



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

**CAPACITAR OS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOA
DEPENDENTE NO DOMICÍLIO:
Projeto de intervenção comunitária no concelho do
Seixal**

Rosa Maria dos Santos Bernardino Amaro

**Lisboa
2022**



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

**CAPACITAR OS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOA
DEPENDENTE NO DOMICÍLIO:
Projeto de intervenção comunitária no concelho do
Seixal**

Rosa Maria dos Santos Bernardino Amaro



Orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado de
Sousa



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Edmundo Sousa, pelo aconselhamento, acompanhamento e disponibilidade;

Aos enfermeiros da UCC Seixal, especialmente à sua coordenadora Vera pela possibilidade de realizar o estágio e colaboração na implementação do projeto;

Aos restantes elementos da equipa multidisciplinar da UCC do Seixal pela receção e integração na equipa;

Às enfermeiras da USF Torre da Marinha, com quem trabalho e partilho diariamente as dificuldades e conquistas deste percurso, agradeço o apoio e a colaboração;

Aos Cuidadores Informais pela receptividade, amabilidade e partilhar de vivências pessoais;

A toda a população a quem presto cuidados pela compreensão demonstrada nas minhas ausências;

À enfermeira chefe, Amélia Silva, pela motivação, apoio e disponibilidade;

Ao meu marido, Luís Amaro, pelo apoio incondicional, pelo exemplo de humanismo e dedicação, que ao longo da sua carreira teve para com todos os intervenientes nos cuidados de saúde;

Aos meus filhos pela inspiração e motivação.

A todos, estou muito grata.

LISTA DE ABREVIATURA, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES AS	Agrupamento de Centros de Saúde Almada/Seixal
APA	<i>American Psychological Association</i>
α	Alfa
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVDs	Atividades de vida diária
CI/CIs	Cuidador informal/ Cuidadores informais
CES	Comissão de ética da Saúde
CINAHL	Índice cumulativo para enfermagem e Allied Health Literature
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EpS	Educação para a saúde
ESC	Escala de Sobrecarga do Cuidador
IDT	Índice de dependência total
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISO	Organização Internacional para a Padronização
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NFI	Núcleo de Formação e Investigação
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
%	Por cento
PD/ PDs	Pessoa dependente/ Pessoas dependentes
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP	Unidade de Recursos Assistências Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
VD/ VDs	Visita domiciliaria / Visitas domiciliares

RESUMO

Ter um familiar dependente dos cuidados de outrem implica que o sistema familiar se adapte, fortaleça a linha de resistência e reponha o equilíbrio. É muitas vezes um familiar próximo que se torna o cuidador informal (CI). A assunção do papel de prestador de cuidados no domicílio, sujeita o cuidador a um elevado stress, com efeitos negativos na sua saúde física e mental.

Neste sentido, foi desenvolvido este projeto de intervenção em enfermagem comunitária, cujo objetivo foi capacitar os cuidadores informais (CIs) de pessoas dependentes (PDs), pertencentes à Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Seixal, de forma a adquirirem conhecimentos sobre estratégias compensatórios da sobrecarga, melhorando assim, a sua qualidade de vida.

Com base na metodologia do Planeamento em Saúde e na teoria dos Sistemas de Betty Neuman, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária dirigido aos CIs. Foi feito o diagnóstico de situação de saúde aplicando um questionário com a escala de Sobrecarga do cuidador (ESC) adaptada. Da análise dos resultados recolhidos e de acordo com o referencial teórico, elaboraram-se os diagnósticos de enfermagem com base na identificação dos stressores, fatores de sobrecarga, que ameaçam o equilíbrio do sistema CI. A aplicação das competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária possibilitou o desenvolver de estratégias de capacitação dos CIs, que através da educação para a saúde (EpS), adquiriram conhecimento de autocuidado ao nível das variáveis fisiológica, psicológica e sociocultural do sistema cliente.

Palavras-Chave: Cuidador informal; Sobrecarga; Pessoa dependente; Comunidade; Intervenção de Enfermagem

ABSTRACT

Having a family member who is dependent on medical care implies adaptation, resilience and balance setting of its family. Often, this care rests on a close family member who becomes the informal caregiver (IC). The assumption that this care is taken at the family home subjects the informal caregiver to high stress loads, with immediate negative effects on its mental and physical health.

With this in mind, this intervention research project on community health nursing was developed with the objective of better enabling informal caregivers with the task of taking care of their loved ones, by sharing with them strategies that aim to compensate possible physical and mental overload and thus better quality of life of all involved. The dependent subjects are under the care of Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) in Seixal.

Based on the Health Planning methodology and on the The Neuman Systems Model, the reasearch project was developed with a comnunitary intervention directed on the informal caregivers. A diagnosis on their health situation was conducted with the use of an adapted Zarit Burden Interview (ESC). From the analysis of obtained results and according to the theoretical references, several nursing diagnoses were proposed based on the identified stress factors of each IC. The use of spetiality nursing competences in community health nursing made possible the development of strategies to better capacitate the IC, who through Health Education, have acquired care knowledge on physiological, psychological, and socio-cultural of himself and others.

Keywords: Informal Caregiver; Burden;Disabled Persons;Community;Nursing Intervention

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEORICO	15
1.1. Envelhecimento populacional e dependência de outrem	15
1.2. Cuidador informal versus papel do cuidador familiar	16
1.3. O empowerment das comunidades, enquanto competência específica do especialista em enfermagem comunitária.	19
1.4. Modelo teórico de Betty Neuman	20
2. PLANEAMENTO EM SAÚDE	23
2.1. Diagnóstico da Situação	23
2.1.1. Contextualização do Local da Intervenção	24
2.1.2. População, População Alvo e Amostra	25
2.1.3. Instrumento de Colheita de Dados	26
2.1.4. Análise e Discussão dos Resultados	28
2.1.4.1. Caracterização sociodemográfica dos CIs.	29
2.1.4.2. Avaliação da Sobrecarga do Cuidador	33
2.1.4.3. Caracterização sociodemográfica e do nível de dependência das pessoas alvo de cuidados.	36
2.1.5. Diagnóstico de Saúde	36
2.1.5.1. Diagnóstico de Enfermagem	37
2.2. Determinação de Prioridades	39
2.3. Fixação de objetivos	40
2.4. Seleção de estratégias	44
2.5. Preparação operacional	46
2.6. Avaliação	52
3. QUESTÕES ÉTICAS	55
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	57
4.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	57
4.2. No âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	58
4.3. No âmbito do Mestrado e descritores de Dublin	59
5. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ANEXOS

ANEXO 1- Autorização do diretor executivo do ACES

ANEXO 2- Autorização da coordenadora da UