade: % dos CI que identificou como útil as sessões de sensibilização para a saúde. Indicador de resultado: % de CI que refere adotar futuramente, comportamentos para diminuir o nível de sobrecarga.	Será aplicada Escala de Sobrecarga do Cuidador e questões relativamente a estes indicadores no questionário de avaliação de satisfação da ação de sensibilização para a saúde (cuidador)

**Apêndice XI - Instrumento de Avaliação Integrada da plataforma
da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados
(RNCCI)**

ADMISSÃO NA RNCCI		Data: ____/____/____	Data de nascimento: ____/____/____		Respondeu ao inquérito:		Pontuação	Classificação
MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial			Idade: ____ anos	Iniciais: ____	o próprio	o prestador de cuidados		
Inquérito referente a 4 semanas antes			BI / Passaporte: _____					
SEXO		0 feminino	1 masculino					
IDADE		0 80 ou mais anos	1 65 a 79 anos	2 50 a 64 anos	3 18 a 49 anos			
QUEIXAS EMOCIONAIS	média: (P32+P33+P34)/3 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom			
P35 Ano	Em que ano estamos	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P36 Mês	Em que mês estamos	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P37 Dia do mês	Quanto são hoje	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P38 Estação do ano	Em que estação do ano estamos	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P39 Dia da semana	Que dia da semana é hoje	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
OT - Orientação no Tempo	média: (P35+P36+P37+P38+P39)/5 =	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatória	2 2 a 2,9 satisfatória	3 orientado no tempo			
P40 País	Como se chama o nosso país	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P41 Distrito	Em que distrito vive	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P42 Terra	Em que terra vive	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P43 Casa	Como se chama esta casa	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
P44 Andar	Em que andar estamos	0 não responde/ não sabe / errado				3 certo		
OE - Orientação no Espaço	média: (P40+P41+P42+P43+P44)/5 =	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatória	2 2 a 2,9 satisfatória	3 orientado no espaço			
ESTADO COGNITIVO	média: (OT+OE)/2 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom			

Apêndice XII – Diagrama de Gantt



Apêndice XIII - Folheto com divulgação dos resultados do estudo

**“INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL DA
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA”**

No âmbito do 12º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi realizado Estágio de Intervenção Comunitária, na USF Lusa pertencente à Unidade de Saúde de Carnaxide

A finalidade do projeto, foi estudar a sobrecarga dos Cuidadores Informais, associada à prestação de cuidados aos familiares idosos em situação de dependência.

Como objetivo principal, fornecer informação aos familiares/cuidadores informais, para que possam cuidar dos idosos com dependência, potenciando não só a prestação de cuidados, como os ganhos em saúde para ambos.

Obrigado pela sua colaboração!

Elaborado por:

Enfermeiro Cláudio Costa
Aluno de Mestrado de Enfermagem
de Saúde Comunitária
claudio.costa@campus.esel.pt

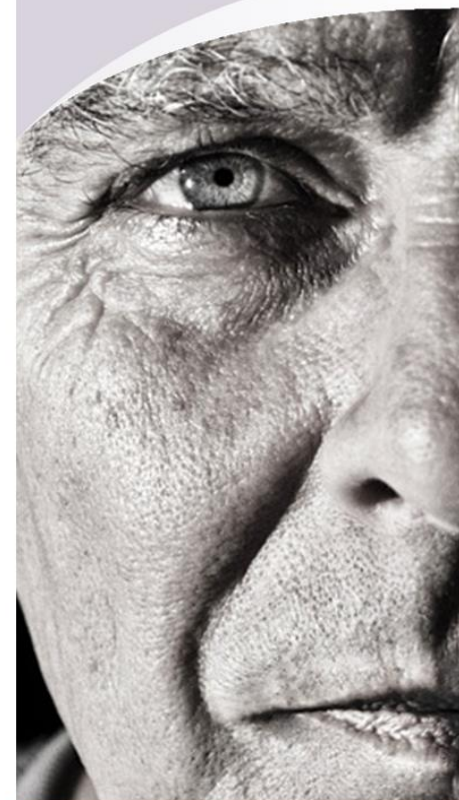


Rua Manuel Teixeira Gomes
s/n 2790-102 Camaxide
Telefone 210171920
usf.lusa@arslvt.min-saude.pt

Camaxide, janeiro 2022



**Sobrecarga do
Cuidador Informal**



**“INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR
INFORMAL DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA”**

O Estudo

...foi realizado entre outubro e dezembro de 2021.

A população em estudo foi selecionada de acordo com os requisitos pré-estabelecidos inicialmente, sendo escolhidos os cuidadores informais que prestam cuidados a familiares idosos em situação de dependência, inscritos na USF Lusa.

Fizeram parte do estudo, 8 idosos em situação de dependência de cuidados e 8 cuidadores informais.



Caraterísticas do Cuidador Informal

Dos 8 Cuidadores:

♦ 62,5% (5) são do sexo feminino e 37,5% (3) do sexo masculino.

♦ Idades compreendidas entre os 55 e os 82 anos, com média de 68 anos.

♦ 100% dos cuidadores informais vive atualmente com os idosos com dependência.

♦ 100% dos cuidadores presta cuidados sete dias por semana. O número de horas semanais de prestação de cuidados:

- 62,5 % entre as 16 e as 20 horas,
- 12,5 % entre as 11 e 15 horas,
- 25,0 % entre as 5 e as 10 horas,

♦ 75% dos cuidadores têm apoio domiciliário:

- 83,3 % têm apoio de rede privada/particular,
- 16,7 % têm apoio de Rede de cuidados continuados.

♦ Tempo de prestação de cuidados:

- 50% superior a 6 anos,
- 25% entre os 3 e os 6 anos,
- 25% entre 1 e 3 anos,

♦ 100% dos Cuidadores, apresenta um nível de sobrecarga intensa, associada aos cuidados prestados ao seu familiar diariamente.

♦ Os principais pontos de sobrecarga do cuidador, encontram-se ao nível de: alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental.

Caraterísticas do Idoso dependente

Dos 8 Idosos em estudo:

♦ 37,5 % (3) são do sexo feminino e 62,5 % (5) do sexo masculino.

♦ Idades compreendidas entre os 77 e 97 anos. Média de 87 anos de idade.

♦ Antecedentes pessoais:

- 12,5% têm uma única doença,
- 87,5% têm várias doenças.

♦ A interação social, fica caracterizada por:

57,1 % dos idosos ainda convive com os familiares e

42,9 % com outras pessoas (outro cuidador).

♦ Situação de independência dos idosos através das dez atividades básicas de vida diária (comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas):

- 75% é totalmente dependente,
- 25% é severamente dependente,
- Não existem idosos independentes nas atividades básicas de vida diária.

♦ Avaliação da orientação temporal e espacial:

- 62,5% dos idosos apresenta estado cognitivo mau,
- 12,5% com estado cognitivo insatisfatório,
- 25% com estado cognitivo satisfatório.

**Apêndice XIV - Folheto com os recursos da comunidade para
apoio ao Cuidador Informal**

CUIDADOR INFORMAL

O cuidador informal, é uma pessoa que presta cuidados, frequentemente não remunerados, a alguém com uma doença ou com uma necessidade prolongada de saúde, e que está fora de um quadro formal da prestação de cuidados de saúde (Lei n.º 100, 2019).

Conforme a definição presente no n.º 1 do artigo 2.º do Capítulo I do Anexo da Lei n.º 100/2019, “é o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada .

Apoiar as famílias com idosos dependentes de cuidados, que se encontrem a seu cargo, é um processo extremamente importante para alcançar o equilíbrio entre a melhoria de vida dos idosos dependentes, bem como, dos cuidadores familiares.

Elaborado por:

USF Lusa

Janeiro 2022

Validade de 3 anos

Fontes:

<https://www.cartasocial.pt>

<https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre/pt/html>

[Decreto Regulamentar n.º 1/2022 | DRE](#)

Recursos da Comunidade para apoio ao Cuidador



**UNIÃO DAS FREGUESIAS
DE CARNAXIDE E QUEIJAS**

NA UNIÃO DAS FREGUESIAS DE CARNAXIDE E QUEIJAS, EXISTEM OS SEGUINTE RECURSOS PARA O CUIDADOR:

Lar de Idosos e Residência:

◆ CASA ANTIGA - SOCIEDADE DE APOIO A IDOSOS, LDA

Rua Camilo Pessanha, N.º 18, 2790-321 Queijas / Tel: 214 160 737

◆ RESIDÊNCIA DE S. MIGUEL

Rua Angra do Heroísmo, N.º 6, 2790-398 Queijas / Tel: 214 175 643

◆ LAR S. JOSÉ

Rua Angra do Heroísmo, N.º 8, 2790-306 Queijas

◆ LAR NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Ponta Delgada, N.º 7, 2790-398 Queijas / Tel: 214 175 643

◆ CLUBE DE REPOUSO CASA DOS LEÕES

Avenida Professor Dr. Reinaldo dos Santos 30,
2790-470 Carnaxide / Tel: 214 181 006

◆ CASA DE REPOUSO DE CARNAXIDE

Rua Almirante César Augusto Campos Rodrigues, N.º 2, 1.º D,
2790-009 Carnaxide / Tel: 214 182 603

◆ CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE

Rua 25 de Abril, Lote 5 - Centro Cívico de Carnaxide
2790-161 Carnaxide / Tel: 214 246 110

◆ LAR SÃO VICENTE DE PAULO

Avenida João Paulo II, N.º 31, 2790-249 Carnaxide

Centro de Dia:

◆ APOIO - ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

Rua António Navarro 6, 2790-208 Carnaxide / Tel: 214 177 186

◆ CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE

Rua 25 de Abril, Lote 5 - Centro Cívico de Carnaxide
2790-161 Carnaxide / Tel: 21 424 6110

◆ CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE S. MIGUEL DE QUEIJAS,

Rua João XXI 21, 2790-370 Queijas / Tel: 214 254 105

Lar Residencial (Adultos com Deficiência):

◆ CASA DA FONTE

Rua Hintze Ribeiro, n.º 13, 2790-358 Queijas

◆ CASA DE BETÂNIA

Rua Hintze Ribeiro, n.º 15, 2790-358 Queijas / Tel: 21 418 64 50

E-mail: geralcasadebetania@gmail.com

Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos):

◆ **SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA** do Município de Oeiras - telef: 214 408 300

◆ APOIO - CENTRO DE DIA

Rua António Navarro 6, 2790-208 Carnaxide/ Tel: 214 177 186

◆ DAR+

Av. Edmundo Lima Bastos loja n.º 2 C, 2790-486 Carnaxide / Tel: 214 188 718

◆ CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE

Rua 25 de Abril, Lote 5 - Centro Cívico de Carnaxide
2790-161 Carnaxide / Tel: 214 246 110

◆ ASSOC. PARA INSCRIÇÃO SÓCIO-CULTURAL PROFISSIONAL DA FAMÍLIA- PROJETO FAMÍLIA GLOBAL

Alam. João da Mota Prego 1A, 2790-045 Carnaxide / Tel: 214 183 770

◆ CUIDA & APOIA, SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

R. Amélia Rey Colaço n.º 20 A R.C Dto, 2790-459 Carnaxide / Tel: 936 660 679

Associações de Cuidadores:

◆ Because I care - Associação para apoiar e cuidar de pessoas que cuidam

Email: geral@because-i-care.pt / Tel: 253 176 350

◆ Caregivers Portugal- Associação Portuguesa de Cuidadores

Email: geral@caregiversportugal.pt / Tel: 934 406 015

◆ Cuidadores, melhorar a vida de quem cuida

Tel: 800 242 252 (Segunda a Sexta das 09h00 às 18h00)

◆ Cuidadores Portugal© - Associação Cuidadores de Portugal

Email: cuidadoresportugal@gmail.com

◆ Panóplia de heróis- Associação Nacional de Cuidadores Informais

Email: ancuidadoresinformais@gmail.com / Tel: 969 322 255

Contactos Úteis:

◆ Instituto Nacional de Emergência Médica: 112

◆ Saúde 24: 808 24 24 24

◆ Centro de Informação Antivenenos: 800 250 250

◆ Linha Saúde Pública: 808 211 311

◆ SOS vizinha: 213 544 545 / 912 802 669 / 963 524 660

◆ Linha de Apoio na Demência: 213 610 465

◆ Linha do Cidadão Idoso: 800 203 531 (Dias úteis, das 9:30h às 17:30h)

◆ Linha Nacional de Emergência Social: 144 (24h/por dia)

◆ Bombeiros Voluntários de Carnaxide: 214 180 832

◆ PSP Carnaxide: 21 417 3081

◆ Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil : 214 24 7 100

"DESCANSO DO CUIDADOR"

Entende-se por “descanso do cuidador”, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o conjunto de intervenções que providenciem períodos de alívio ou descanso efetivo aos cuidadores, libertando-os temporariamente das atividades inerentes à prestação de cuidados. Tem por objetivo reduzir a sobrecarga ou a quantidade de cuidado providenciado pelos cuidadores e possibilitar a restituição das suas energias, tratar de assuntos pessoais e/ou de saúde.

O Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro, através do seu artigo 16.º, consigna no seu ponto 1 que, — “O cuidador informal pode beneficiar de um período de descanso, de acordo com a avaliação efetuada no Plano de Intervenção Específico (PIE), resultado da avaliação técnica e/ou a pedido do próprio cuidador informal e/ou pessoa cuidada, com vista à diminuição da sua sobrecarga física e emocional”.

4 — O descanso do cuidador informal deve estar definido no PIE e deve ter em conta:

- a) A vontade expressa do cuidador informal e da pessoa cuidada;
- b) As necessidades do cuidador informal e da pessoa cuidada;
- c) As exigências laborais do cuidador informal, quando aplicável;
- d) As limitações funcionais e níveis de exaustão do cuidador informal, nomeadamente através de avaliação de sobrecarga;
- e) As características da rede social de suporte;
- f) A proximidade da área do domicílio da pessoa cuidada.

A implementação das medidas de descanso previstas, cabem ao profissional de referência da saúde e ou, ao profissional de referência da segurança social, conforme consta no Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro.

Para saber quais os rendimentos do agregado familiar a considerar na determinação do valor a pagar pelo utente e para efeitos do cálculo da participação da Segurança Social, consulte o Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.



**Apêndice XV – Plano de Ação de Sensibilização
(Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da
comunidade)**

Plano de Ação de Sensibilização: “Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da comunidade”				
População alvo: Cuidadores Informais de Idosos em situação de dependência inscritos na USF Lusa. Local: Domicílio dos cuidadores/idosos dependentes Data: 18, 19 e 20 de fevereiro de 2022 Duração: 45 a 90 minutos (Domicílio do cuidador/idoso dependente) Formador: Enfermeiro Cláudio Costa Objetivo Geral: “Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da comunidade” Objetivos Específicos: Mobilizar recursos comunitários para apoio ao desempenho do papel de cuidador				
Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e Técnicas pedagógicas	Recursos	Duração*
Apresentação	- Apresentação do tema e enquadramento da ação de sensibilização - Objetivos da ação	Expositivo	Enf.º Mestrando	3 a 5 minutos
Desenvolvimento	- Importância da aceitação de papel pelo cuidador. - Apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação ao cuidador (breve apresentação de folheto, com os resultados do estudo). - Identificação de sinais de alerta de exaustão do cuidador. - Identificação de barreiras para a ação. - Identificação dos benefícios ao pedido de apoio. - Identificação dos recursos disponíveis para ajudar os cuidadores. - Compromisso para no futuro procurar ajuda. - Fornecimento de informação sobre: ➤ Contactos da USF Lusa, e a quem poderá pedir apoio dentro da equipa multidisciplinar. ➤ Apoios existentes na comunidade para apoio ao cuidador e idoso dependente (apresentação de folheto com recursos da comunidade, nomeadamente, Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras). ➤ Estratégias de acesso e maximização do atendimento de saúde e recursos comunitários. ➤ Serviços de emergência (contactos).	Expositivo Ativo Exploratório	Enf.º Mestrando	25 a 50 minutos
Conclusão	- Relembrar importância da partilha de tarefas entre cuidador, familiares e outros prestadores de cuidados. - Esclarecimento de dúvidas. - Agradecimento pela presença e participação.	Expositivo Interrogativo	Enf.º Mestrando	10 a 25 minutos
Avaliação	- Obter feedback sobre a ação. - Questionário de avaliação da ação de sensibilização.	Interrogativo Perguntas	Enf.º Mestrando	7 a 10 minutos

**Apêndice XVI – Plano de Ação de Sensibilização
(Capacitar os cuidadores a adotar estratégias para realizar
atividades de lazer)**

Plano de Ação de Sensibilização: “Capacitar os cuidadores a adotar estratégias para realizar atividades de lazer”				
População alvo: Cuidadores Informais de Idosos em situação de dependência inscritos na USF Lusa. Local: Domicílio dos cuidadores/idosos dependentes Data: 22, 23 e 24 de fevereiro de 2022 Duração: 45 a 90 minutos (Domicílio do cuidador/idoso dependente) Formador: Enfermeiro Cláudio Costa Objetivo Geral: “Capacitar os cuidadores a mobilizar recursos para realizar atividades de lazer” Objetivos Específicos: Mobilizar estratégias para desempenhar atividades de lazer				
Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e Técnicas pedagógicas	Recursos	Duração*
Apresentação	- Apresentação do tema e enquadramento da ação de sensibilização - Objetivos da ação de sensibilização	Expositivo	Enf.º Mestrando	3 a 5 minutos
Desenvolvimento	- Pedido para cuidador descrever um dia da sua prestação de cuidados. - Avaliação de atividades de lazer praticadas pelo cuidador. - O que gosta ou gostaria de fazer para ajudar a aliviar a sobrecarga associada à prestação de cuidados? - Quando tem esses momentos, ou como pensa ser possível alcançá-los? (dia da semana, hora do dia, ...) - Duração desses momentos? (minutos, horas, ...) - Barreiras que o impedem a alcançar esses momentos? - Estratégias que podem ser facilitadoras para o sucesso dessas atividades? - No final da sessão, o CI deve assumir compromisso para realização de pelo menos uma atividade de lazer abordada na sessão (mencionar quando e perspetiva de duração). - Importância do compromisso para adotar estratégias de alívio da sobrecarga associada à prestação de cuidados (abordada na sessão anterior) - Breve abordagem sobre os recursos comunitários ao dispor do cuidador (reforço da última sessão)	Expositivo Ativo Exploratório	Enf.º Mestrando	25 a 50 minutos
Conclusão	- Relembrar importância das atividades de lazer no alívio da sobrecarga do cuidador - Esclarecimento de dúvidas. - Agradecimento pela presença e participação.	Expositivo Interrogativo	Enf.º Mestrando	10 a 25 minutos
Avaliação	- Obter feedback sobre a sessão. - Questionário de avaliação da sessão. - Escala de Sobrecarga do Cuidador (reavaliação do nível de sobrecarga do cuidador após intervenção).	Interrogativo Perguntas	Enf.º Mestrando	7 a 10 minutos

**Apêndice XVII – Questionário da Ação de Sensibilização:
(Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da
comunidade)**

Ação de sensibilização de saúde: "Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da comunidade"

Excelentíssimo Sr. / Sra.,

Obrigado pela sua participação no estudo. Completar este breve questionário vai nos ajudar a obter melhores resultados.



***Obrigatório**

Os temas da ação de sensibilização eram do seu interesse? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Na sua opinião, os objetivos da ação foram bem apresentados? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

A apresentação dos resultados do estudo foram importantes para si? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez



O folheto sobre os resultados do estudo, facilitou a compreensão do tema? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Antes da ação de sensibilização, tinha conhecimento dos recursos de apoio comunitário ao dispor do cuidador e idoso em situação de dependência? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Quais? (especifique a sua resposta) *

A sua resposta

Já tinha utilizado algum desses recursos? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Quais? *

A sua resposta



Como classifica o folheto dos recursos de apoio comunitário ao dispor do cuidador e idoso dependente da USF Lusa? *

- ☐ Bom
- ☐ Satisfatório
- ☐ Insatisfatório

Ficou esclarecido sobre como pedir apoio através da USF Lusa? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Fiquei com dúvidas

Que dúvidas gostava de ver esclarecidas? *

A sua resposta

Como classifica o apoio do Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras? *

- ☐ Bom
- ☐ Satisfatório
- ☐ Insatisfatório



Já utiliza ou espera vir a utilizar o Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras *

- ☐ Sim já utilizo
- ☐ Sim espero vir a utilizar
- ☐ Não utilizo
- ☐ Não irei utilizar
- ☐ Talvez venha a utilizar

A sessão sobre a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados ao seu familiar, suscitou em si, compromisso para procurar ajuda no futuro? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Que tipo de ajudas poderá vir a recorrer? *

A sua resposta

Como considera a relação entre enfermeiro/mestrado e cuidador, durante todo o processo? *

- ☐ Boa
- ☐ Satisfatória
- ☐ Insatisfatória



**Apêndice XVIII – Resultados do Questionário da Ação de
Sensibilização:
(Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos da
comunidade)**



Ação de sensibilização de saúde: "Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos c

Perguntas Respostas 8 Definições

Total de pontos: 0

8 respostas



Aceitar respostas



Resumo

Pergunta

Individual



Estatísticas

Média

0 / 0 pontos

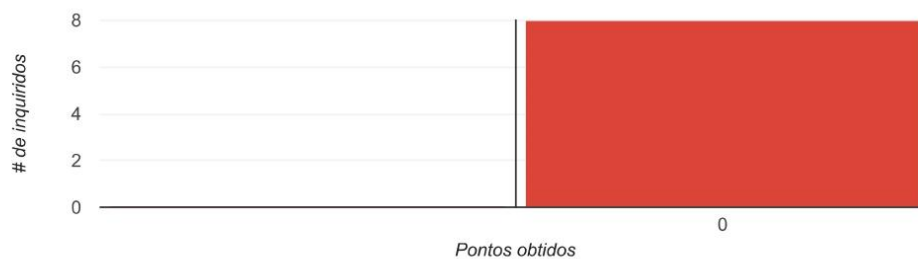
Mediana

0 / 0 pontos

Intervalo

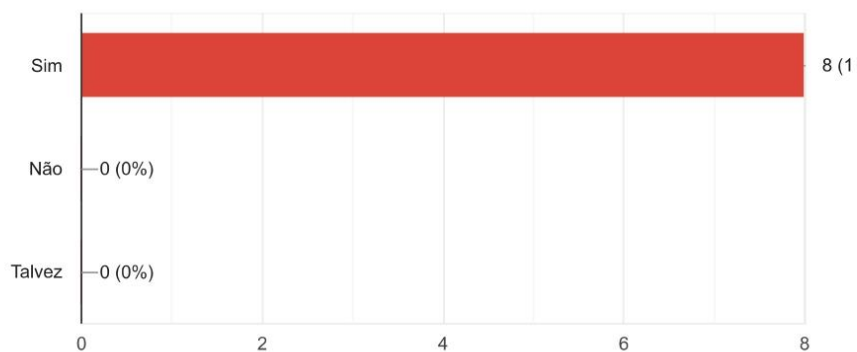
0 - 0 pontos

Distribuição do total de pontos



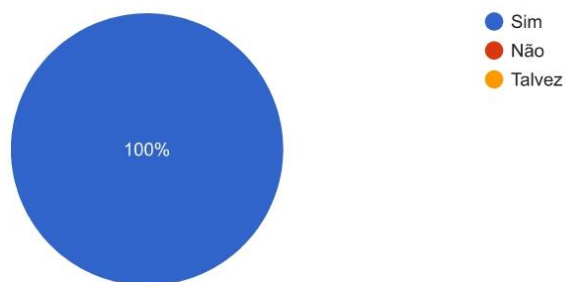
Os temas da ação de sensibilização eram do seu interesse?

8 respostas



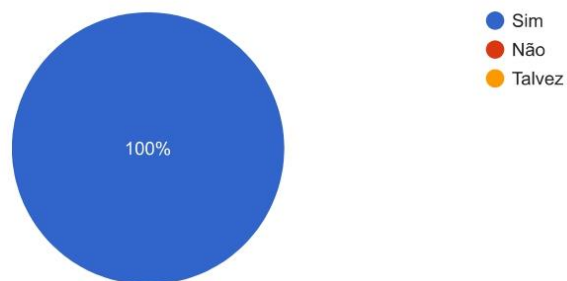
Na sua opinião, os objetivos da ação foram bem apresentados?

8 respostas



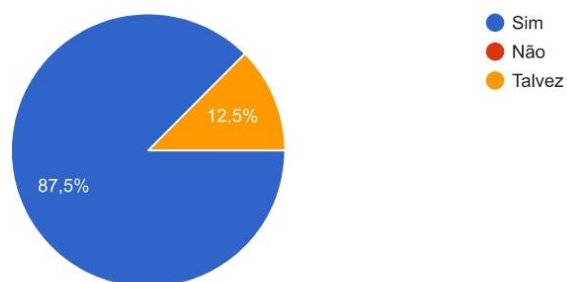
A apresentação dos resultados do estudo foram importantes para si?

8 respostas



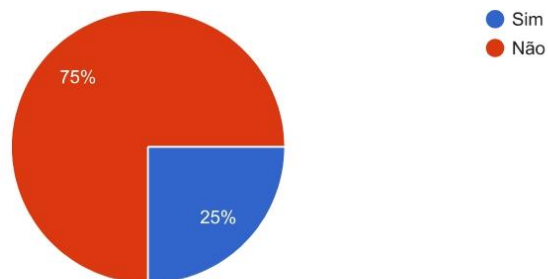
O folheto sobre os resultados do estudo, facilitou a compreensão do tema?

8 respostas



Antes da ação de sensibilização, tinha conhecimento dos recursos de apoio comunitário ao dispor do cuidador e idoso em situação de dependência?

8 respostas



Quais? (especifique a sua resposta)

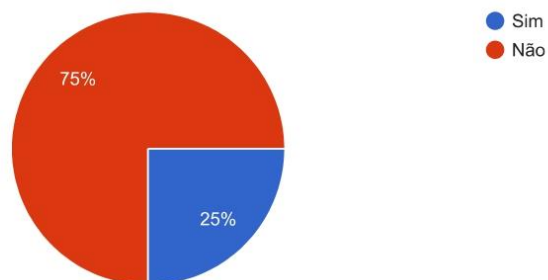
2 respostas

Centros de dia e linhas saúde

Serviços de apoio domiciliário

Já tinha utilizado algum desses recursos?

8 respostas



Quais?

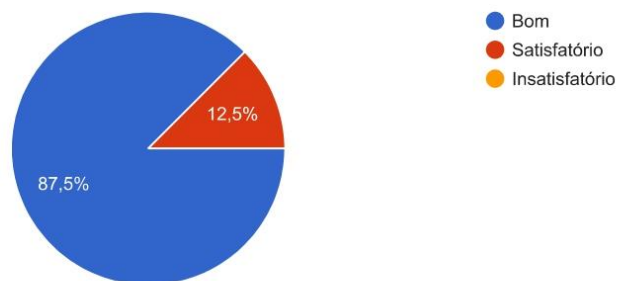
2 respostas

Centro de dia e INEM

Serviços de apoio domiciliário

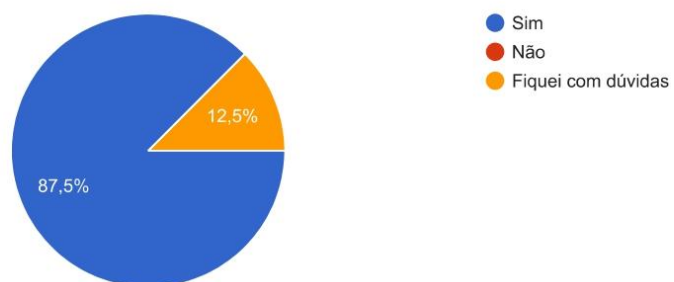
Como classifica o folheto dos recursos de apoio comunitário ao dispor do cuidador e idoso dependente da USF Lusa?

8 respostas



Ficou esclarecido sobre como pedir apoio através da USF Lusa?

8 respostas



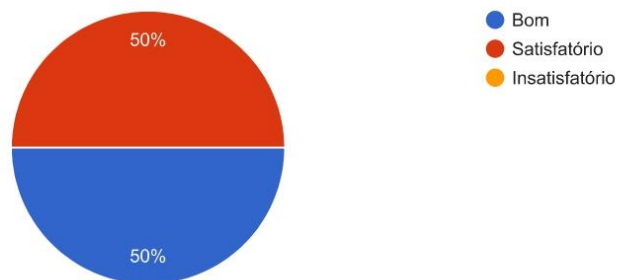
Que dúvidas gostava de ver esclarecidas?

1 resposta

A assistente social da USF ajuda no estatuto do cuidador?

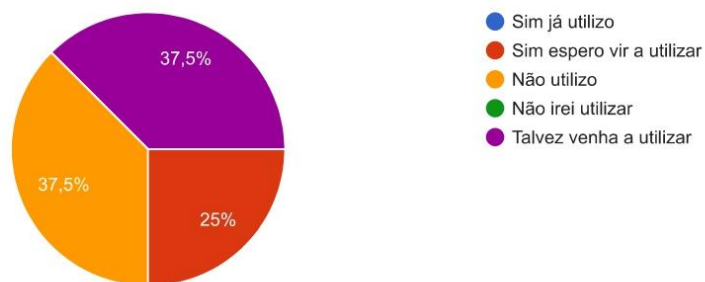
Como classifica o apoio do Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras?

8 respostas



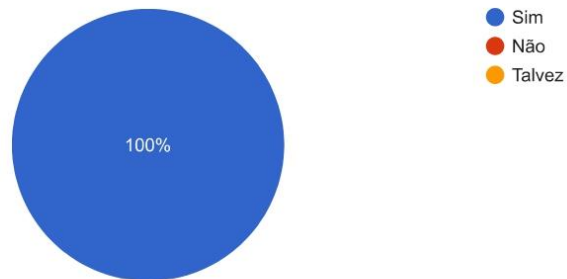
Já utiliza ou espera vir a utilizar o Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras

8 respostas



A sessão sobre a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados ao seu familiar, suscitou em si, compromisso para procurar ajuda no futuro?

8 respostas



Que tipo de ajudas poderá vir a recorrer?

8 respostas

Apoio familiar

USF Lusa (assistente social)

Iar de idosos e USF Lusa

Apoio familiar e apoio USF Lusa

Apoio familiar e serviço de apoio domiciliário

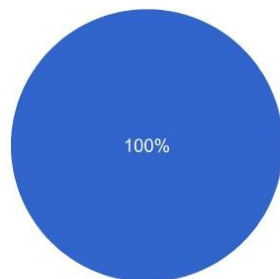
Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras

Apoio familiar e apoio domiciliário

Apoio familiar e USF Lusa

Como considera a relação entre enfermeiro/mestrado e cuidador, durante todo o processo?

8 respostas



- Boa
- Satisfatória
- Insatisfatória



**Apêndice XIX – Questionário da Ação de Sensibilização:
“Capacitar os cuidadores a mobilizar recursos para realizar
atividades de lazer”**

Ação de sensibilização de saúde: “Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos para realizar atividades de lazer”

Excelentíssimo Sr. / Sra.,

Obrigado pela sua participação no estudo. Completar este breve questionário vai nos ajudar a obter melhores resultados.



***Obrigatório**

Os temas da ação de sensibilização eram do seu interesse? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Os objetivos da ação foram bem apresentados? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Costuma praticar atividades de lazer? *

- ☐ Sim
- ☐ Não



Que atividades? *

A sua resposta

O que gosta ou gostava de fazer para ajudar a aliviar a sobrecarga associada à prestação de cuidados? *

A sua resposta

Dias da semana que consegue levar a cabo essas atividades? *

- ☐ Segunda-feira
- ☐ Terça-feira
- ☐ Quarta-feira
- ☐ Quinta-feira
- ☐ Sexta-feira
- ☐ Sábado
- ☐ Domingo

Momento do dia em que consegue desempenhar essas atividades? *

- ☐ Manhã
- ☐ Tarde
- ☐ Noite



Duração desses momentos? *

- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ de 1 hora a 3 horas
- ☐ de 3 horas a 6 horas
- ☐ mais de 6 horas

Existem "barreiras" que o impedem de alcançar esses momentos? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Que tipos de "barreiras" consegue identificar? *

A sua resposta

Após sessão com o enfermeiro, ficou com vontade de desenvolver estratégias para levar acabo atividades de lazer que gosta? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Que tipo de estratégias? *

A sua resposta



Esta disposto a assumir compromisso futuro, de desempenhar pelo menos uma atividade de lazer por semana? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Que atividade (s) espera levar a cabo? *

A sua resposta

Com base na sessão anterior, está disposto a adotar estratégias que tenham como objetivo aliviar a sobrecarga associada à prestação de cuidados? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Quais as estratégias que irá adotar? *

A sua resposta



Que recursos comunitários considera mais relevantes para o apoiar? *

- ☒ Equipa USF Lusa
- ☐ Lar de idosos e Residências
- ☐ Centros de dia
- ☒ Serviços de apoio domiciliários
- ☐ Associações de Cuidadores
- ☒ Serviço de Teleassistência Domiciliária da CMO
- ☐ Outra:

Como classifica a interação com o enfermeiro/mestrando que desenvolveu o estudo? *

- ☒ Boa
- ☐ Satisfatória
- ☐ Insatisfatória

Enviar

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



**Apêndice XX – Resultados do Questionário da Ação de
Sensibilização:
“Capacitar os cuidadores a mobilizar recursos
para realizar atividades de lazer”**



Ação de sensibilização de saúde: “Capacitar os cuidadores para mobilizar recursos p

Perguntas Respostas 8 Definições

Total de pontos: 0

8 respostas



Aceitar respostas ☒

Resumo

Pergunta

Individual

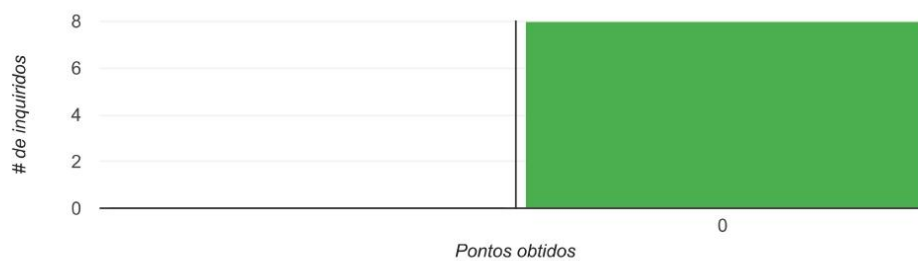
Estatísticas

Média
0 / 0 pontos

Mediana
0 / 0 pontos

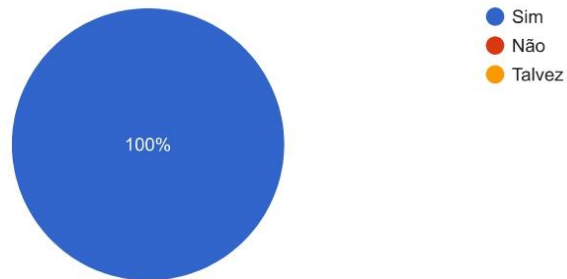
Intervalo
0 – 0 pontos

Distribuição do total de pontos



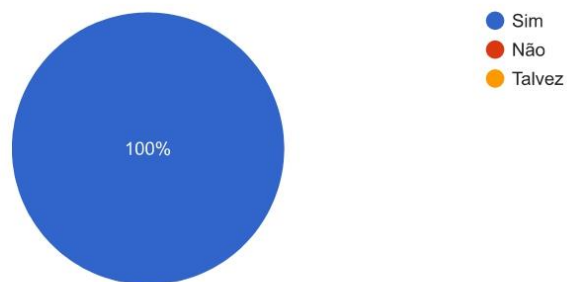
Os temas da ação de sensibilização eram do seu interesse?

8 respostas



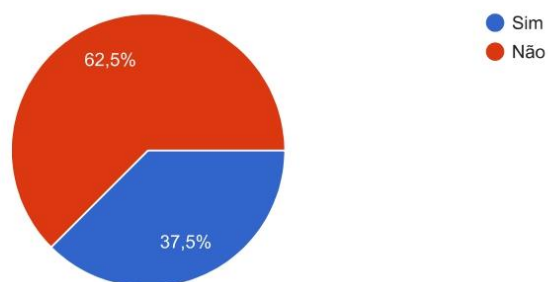
Os objetivos da ação foram bem apresentados?

8 respostas



Costuma praticar atividades de lazer?

8 respostas



Que atividades?

3 respostas

Natação

Convívio com familiares e caminhar

Ler, ouvir música e fazer compras

O que gosta ou gostava de fazer para ajudar a aliviar a sobrecarga associada à prestação de cuidados?

8 respostas

Conviver com amigos

Estar com a família e caminhar

caminhar e conviver

Caminhar, conviver com amigos e nadar

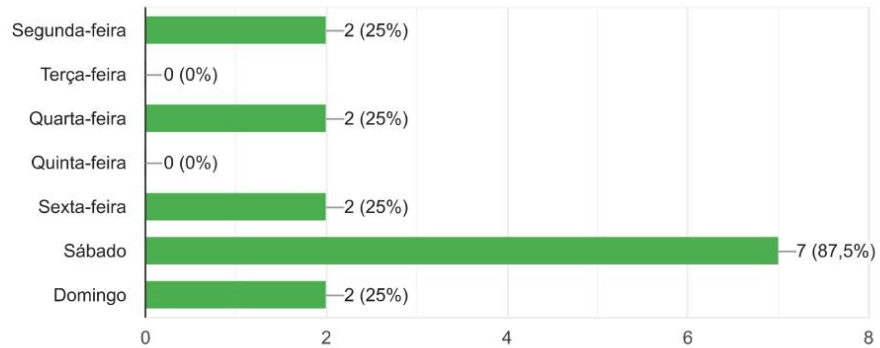
Convívio com familiares e caminhar

Estar com amigas

Fazer compras (sair)

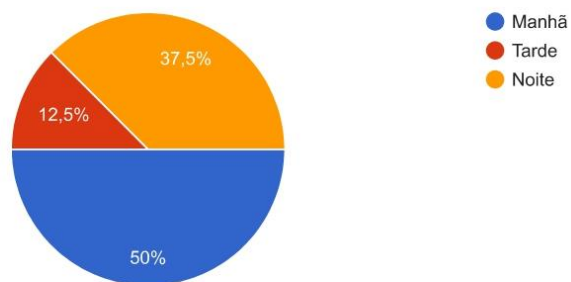
Dias da semana que consegue levar a cabo essas atividades?

8 respostas



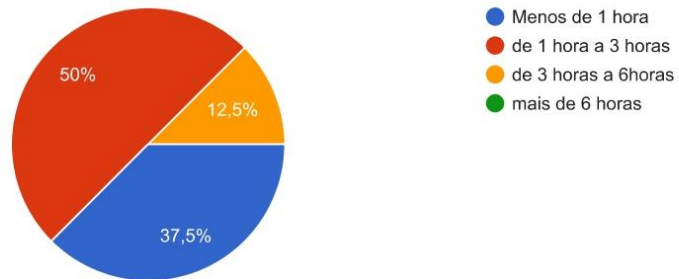
Momento do dia em que consegue desempenhar essas atividades?

8 respostas



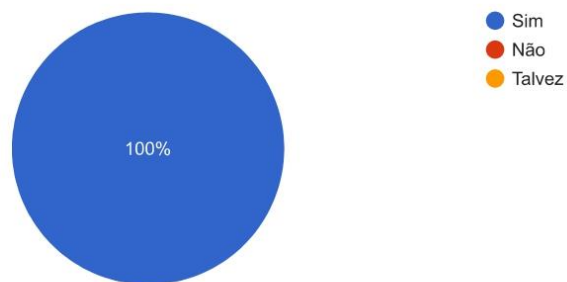
Duração desses momentos?

8 respostas



Existem "barreiras" que o impedem de alcançar esses momentos?

8 respostas



Que tipos de "barreiras" consegue identificar?

8 respostas

Tempo de prestação de cuidados

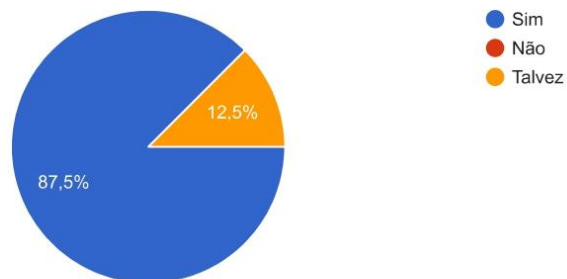
tempo de prestação de cuidados

falta de apoio familiar

apoio da família

Após sessão com o enfermeiro, ficou com vontade de desenvolver estratégias para levar acabo atividades de lazer que gosta?

8 respostas



Que tipo de estratégias?

8 respostas

Planeamento de cuidados e motivar familiares

Envolver familiares na prestação de cuidados

Planeamento de cuidados e motivar familiares

envolver familiares nos cuidados e planeamento de atividades semanais

Planear prestação de cuidados semanalmente

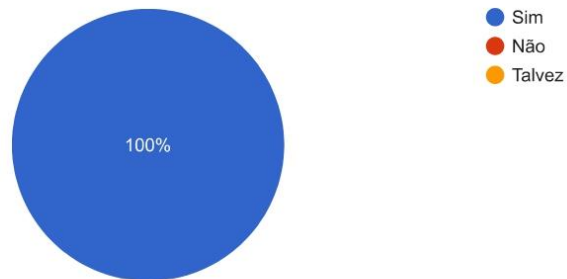
planear cuidados e envolver familiares nos cuidados

planear prestação de cuidados e envolver familiares nos cuidados

envolver familiares na prestação de cuidados

Esta disposto a assumir compromisso futuro, de desempenhar pelo menos uma atividade de lazer por semana?

8 respostas



Que atividade (s) espera levar a cabo?

8 respostas

Sair com amigos

Planear prestação de cuidados e envolver familiares nos cuidados

Caminhar

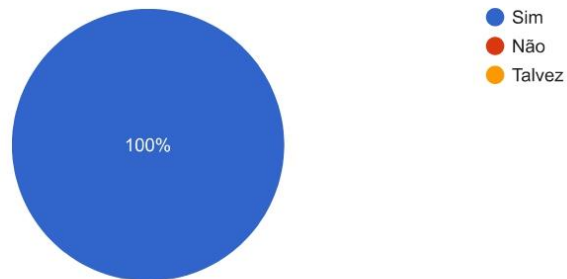
Ir às compras ao centro comercial

caminhar e estar com amigas

aula de ginástica (com as amigas)

Com base na sessão anterior, está disposto a adotar estratégias que tenham como objetivo aliviar a sobrecarga associada à prestação de cuidados?

8 respostas



Quais as estratégias que irá adotar?

8 respostas

Apoio familiar e apoio domiciliário

Planeamento de cuidados e envolver familiares

Apoio familiar e serviço de apoio domiciliário

apoio de familiares e apoio USF Lusa

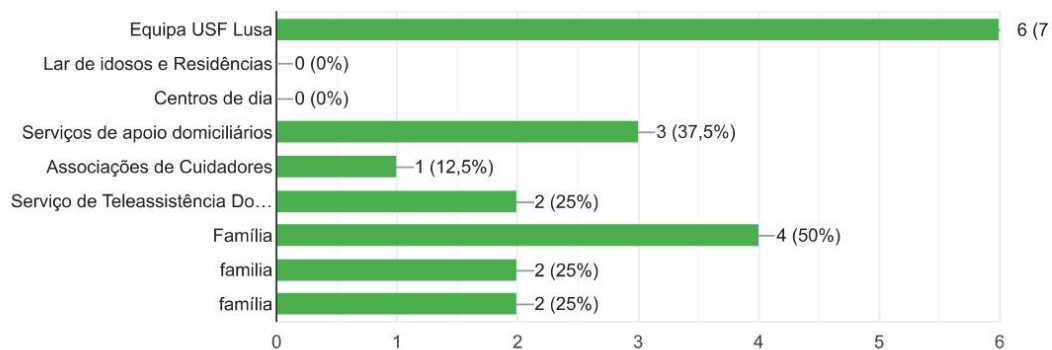
Envolver familiares na prestação de cuidados e planejar os cuidados semanalmente

Planear cuidados semanais e envolver familiares nos cuidados

Apoio familiar, Serviço teleassistência domiciliária da CMO e Apoio USF Lusa

Que recursos comunitários considera mais relevantes para o apoiar?

8 respostas



Como classifica a interação com o enfermeiro/mestrando que desenvolveu o estudo?

8 respostas



**Apêndice XXI – Sessão de apresentação dos resultados à equipa
multidisciplinar da USF Lusa**

Ação formativa para equipa multidisciplinar da USF Lusa						
Tema da Sessão	Contribuir para promover a saúde dos CI's de idosos em situação de dependência, inscritos na USF Lusa	Duração: 25 minutos				
População-alvo	Equipa multidisciplinar da USF Lusa	Formador: Cláudio Costa	Data: entre 17 e 21 de fevereiro de 2022			
Local	USF Lusa	Horário: a definir				
Objetivo geral	Partilhar principais ideias referentes à intervenção comunitária para alívio da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência					
Objetivos específicos	1. Apresentar de forma breve, o trabalho desenvolvido no planeamento em saúde; 2. Apresentar exemplos dos resultados na aplicação da intervenção comunitária; 3. Revelar as principais aprendizagens pessoais identificadas com a aplicação da intervenção comunitária					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema e enquadramento da sessão; - Comunicação dos objetivos.		Expositivo	Data-Show Power Point	Contínua Observação direta e participação	5 minutos
Desenvolvimento	- Trabalho desenvolvido no planeamento em saúde; - Resultados na aplicação da intervenção comunitária; - Principais aprendizagens pessoais identificadas com a aplicação da intervenção comunitária	1 2 3	Expositivo Participativo Discussão em grupo	Data-Show Power Point	Contínua Observação direta e participação	15 minutos
Conclusão	- Síntese - Formulação de Questões - Conclusão		Expositivo Interrogativo	Data-Show Power Point	Contínua Observação direta e participação	5 minutos

**Apêndice XXII – Resultado final dos objetivos específicos,
objetivos operacionais e indicadores**

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Objetivos	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação	Ganhos qualitativos com a intervenção	Conclusões
Capacitar o CI para alívio da sobrecarga	Papel de cuidador de cuidados comprometido	a) Que pelo menos 30% dos CI's possa conhecer os resultados do diagnóstico até 17 de fevereiro de 2022.	- Intervenção individual de proximidade (visita domiciliária). - Apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação aos cuidadores. - Divulgação através de folheto, dos resultados do estudo. - Ação de sensibilização para a saúde.	- Mestrando; - Enfermeira Orientadora de Estágio; - Enfermeira Interlocutora de Enfermagem da USF Lusa - Médico Coordenador da USF Lusa - Assistente Social; - Parceiros da Comunidade;	Indicador de atividade das sessões % de CI's que participou na ação de sensibilização para conhecer os recursos comunitários Indicador de adesão % de CI's que aceitou a visita domiciliária % de CI que respondeu ao questionário sobre os recursos comunitários % de CI's que aderiram à visita domiciliária sobre adoção de estratégias de realização de atividades de lazer. % de CI que respondeu pela 2ª vez ao questionário/Escala de Sobrecarga do Cuidador – Indicador de qualidade % de CI's que identificou como importante, a adoção de atividades de lazer Indicador de utilidade % dos CI's que identificou como útil o folheto com os recursos da comunidade % dos CI's que identificou como útil saber usar os recursos da comunidade	"Foi bom falar com alguém que compreende pelo que passamos todos os dias" (CI5) "Pensava que era a única pessoa a suportar um peso tão grande" (CI13) "Não fazia ideia que outras pessoas partilhavam dos mesmos sentimentos e angústias" (CI2)	Objetivo inicial superado
		a) Que pelo menos 30% dos CI's, possa conhecer os recursos comunitários até 17 de fevereiro de 2022.	- Intervenção individual de proximidade (visita domiciliária). - Identificação de sinais de exaustão no cuidador. - Identificação de barreiras para a ação. - Identificação dos benefícios da utilização de recursos da comunidade. - Divulgação através de folheto, dos recursos de apoio existentes na comunidade.	- Mestrando; - Enfermeira Orientadora de Estágio; - Enfermeira Interlocutora de Enfermagem da USF Lusa - Médico Coordenador da USF Lusa - Assistente Social; - Parceiros da Comunidade;		"Tinha vergonha de pensar que já estava no limite das minhas forças" (CI4) "Se soubesse que existiam estes apoios, não teria chegado ao meu limite" (CI9) "Não fazia ideia, das ajudas que existiam em Carnaxide" (CI13)	Objetivo inicial superado
		b) Que pelo menos 20% dos cuidadores, se sintam capazes de mobilizar os recursos comunitários até 17 de fevereiro de 2022.	- Ação de sensibilização para a saúde (continuação). - Identificação dos recursos existentes na comunidade. - Compromisso para no futuro procurar recursos na comunidade se sentir essa necessidade. - Evidenciar no folheto, os principais recursos para cada situação e contactos de apoio (nomeadamente da USF Lusa).	- Mestrando; - Enfermeira Orientadora de Estágio; - Enfermeira Interlocutora de Enfermagem da USF Lusa - Médico Coordenador da USF Lusa - Assistente Social; - Parceiros da Comunidade;		"É bom saber que existem apoios que estão ao nosso alcance" (CI8) "Este foi o incentivo que me faltava para procurar ajuda" (CI12) "Todos diziam que eram muitas burocracias e que ninguém nos ajudava" "Principalmente de noite, tenho medo que nos aconteça alguma coisa (...) esse serviço de teleassistência parece-me ser uma boa solução" (CI2)	
	Capacidade para desempenhar atividade de lazer comprometida	a) Que pelo menos 20% dos CI, consiga adquirir capacidade para realização de uma atividade de lazer com determinada periodicidade até 24 de fevereiro de 2022.	- Ação de sensibilização para a saúde. - Avaliação dos conhecimentos do CI sobre as atividades de lazer que gosta/gostava de praticar. - Promoção de compromisso para a adoção de comportamentos saudáveis (compromisso para a ação): Estratégias para desempenhar atividades de lazer.	- Mestrando; - Enfermeira Orientadora de Estágio; - Enfermeira Interlocutora de Enfermagem da USF Lusa - Médico Coordenador da USF Lusa - Assistente Social; - Parceiros da Comunidade;		"Após o dia em que o enfermeiro nos visitou, que combinei comigo mesma, que sairia 10 minutos para andar todos os dias" (CI8) "Falei com o meu filho, e ele já me inscreveu na natação ao sábado de manhã (...) compromete-se a tomar conta do pai" (CI9) "Precisava de alguém que me desse o empurrão que faltava. Obrigado" (CI12)	Objetivo inicial superado
	Sobrecarga por stresse	a) Diminuir, em pelo menos, 10% dos CI's os níveis de sobrecarga, até 24 de fevereiro de 2022.	- Reforçar importância do compromisso para adotar estratégias de alívio da sobrecarga associada à prestação de cuidados (abordada na sessão anterior) - Breve abordagem sobre os recursos comunitários ao dispor do cuidador (reforço da última sessão)	- Mestrando; - Enfermeira Orientadora de Estágio; - Enfermeira Interlocutora de Enfermagem da USF Lusa - Médico Coordenador da USF Lusa - Assistente Social; - Parceiros da Comunidade;		"O apoio da família é muito importante para alcançar o meu equilíbrio" (CI3) "Agora sei que não posso guardar tudo para mim (...) é importante desabafar" (CI3) "Não tenho palavras para lhe agradecer tudo o que fez por mim e pelo meu marido! Posso dar-lhe um abraço?" (CI2)	Objetivo inicial superado

**Apêndice XXIII – Póster “Recursos da Comunidade para apoio ao
CI”**

Recursos da Comunidade para apoio ao Cuidador

Na União das Freguesias de Carnaxide e Queijas existem os seguintes recursos para apoio ao cuidador:

CENTRO DE DIA:

• APOIO - ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

Rua António Navarro 6, 2790-208 Carnaxide
Tel: 214 177 186

• CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE

Rua 25 de Abril, Lote 5 - Centro Cívico de Carnaxide
2790-161 Carnaxide / Tel: 21 424 6110

• CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE S. MIGUEL DE QUEIJAS,

Rua João XXI 21, 2790-370 Queijas / Tel: 214 254 105

LAR DE IDOSOS E RESIDÊNCIA:

• CASA ANTIGA - SOCIEDADE DE APOIO A IDOSOS, LDA

Rua Camilo Pessanha, N.º 18, 2790-321 Queijas
Tel: 214 160 737

• RESIDÊNCIA DE S. MIGUEL

Rua Angra do Heroísmo, N.º 6, 2790-398 Queijas
Tel: 214 175 643

• LAR S. JOSÉ

Rua Angra do Heroísmo, N.º 8, 2790-306 Queijas

• LAR NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Ponta Delgada, N.º 7, 2790-398 Queijas
Tel: 214 175 643

• CLUBE DE REPOUSO CASA DOS LEÕES

Avenida Professor Dr. Reinaldo dos Santos 30,
2790-470 Carnaxide / Tel: 214 181 006

• CASA DE REPOUSO DE CARNAXIDE

Rua Almirante César Augusto Campos Rodrigues, N.º 2, 1.º D,
2790-009 Carnaxide / Tel: 214 182 603

• CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE

Rua 25 de Abril, Lote 5 - Centro Cívico de Carnaxide
2790-161 Carnaxide / Tel: 21 424 6110

• LAR SÃO VICENTE DE PAULO

Avenida João Paulo II, N.º 31, 2790-249 Carnaxide

LAR RESIDENCIAL (ADULTOS COM DEFICIÊNCIA):

• CASA DA FONTE

Rua Hintze Ribeiro, n.º 13, 2790-358 Queijas

• CASA DE BETÂNIA

Rua Hintze Ribeiro, n.º 15, 2790-358 Queijas
Tel: 21 418 64 50

E-mail: geralcasadebetania@gmail.com

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (IDOSOS):

• APOIO - CENTRO DE DIA

Rua António Navarro 6, 2790-208 Carnaxide
Tel: 214 177 186

• DAR+

Avenida Edmundo Lima Bastos loja nº2 C,
2790-486 Carnaxide / Tel: 214 188 718

• CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE

Rua 25 de Abril, Lote 5 - Centro Cívico de Carnaxide
2790-161 Carnaxide / Tel: 21 424 6110

• ASSOCIAÇÃO PARA INSERÇÃO SÓCIO-CULTURAL PROFISSIONAL DA FAMÍLIA- PROJECTO FAMÍLIA GLOBAL

Alameda João da Mota Prego 1A,
2790-045 Carnaxide / Tel: 214 183 770

• CUIDA & APOIA, SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

Rua Amélia Rey Colaço nº20 A RC Dto,
2790-459 Carnaxide / Tel: 936 660 679

Elaborado a 22.01.2022
Validade 3 anos

**Apêndice XXIV – Serviço de Teleassistência Domiciliária do
Município de Oeiras**



Consubstancia-se num serviço telefónico de apoio que funciona 24 horas/dia, 365 dias/ano, tendo como suporte um terminal fixo ou móvel, propriedade da empresa prestadora de serviços contratualizada com o Município de Oeiras, através do qual, acionando um botão de emergência aliado a um telefone de alta voz, o utente pode falar, ser localizado e identificado pelo operador, o qual faz uma avaliação imediata da situação, dando a resposta mais adequada. Para além da componente alarmística, na componente de acompanhamento estão são assegurados: contactos semanais, para monitorização e minimização dos sentimentos de insegurança e solidão; contactos diários, caso o/ beneficiário/a pretenda ativar algum tipo de serviço de alerta (ex: toma de medicação ou data/horário de consultas).



O Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras representa, não só uma resposta imediata ao utente, em situações de emergência de saúde, segurança ou solidão, como se assume como um importante mecanismo de monitorização e acompanhamento.

Evitar ou retardar a necessidade de recurso à institucionalização de municípios em situação de isolamento ou dependência;
Contribuir para a manutenção de municípios em situação de isolamento ou dependência no seu domicílio, através da garantia de uma resposta imediata em situações de emergência, bem como apoio na solidão;
Garantir um serviço de apoio inovador, visando a melhoria da qualidade de vida, saúde, segurança e autoestima dos/as beneficiários/as.

Municípios que se encontrem em situação de vulnerabilidade ou dependência, seja por idade, doença, incapacidade ou isolamento.

Para adesão, devem preencher a Ficha de Inscrição disponível no site do Município e remeter à Divisão de Coesão Social, através dos seguintes meios:

Presencialmente no Palácio Marquês de Pombal, sito no Largo Marquês de Pombal, 2784-501 Oeiras.

Ou através de envio para o email:
dcsc@cm-oeiras.pt

Para os munícipes em situação de carência económica, a instalação e serviço são gratuitos. É da competência da Divisão de Coesão Social a avaliação da situação económica do agregado familiar. Para os munícipes não carenciados são aplicados os preços de instalação e mensalidade praticados pela empresa prestadora do serviço. Os preços abaixo, já contemplam um desconto de 10% para munícipes de Oeiras:

Mensalidade (equipamentos móveis) - 21,80€

A close-up photograph of a person's arm wearing a white lab coat. The arm is resting on a surface, and the sleeve of the lab coat is visible. Overlaid on the image are several purple and teal gear icons, each containing a different symbol representing social and healthcare themes: a group of people, a person in a wheelchair, a heart, a handshake, a person with a heart, a group of people with a heart, a person with a heart, a group of people, a person with a heart, and a group of people. The background is a soft, out-of-focus light blue.

ANEXOS

**Anexo I – Pedido à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e
respetiva autorização**

Exmo. Senhor
Dr. Cláudio Costa
claudio.costa@inem.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6875/CES/2021

**Assunto: Os cuidadores informais e a sobrecarga no cuidar dos utentes idosos com dependência:
projeto de intervenção comunitária.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
Luís FISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, L.P.

Parecer 053/CES/INV/2021

• **Título do projeto**

Os cuidadores informais e a sobrecarga no cuidar dos utentes idosos com dependência: projeto de intervenção comunitária

• **Investigador e instituição de afiliação**

Cláudio Alexandre Silva Costa, 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

• **Promotor / parceiros**

NA

• **Contacto do investigador principal**

claudio.costa@campus.esel.pt

• **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Professora Doutora Laura Viegas
Enfermeira Daniela Martins

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

Enf Magda Guerra – Interlocutora de Enfermagem

• **Local do estudo**

USF Lusa - ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Fundamentação

Na introdução do projeto deve ser incluída uma Revisão do estado da arte e descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros países por forma a justificar o mesmo sob o ponto de vista do seu valor social e pertinência científica.

Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais, principalmente em função da escassez de trabalhadores formais, escassez que, segundo o International Labour Office, configura uma limitação ao acesso a cuidados continuados de qualidade. (Entidade Reguladora Saúde, 2015)

Segundo um inquérito levado a cabo pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), observamos que, cerca de 60% dos cuidadores informais tem entre 45 e 64 anos. Mas quase 17% dos cuidadores já tem mais de 65 anos.

Os CENSOS 2011, realçam-nos alguns pormenores que se tornaram preocupantes num futuro próximo, como são por exemplo os números face aos idosos com ≥ 65 anos, que representam cerca de 21,5% da população abrangida pelo ACES, 65 % vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário (63% em Oeiras e 68% em Lisboa Ocidental). De realçar a percentagem elevada de famílias unipessoais com ≥ 65 anos, observada na última década, registando-se um aumento de 14,4% para 18,0% em Lisboa Ocidental. Curiosamente, em Oeiras, verificou-se um declínio de famílias clássicas unipessoais com ≥ 65 anos, baixando de 7,8% para 6,9%. (Censos, 2011)

A escolha do tema, tendo por base os cuidadores informais de utentes dependentes, surge da preocupação de apoiar todos aqueles que em determinado momento da sua vida, abraçam a difícil missão de cuidar de alguém que lhes é significativo, descurando por vezes a sua saúde. Os cuidadores informais, pelas muitas dificuldades diárias a que estão sujeitos ao longo do tempo de prestação de cuidados, entram

em sobrecarga, tornando-se, na sua grande maioria, vulneráveis a problemas físicos, emocionais, sociais e profissionais.

Não existindo neste momento, nenhum projeto de apoio ao cuidador informal de utentes dependentes na USF Lusa, este estudo poderá ser uma mais-valia, para todos aqueles que nesta fase da sua vida, se vejam abraços com as dificuldades diárias de cuidar de um familiar.

Questão de investigação: Qual a sobrecarga dos CI do idoso com dependência na área de influência da USF Lusa?

Objetivos

Implementar intervenção de enfermagem comunitária para diminuir a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência, inscritos na USF Lusa.

Objetivo específico

Identificar a sobrecarga dos cuidadores informais no cuidar dos utentes idosos dependentes;

Aplicar ações de enfermagem capazes de aliviar a sobrecarga do cuidador informal de utentes idosos

População, materiais e métodos

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

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa. Será sustentado nas etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Geraldes

- **População (se aplicável)**

Da população alvo deste estudo, fazem parte todos os cuidadores informais familiares, de utentes idosos dependentes inscritos na USF Lusa, referenciados através do cruzamento de informação da base de dados da vacinação CoVID-19 e a aplicação informática Sclinico.

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

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Critérios de Inclusão:

Critérios de exclusão: - Cuidadores com idade inferior a 18 anos; - Cuidadores que não têm registo de contacto telefónico nas aplicações informáticas Sclinico; - Cuidadores cujo contacto (telefone/email) não esteja correto; - Cuidadores que não respondam a 5 tentativas de contacto telefónico em períodos/dias distintos; - Cuidadores de idosos que se encontrem a residir em lares no momento do contacto ou que se encontrem internados em serviços de saúde; -Cuidadores secundários; - Cuidadores que não queiram participar;

Cálculo da dimensão amostral:

Modalidade de Recrutamento: Os cuidadores serão contactados telefonicamente pelo investigador. Posteriormente o mestrando agenda um encontro presencial ou online (Vídeo chamada) para a recolha de informação (resposta ao questionário) e informa que será aplicada uma intervenção de enfermagem para ajudar a gerir situações de cuidados do dia a dia.

- **Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)**

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

- **Fontes de informação e processo de recolha de dados (Incluir os questionários, escalas, formulários ou guiões de entrevistas a utilizar, em língua portuguesa. Se aplicável, enviar declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário).**

Questionário com 2 partes:

- questões sobre as variáveis sociodemográficas do cuidador e o contexto de cuidados e a escala que avalia a sobrecarga (Escala de Sobrecarga do Cuidador - Adaptada por Sequeira (2010), já autorizada pelo autor,
- características sociodemográficas da pessoa idosa, grau de independência nas AVD e estado cognitivo
 - Índice de Barthel (estas questões são as já presentes no Sclínico da USF Lusa).
 - Índice Lawton-Brody
 - avaliação do estado cognitivo, concretamente a orientação espaço-temporal (estas questões são as já presentes no Instrumento de Avaliação Integrada da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados- RNCCI).

Entrevista presencial ou online, dependendo da vontade, disponibilidade e capacidade do cuidador e do contexto pandémico.

Preferencialmente o mestrando deslocar-se-á ao domicílio do cuidador ou local a designar, onde entregará o questionário em papel para autopreenchimento, ou caso não seja possível, o mestrando faz as perguntas e anota as respostas. Se online, será adaptado o questionário no Google Forms, e o link seguirá por email.

Nota: Das questões relativas ao idoso dependente, refere-se que vão ser fornecidas pelo cuidador, no entanto, algumas questões, nomeadamente as relativas à Avaliação da orientação no tempo e no espaço têm indicação para serem realizadas de forma direta à pessoa cuidada

- **Plano de Análise Estatística**

Os dados irão ser introduzidos no software aplicativo "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versão 20 da IBM. Pretende-se efetuar estatística descritiva.

Cronograma

Ajustável

Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das Instituições envolvidas)

Omisso

2.2.7. Aspectos éticos

Deve ser claramente referido:

- Danos e riscos prováveis da investigação nos participantes (danos físicos, emocionais ou psicológicos), formas previstas para diminuir a sua ocorrência e ações programadas para os resolver.

Omisso

- **Explicar como é feita a proteção dos dados:**

- Processos de anonimização/anonimização irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;

Os questionários não carecem de assinatura, sendo identificados através de uma chave de identificação de forma a garantir o anonimato dos participantes no estudo, sendo arquivados num separador diferente dos termos de consentimento informado e guardados no gabinete da enfermeira coordenadora num armário fechado a chave.

- **Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso acidental ou propositado de terceiros;**

Todos os dados recolhidos, questionários e consentimentos informados irão ser armazenados, se em formato papel, em pasta adquirida para essa finalidade, que ficará em armário fechado à chave, no Gabinete da Enfermeira Interlocutora de enfermagem da USF Lusa, se formato eletrónico, numa pen apenas para esse efeito, que ficará também guardada no armário do gabinete acima mencionado.

- **No final da investigação qual o destino a dar aos formulários de recolha de dados, consentimentos informados, demais suportes de informação, bases de dados, amostras**

biológicas. O que não vai ser destruído, onde fica guardado, para que fins e com que medidas de proteção. Quanto tempo vai ficar guardado até ser destruído

Os dados serão conservados, apenas durante o período necessário de estudo. Assim, após o término deste projeto com a entrega e avaliação do mesmo, em janeiro de 2022, serão os mesmos destruídos ou anonimizados pelo investigador

As formas previstas de divulgação dos resultados

Omisso

Conflitos de interesse existentes

Omisso

Acesso aos participantes / pedido de consentimento:

Acesso aos cuidadores de forma indireta – Consulta no Sclínico do número de telefone ou outro contacto disponibilizado pelo cuidador

O acesso aos cuidadores é feito pelo mestrando no âmbito da Opção II, integrado na equipa de saúde da USF Lusa, a partir da verificação dos utentes idosos dependentes de cuidados, que se encontrem na base dados do programa Sclínico da USF Lusa, fazendo cruzamento com os utentes inscritos para vacinação CoVID-19. Após este levantamento, obtém-se os contactos dos cuidadores que são responsáveis principais pela prestação de cuidados aos utentes idosos dependentes.

A inclusão fica ainda sujeita a autorização do cuidador informal, após primeiro contacto telefónico e assinatura do consentimento informado.

dado que a intervenção têm como população alvo os cuidadores e não os idosos, toda a informação relativa ao idoso é fornecida pelo cuidador, pelo que não é pedido o consentimento informado ao idoso.

Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado	
**	
Título do projeto;	S
Promotor;	NA
Local onde se realiza o estudo	S
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	S
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	N
Porque está a ser convidado/a a participar	N
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	Incompleto
Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	S
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-se deste sem consequências e mantendo o seu tratamento médico sem alterações	S
Indicação de que os/as participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo (mas devem ser ressarcidos de eventuais gastos em transporte e afins se houver lugar a deslocações e procedimentos ou consultas que estejam fora do seguimento habitual do participante)	S
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da	S

participante (explicitar que caso o participante pretenda retirar-se do estudo a partir de um período de tempo poderá não haver lugar ao apagamento dos dados recolhidos até aquele momento)	
Contactos da equipa de investigação, do Encarregado de Protecção de Dados e das pessoas a contactar em caso de dúvidas, problemas ou questões sobre direitos do participante	S
Se há recolha de amostras biológicas, indicar qual o seu destino após a utilização para que é dado o consentimento; indicar se as amostras serão destruídas ou conservadas; no último caso indicar como será preservado o anonimato	NA
Declaração do sujeito indicando que foi informado e compreende as condições de sua participação e as aceita. No caso de pessoas menores ou não legalmente competentes, deve ser previsto o consentimento da pessoa legalmente responsável pelo sujeito. No caso de pessoas que não sabem ler ou escrever, o consentimento deve ser lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento deve ser obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha	S
Nome e assinatura do investigador que convida e nome e assinatura de quem aceita participar, em duplicado, ficando o original na posse do investigador e uma cópia para o/a participante	N

Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

No texto de CI refere que o estudo foi autorizado pela CNPD

CV dos Investigadores: Presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: parecer favorável da interlocutora da Enf Magda Guerra, Interlocutora de Enfermagem

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Omisso

Declaração do Diretor Executivo do ACES : Parecer favorável do Diretor Executivo do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, Dr Rafic Nordin

Previsão de custos financeiros para os ACES: Omisso

Compromisso de entrega de relatório final: Omisso

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

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

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

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

Apreciação:

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, de suporte à fase de diagnóstico de um projeto de intervenção sob metodologia de Planeamento em Saúde, com o objetivo de

implementar intervenção de enfermagem comunitária para diminuir a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência, inscritos na USF Lusa.

Da documentação enviada não ficam claros alguns aspetos para os quais se solicitam esclarecimentos:

- face ao objetivo do estudo de implementar uma intervenção, a qual desconhecemos, e ao conhecimento atual, não fica clara a pertinência da recolha de dados, nomeadamente quando está prevista uma colheita num período de tempo;

- na definição da população em estudo, não é clara a forma como se identificam os cuidadores informais, “através do cruzamento de informação da base de dados da vacinação CoVID-19 e a aplicação informática SClínico”, importando esclarecer nomeadamente, qual a fundamentação para esta proposta, que dados se propõem cruzar, quem o faz e com que acessos e outros que entendem clarifiquem a questão;

- no que reporta ao acesso aos eventuais participantes (contacto telefónico e telefonema), entende-se que o primeiro acesso a utentes, neste caso de uma USF, deverá ser sempre mediado por profissionais dessa mesma unidade. O acesso aos contactos desses utentes só poderá ser realizado após autorização expressa desses mesmos utentes;

- da colheita de dados, está prevista a colheita de dados relativos ao cuidados, mas também à pessoa cuidada. Refere-se que os dados da pessoa cuidada serão fornecidos pelo cuidador. Das questões relativas ao idoso dependente, refere-se que vão ser fornecidas pelo cuidador, no entanto, algumas questões, nomeadamente as relativas à Avaliação da orientação no tempo e no espaço têm indicação para serem realizadas de forma direta à pessoa cuidada. Esta questão não está esclarecida. Por outro lado, o investigador define que

apenas vai pedir consentimento ao cuidador. Esta questão deverá ser devidamente ponderada tendo em consideração o respeito pela autonomia da pessoa cuidada; afinal trata-se do acesso a dados de uma pessoa sem o seu devido consentimento;

- o projeto deverá conter a reflexão sobre os riscos possíveis para os participantes e eventuais conflitos de interesse a forma prevista de divulgação dos dados;

- o texto conducente ao consentimento informado deverá conter informação sobre o objetivo do estudo, a razão para o convite, o que implica a anuência para a participação no estudo. O Formulário deve ainda ponderar a assinatura do investigador;

- o período de manutenção dos documentos até à sua destruição deverá incluir um tempo razoável após a divulgação dos dados por forma a que, sendo necessário, os mesmos possam ser consultados. Do descrito sobre os dados serem “destruídos ou anonimizados pelo investigador”, importa esclarecer;

- a autorização da CNPD (referida no texto de consentimento informado deve ser enviada a esta CES;

- declaração do responsável da Unidade de Saúde, previsão de custos para o ACES, Compromisso de entrega de relatório final a esta Comissão.

Propomos o envio das objeções aos investigadores.

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

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

17.09.2021

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética da ARSLVT

Apreciação final:

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, de suporte à fase de diagnóstico de um projeto de intervenção sob metodologia de Planeamento em Saúde, com o objetivo de avaliar o nível de sobrecarga do cuidador informal (sem sobrecarga, sobrecarga moderada e sobrecarga intensa) de forma a adequar as estratégias de intervenção a desenvolver no contexto de estágio com relatório.

Foi realizada uma primeira avaliação e colocadas objeções relativas ao objetivo de estudo, definição da amostra, acesso aos participantes, texto de consentimento, armazenamento dos dados e envio do relatório final a esta CES.

Todas as questões foram respondidas, ficando evidente o respeito pelos princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e participantes pelo que se emite parecer favorável ao desenvolvimento do estudo.

02-11-2021

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

**Anexo II - Pedido de autorização para a realização do Projeto ao
Exmo. Sr. ° Dr. ° Rafic Nordin Diretor Executivo do ACES Lisboa
Occidental e Oeiras e respetiva autorização.**

Exmo. Sr. ° Dr.° Rafic Nordin

Diretor Executivo

do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Assunto: Pedido de autorização para a realização do Projeto “Os cuidadores informais e a sobrecarga no cuidar dos utentes dependentes”, inscritos na USF Lusa.

Pretendo através desta carta, requerer permissão para a realização da minha investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Começo assim por apresentar-me para depois descrever o conteúdo do estudo em causa.

O meu nome é Cláudio Alexandre Silva Costa, sou funcionário do Instituto Nacional de Emergência Médica desde junho de 2004 (n.º mecanográfico 96007), e a exercer funções de Enfermeiro de Suporte Imediato de Vida nas ambulâncias do Instituto desde agosto de 2013, encontro-me a frequentar o 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Para o meu projeto de mestrado, que se realiza entre abril de 2021 a janeiro de 2022, escolhi o tema - **Os cuidadores informais e a sobrecarga no cuidar dos utentes dependentes**; sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Laura Viegas e Orientação Clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Daniela Martins.

Com base nos dados recolhidos através do Plano Local de Saúde – ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (2014-2016), constatamos que, com um total de *233.465 habitantes (Censos 2011)*, *abrange uma área total de aproximadamente 61 Km2 sendo 41,8 Km2 do Concelho de Oeiras e 19,37 Km2 de Lisboa Ocidental.*

O concelho de Oeiras, com 172.120 habitantes – 46,58% homens e 53, 41% mulheres (Censos 2011), fica situado na margem norte do estuário do rio Tejo, fazendo fronteira a norte com os concelhos de Sintra e Amadora, a oeste com Cascais e a este com Lisboa.

Inicialmente composto por 10 freguesias, com a publicação da Lei nº 11-A/2013 de 28 de janeiro, foi reorganizado em 5 freguesias: União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo, União de Freguesias de Carnaxide e Queijas, União de Freguesias de Oeiras, São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias, Freguesia de Barcarena e Freguesia de Porto Salvo. (PLS 2014-2016)

Todas as freguesias afetas ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras apresentavam já naquela altura uma densidade populacional elevada e com uma tendência progressiva para se tornar ainda mais alta.

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras dispõe de 9 Unidades de Saúde Familiar (USF), 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e Gabinete do Cidadão. (PLS 2014-2016)

A população que é abrangida pelo ACES, é assistida pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), cuja rede abrange o Hospital de S. Francisco Xavier, o Hospital de Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz. Na área geográfica existem ainda algumas entidades de saúde privadas, como é o exemplo do Hospital da Luz/Clínica de Oeiras, a Clínica Médica da Linha, o Instituto do Coração.

Com base nos CENSOS 2011, realçam-nos à vista alguns pormenores que se tornaram preocupantes num futuro próximo, como são por exemplo os números face aos idosos *com ≥ 65 anos, que representam cerca de 21,5% da população abrangida pelo ACES, 65 % vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário (63% em Oeiras e 68% em Lisboa Ocidental). De realçar a percentagem elevada de famílias unipessoais com ≥ 65 anos, observada na última década, registando-se um aumento de 14,4% para 18,0% em Lisboa Ocidental. Curiosamente, em Oeiras, verificou-se um declínio de famílias clássicas unipessoais com ≥ 65 anos, baixando de 7,8% para 6,9%. (Censos 2011)*

A escolha do tema tendo por base os cuidadores informais de utentes dependentes, surge da preocupação de apoiar todos aqueles que em determinado momento da sua vida, abraçam a difícil missão de cuidar de alguém que lhes é significativo, descurando por vezes a sua saúde. Os cuidadores informais, pelas muitas dificuldades diárias a que estão sujeitos, tornam-se ao longo dos tempos, na sua grande maioria, vulneráveis a problemas físicos, emocionais, sociais e profissionais.

O Estatuto do Cuidador Informal (conforme consta no guia prático do Instituto da Segurança Social), foi aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, é um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio.

Neste sentido, torna-se de particular relevância, identificar o número de utentes dependentes de cuidados afetos à USF Lusa, e através destes, identificar não só os seus cuidadores informais, como as principais dificuldades por que passam e os apoios que já tem ao seu dispor.

Como referência, terei por base as dez medidas de apoios comuns ao cuidador informal, descritas no Guia Prático - Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal, do Instituto da Segurança Social, I.P, incidindo essencialmente nesta primeira fase, sobre os dois primeiros pontos:

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

Deste modo, venho por este meio solicitar autorização para aplicar questionário, no sentido de caracterizar a população em estudo (cuidadores informais familiares).

Aguardo ainda resposta ao pedido das devidas autorizações, à Exma. Sra. Enfermeira Graziela Pires, Vogal do Conselho Clínico do Aces LOO, ao Exmo. Sr.º Dr.º Bruno António Covelo Almeida, Coordenador da USF Lusa e Exma. Enfermeira Magda Guerra, Interlocutora de enfermagem da USF Lusa.

Para a realização deste projeto a Comissão de Ética da ARSLVT requer que entreguemos uma declaração passada por sua excelência Sr.º Diretor Executivo Rafic Nordin, relativo à disponibilidade para a realização do estudo, e acordo quanto às condições estruturais e de logísticas para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo.

A informação e os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos da área, garantindo sempre o sigilo e o anonimato, pedindo autorização para fazer referência no relatório de intervenção e no projeto, o ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras e a USF Lusa.

Agradeço desde já a atenção despendida,

Aguardo Deferimento,

Cordialmente

Cláudio Alexandre Silva Costa

Lisboa, 18 de Junho de 2021

Declaração

Eu, Rafic Nordin, Diretor Executivo do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, declaro, para os devidos efeitos, que tomei conhecimento do projeto de investigação “*Os cuidadores informais e sobrecarga no cuidar dos utentes dependentes*” e considerando o seu desenvolvimento de interesse autorizo a sua realização após cumpridos os requisitos da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Oeiras, 23 de junho de 2021.

O Diretor Executivo

Rafic Nordin, Dr.

**Anexo III - autorização para a realização do projeto da Exma. Sr.^a
Enfermeira Graziela Pires Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras**

REQUERIMENTO DE ESTÁGIO

Identificação da Entidade Requerente:

Denominação Social: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Morada: Av.ª Prof. Egas Moniz 1600-190 Lisboa

Código Postal: 1600-190 Lisboa

Telefone/Telemóvel: 218 912 200

Fax: 217 924 197

Email: apoiiodocencia2ciclo@esel.pt

Nº Identificação Fiscal (NIPC): 508 310 350

Identificação dos Estágios:

[illegible]

A preencher pelo Núcleo de Qualidade e Formação

Nº processo:	19270-(13)	Data de Entrada da Apreciação do Recetor:	
Data Entrada:	16/06/2021	O Funcionário	
O Funcionário	Sónia Carlas		

**Anexo IV – Resposta da Exma. Sra. Magda Guerra, Interlocutora
de Enfermagem da USF Lusa**

De: Magda Guerra | USF Lusa <magda.guerra@arslvt.min-saude.pt>

Data: 18/06/2021 19:43

Assunto: RE: Pedido de autorização para a realização do Projeto de Promoção da literacia em saúde

Para: Cláudio Alexandre Silva Costa <claudio.costa@inem.pt>

Cc: Daniela Martins | USF Lusa <daniela.c.martins@arslvt.min-saude.pt>

ATENÇÃO: Este email é de um remetente externo ao INEM. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.
CAUTION: This email was originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Boa tarde,

Antes de mais peço desculpa pelo atraso na resposta.

Particularmente acho este tema muito pertinente sendo o meu parecer positivo, para o desenvolvimento do referido projeto.

Ao dispor,

Magda Guerra

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária

USF Lusa

www.usflusa.pt



**Anexo V - Autorização para utilização da Escala de sobrecarga do
cuidador (Sequeira, 2007, 2010)**

De: Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>

Data: 06/06/2021 23:13

Assunto: FW: Pedido de utilização da Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007,2010)

Para: Cláudio Alexandre Silva Costa <claudio.costa@inem.pt>

Cc:

ATENÇÃO: Este email é de um remetente externo ao INEM. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

CAUTION: This email was originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Caro Cláudio Costa

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu estágio profissional.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NuriD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

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

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

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

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

Fontes para citação da Escala:

Sequeira, Carlos. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers", Journal of Clinical Nursing 22, 3-4: 491 - 500. doi: [10.1111/jocn.12108](https://doi.org/10.1111/jocn.12108)

Sequeira C. (2018). **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (2ª ed.)**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Sequeira, C. (2010). **Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**. Revista Referência, II Série, nº 12, Março, pp 9 a 16.

**Anexo VI - Autorização para utilização do Índice Lawton-Brody,
na versão apresentada por Sequeira (2007)**



Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>
ter, 29/06/2021 08:34



Para: Cláudio Alexandre Silva Costa

ATENÇÃO: Este email é de um remetente externo ao INEM. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

CAUTION: This email was originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Caro Cláudio,

Informo que nada tenho a opor à utilização da versão do índice de Lawton sobre o qual analisei as suas propriedades psicométricas, o seu trabalho de investigação.

O instrumento deve ser utilizado na totalidade e não pode ser alterado.

Com os melhores cumprimentos

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - **Escola Superior de Enfermagem do Porto**

Coordenador do Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – FMUP

Coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

...

Envio do Índice de Lawton-Brody (Sequeira, 2007) pelo Professor Carlos Sequeira

Pedido de autorização para utilização do Índice de Lawton-Brody



Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>
sex, 02/07/2021 17:46



Para: Cláudio Alexandre Silva Costa



lawton_Sequeira_2007.doc
43 KB

ATENÇÃO: Este email é de um remetente externo ao INEM. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

CAUTION: This email was originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Caro Cláudio Costa,
Segue o índice de lawton
Cumprimentos

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - **Escola Superior de Enfermagem do Porto**

Coordenador do Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – FMUP

Coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2



Carlos SEQUEIRA | Managing Director | doctoral | Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Porto | CINTESIS | Escola Superior de Enfermagem do Porto

Carlos Sequeira é professor coordenador na ESEP e investigador Principal no CINTESIS - Coordena o Grupo NursID. Pós-Doutorado em Saúde Mental Positiva; Doutorado em Ciências da Enfermagem - Tese - cuidadores de pessoas com demência. Assinou mais de 60 artigos científicos publicados em revistas científicas com factor de impacto. Autor de "Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental" e "Comunicação Clínica e Relação de Ajuda".

Versão Abreviada

Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007; 2010)

Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Pontuação _____

Item	AIVD	Cotação	Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2		Só liga para lugares familiares	2
	Só faz tarefas leves	3		Necessita de ajuda para o usar	4
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4		Incapaz de usar o telefone	
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5			
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só lava pequenas peças	2		Só anda de táxi	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3		Necessita de acompanhamento	3
				Incapaz de usar o transporte	4
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2		Só pequenas quantidades de dinheiro	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3		Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Incapaz de preparar	4			
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Só faz pequenas compras	2		Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Faz as compras acompanhado	3		Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
	É incapaz de ir às compras	4			

Fontes: Citação

Sequeira C. (2010, 2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Versão Completa

Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007; 2010)

Índice de Lawton – Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): este é um índice com uma pontuação que varia entre 8 e 30 pontos. Coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respectivo grau de dependência de acordo com a cotação: 8 pontos (independente); 9 a 20 pontos (moderadamente dependente) – necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos (severamente dependente) – necessita de muita ajuda.

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Fontes: Citação: Sequeira C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Modo como foi colocada no questionário do mestrando

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007)

Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) que compreendem oito tarefas como, usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro.

Leia com atenção e assinale com um círculo o algarismo corresponde à resposta que julgue mais adequada.

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Total _____

Anexo VII - CV do Mestrando



Cláudio Alexandre Silva Costa

Data de nascimento: 20/08/1977 | **Nacionalidade:** Portuguesa | **Género** Masculino |

(+351) 962442216 | claudio-costa1@sapo.pt |

Rua João das Regras N° 2 - 2º Dto, 2675-385, Odivelas, Portugal

● EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

05/08/2013 – ATUAL

ENFERMEIRO DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM) – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Tem como principal função, prestar os cuidados de saúde necessários para garantir uma reanimação com sucesso ou a estabilização das vítimas, até chegar ao estabelecimento de saúde adequado a cada caso ou até chegada de equipa médica ao local.

SIV Moura, Portugal

05/12/2018 – 17/05/2021

ENFERMEIRO INEM COM FUNÇÕES DE COORDENAÇÃO NO PROGRAMA REGIONAL DE DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA DE LISBOA (PRDAE LISBOA) – INEM

Coordenação do Gabinete do Plano Regional de Desfibrilhação Automática Externa do Sul.
Responsável pelo controlo de qualidade dos meios de socorro com DAE's integrados no PNDAE;
Enfermeiro em meios de exceção INEM;
Enfermeiro em situações de prevenção do INEM

27/09/2020 – 29/05/2021 – Lisboa

TREINADOR DE FUTSAL DO ESCALÃO SUB 11 E2 - BENJAMINS – SPORT LISBOA E BENFICA

- Treinos semanais (2x 1 hora semanais)
- Jogos ao fim de semana, integrados no Campeonato Distrital da Associação de Futebol de Lisboa
- Desenvolvimento da componente desportiva, social e humana em crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos.

Anteriormente treinou:

Iniciados do Clube Desportivo do Jardim da Amoreira (2019/2020)
Benjamins da União Desportiva de Alfovelos (2019/2020)

01/12/2016 – 05/12/2018

ENFERMEIRO AUDITOR DO PRDAE SUL DO INEM – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Enfermeiro auditor dos casos em que é utilizado o Desfibrilhador Automático Externo pelos meios de emergência afetos a Delegação Regional do Sul do INEM.

Lisboa, Portugal

01/05/2016 – 18/11/2016

ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO NA SEDE NACIONAL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS – ORDEM DOS ENFERMEIROS

Responsável por:

- Organização de eventos a nível nacional;
- Organização de deslocações da Bastonária e Presidentes Regionais;
- Contactos com a imprensa para divulgação de eventos;
- Gestão de conflitos / Reclamações;
- Gestão das redes sociais da OE (Facebook e Site)
- Gestão de protocolos de benefícios para os enfermeiros.
entre outros...

01/02/2016 – 27/02/2018 – Lisboa, Portugal

MEMBRO DA MESA DE ASSEMBLEIA REGIONAL DO SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS – ORDEM DOS ENFERMEIROS

2 — Compete à assembleia regional:

- a) Aprovar o plano de atividades e o orçamento apresentados pelo conselho diretivo regional;
- b) Aprovar o relatório e contas apresentados pelo conselho diretivo regional;
- c) Deliberar sobre assuntos de âmbito regional;
- d) Apreçar a atividade dos órgãos regionais e aprovar moções e recomendações de carácter profissional e associativo de âmbito regional;
- e) Aprovar os regulamentos necessários ao exercício das competências dos órgãos regionais;
- f) Pronunciar-se sobre todos os assuntos que não estejam compreendidos nas competências dos outros órgãos regionais e que lhe sejam apresentados pelo conselho diretivo regional;
- g) Elaborar e aprovar o seu regimento.

24/11/2014 – 01/03/2015

ENFERMEIRO – LINHA DE SAÚDE 24

Triagem, aconselhamento e encaminhamento para assistência e tratamento nas unidades do Serviço Nacional de Saúde.

15/09/2013 – 01/05/2015

ENFERMEIRO NA UNIDADE LOCAL SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO (ULSBA) - INTEGRADO NA SIV MOURA – ULSBA

- Apoio aos enfermeiros e equipas médicas de serviço no SUB de Moura
Moura, Portugal

01/09/2011 – 01/04/2015

ENFERMEIRO – SPORT LISBOA E BENFICA (ESTÁDIO DA LUZ)

Prevenção de acidentes e prestação de socorro a vítimas, que possam surgir durante eventos realizados no Estádio da Luz, nomeadamente nos jogos do Campeonato Nacional de Futebol, Taças de Portugal, Competições Europeias e Jogos da Seleção Nacional.

Um dos responsáveis pelo plano de socorro e evacuação de emergência do Estádio da Luz desde 01 de Outubro de 2012

Lisboa, Portugal

01/06/2004 – 04/08/2013

TÉCNICO OPERACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES DE EMERGÊNCIA (CODU DRL/INEM) – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Atendimento e triagem de pedidos de socorro (via 112);
Envio de meios de emergência adequados a cada pedido de emergência

Lisboa, Portugal

01/06/2004 – 04/08/2013

TRIPULANTE DE AMBULÂNCIA DE EMERGÊNCIA – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Prestação de socorro na vertente não medicalizada a vítimas de doença súbita e/ou trauma, nas Ambulâncias, Moto e Viatura de Intervenção em Catástrofes do INEM;

Lisboa, Portugal

09/2003 – 09/2004

PROFESSOR DE NATACÃO – ESTÁDIO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Aulas de adaptação ao meio aquático, natação níveis I, II e III mais de 12 anos

Portugal

08/2001 – 07/2014

BOMBEIRO VOLUNTÁRIO – BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE ODIVELAS

Cumprimento de missões de salvamento à vida humana e bens em perigo, mediante prevenção e extinção de incêndios, o socorro a vítimas/doentes e prestação de outros serviços previstos nos regulamentos internos da instituição e demais legislação aplicável.

Portugal

10/1997 – 09/2003

NADADOR-SALVADOR – ESTÁDIO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Responsável pela segurança dos utentes e planos de água das piscinas do Estádio Universitário de Lisboa

Portugal

● **EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO**

02/06/2020 – 02/03/2021 – Rua Rodrigues Sampaio, nº 97, 3º, Lisboa

TÉCNICO SUPERIOR DE SEGURANÇA NO TRABALHO – EspiralSoft

18 Valores

10/09/2018 – 24/07/2019 – R. da Junqueira 188-198, Lisboa

PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – Universidade Lusíada

14 Valores

05/01/2018 – 30/06/2019 – Rua Joaquim António de Aguiar, n.º 19, Lisboa, Portugal

TREINADOR DE FUTSAL UEFA C - GRAU I – Associação Futebol de Lisboa - AFL

Duração de 691 Horas

Nota final de 15 Valores

24/04/2019

FORMAÇÃO EM CONDUÇÃO DEFENSIVA DE VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO DO INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

O principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

22/02/2019

FISIOLOGIA DE VOO E SEGURANÇA EM HELIPORTOS- HELICÓPTEROS INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde.

11/10/2017

FORMAÇÃO DE FORMADORES DE SBV-DAE INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

- . Algoritmo de Suporte Básico de Vida Adulto;
- . Prática de SBV, PLS, DVA;
- . Algoritmo de DAE e Demonstração;
- . Prática de SBV-DAE;

10/09/2015 – 06/07/2016

PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa

14 Valores

05/09/2013 – 21/06/2015

LICENCIATURA EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO - ÁREA OPCIONAL DE JORNALISMO – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa

14 Valores

05/09/2007 – 21/07/2011 – Lisboa, Portugal

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM – Escola Superior de Saúde de Ribeiro Sanches

14 Valores

05/01/2013 – 03/07/2013 – R. Rodrigues Sampaio 97 3º, Lisboa

FORMAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL DE FORMADORES – EspiralSoft

01/06/2004 – ATUAL

CURSOS EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR

Últimas formações:

Formação em condução de emergência - VMER INEM (INEM - Junho de 2019)

Formação em Fisiologia de Voo - Helicóptero INEM (INEM - Janeiro de 2019)

Formação de Formadores em SBV-DAE (INEM 2017);

Módulo Suporte Avançado de Vida (INEM 2013);

Módulo Emergências Médicas (INEM 2013);

Módulo Emergências e Trauma (INEM 2013);

Módulo Emergências Pediátricas e Obstétricas (INEM 2013);

Módulo Transporte em Doente Crítico (INEM 2013);

Advanced Trauma Life Support (ATLS Portugal 2011);

Módulo Suporte Imediato de Vida (ESERS 2010);

Condução Defensiva de Ambulância (INEM 2006);

Método de Saver (INEM 2006);

Formação em Cinemática do Trauma (INEM 2006);

Defibrilhação Automática Externa (INEM 2004, 2007);

Operador de Telecomunicações de Emergência Médica de Centro de Orientação de Doentes Urgentes (INEM 2004);

Tripulante de Ambulância de Socorro (ENB 2003 e INEM 2007 e 2011);

Salvamento e Desencarceramento (ENB 2003)

● **COMPETÊNCIAS LINGÜÍSTICAS**

Língua(s) materna(s): PORTUGUÊS

Outra(s) língua(s):

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Produção oral	Interação oral	
ESPAÑHOL	C2	C1	C1	C1	B2
INGLÊS	B1	B1	B1	B1	B1

Níveis: A1 e A2: Utilizador de base; B1 e B2: Utilizador independente; C1 e C2: Utilizador avançado

● **CONFERÊNCIAS E SEMINÁRIOS**

Seminários

Participou nas 9ª Jornadas Nacionais de Emergência (2002);

Participou na 7ª Reunião de Senologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (2010);

Participou no 1º Encontro de Enfermagem de Emergência - Associação Portuguesa de Enfermeiros (2012).

● **COMPETÊNCIAS DE ORGANIZAÇÃO**

Competências de organização

Destaque para o trabalho realizado em equipa, cordialidade e respeito pela equipa multidisciplinar e boa adaptação a qualquer ambiente novo. Capacidade de liderança perante qualquer situação inesperada, devido às formações levadas a cabo no INEM.

● **COMPETÊNCIAS SOCIAIS E DE COMUNICAÇÃO**

Competências sociais e de comunicação

Boa capacidade de comunicação, desenvolvida ao longo dos anos, através das várias experiências profissionais exercidas, destacando-se o trabalho com as pessoas em situação de emergência e seus familiares.

● **COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM O TRABALHO**

Competências relacionadas com o trabalho

Diversas competências na área do pré-hospitalar e do intra-hospitalar, quer pelas diversas formações realizadas, quer pelas experiências profissionais executadas

● **OUTRAS COMPETÊNCIAS**

Outras competências

Triatleta Federado pela Federação Portuguesa de Triatlo;
Praticante de Bodyboard;
Fotógrafo e editor de imagem e vídeo;
Caçador com Arma de Fogo (categorias C e D) e Besteiro Atirador;
Licença de Patrão Local (Escola Naval de Lisboa)
Treinador de Futsal de Grau I (a frequentar Curso da AFL - 2018)

● **DISTINÇÕES E PRÉMIOS**

Distinções e Prémios

Agradecimentos por:

- Acompanhamento da Seleção Portuguesa de Futebol no Euro 2004;
- Gestão da Sala de Crise do INEM, no acidente com autocarro português na Galiza (Espanha), do qual resultaram 54 feridos (5 em estado grave e 1 morto) - 22 de Julho de 2006;
- Responsável no local, pela evacuação e transporte para outras unidades hospitalares das doentes da Urgência e Bloco de Partos da Maternidade Alfredo da Costa, durante o incêndio que deflagrou na citada maternidade no dia 15 de Outubro de 2006;
- Colaborou na evacuação dos doentes internados no Serviço de Medicina do Hospital de São Francisco Xavier, durante o incêndio que deflagrou no dia 05 de Abril de 2009;
- Membro do Posto de Comando Conjunto da Nato, responsável pelos meios de socorro INEM (Congresso e Comitativas Presidenciais), na Cimeira da Nato de Lisboa entre os dias 18 e 21 de Novembro de 2010.
- Coordenou e geriu vagas hospitalares durante o socorro às vítimas resultantes da colisão entre comboios na linha de Sintra no dia 02 de Maio de 2012.
- Membro INEM integrado na Equipa da Presidência Portuguesa da União Europeia (janeiro a junho de 2021)
- Reconhecimento de Mérito Público pelo serviço prestado como enfermeiro INEM durante a fase pandémica em Portugal, pela Senhora Ministra da Saúde, Dra. Marta Temido

**Anexo VIII - Declaração da orientadora científico e pedagógico do
estudante do 12º curso de mestrado em enfermagem na área de
especialização em enfermagem comunitária da ESEL**



DECLARAÇÃO DA ORIENTADORA CIENTÍFICO E PEDAGÓGICO DA ESTUDANTE DO
12º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA ESEL

Laura Maria Monteiro Viegas, Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), declara, para os devidos efeitos, que se responsabiliza pela orientação do estágio e do respetivo relatório do mestrando, Cláudio Alexandre Silva Costa, licenciado em Enfermagem.

O estágio decorrerá de outubro de 2021 a fevereiro de 2022, na Unidade de Saúde Familiar Lusa do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras e integrado no 3º semestre do plano de estudos do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Lisboa, ESEL, 29 de julho de 2021

A Professora Adjunta da ESEL

Assinado por : **Laura Maria Monteiro Viegas**
Num. de Identificação: B105525269
Data: 2021.07.29 14:05:36+01'00'

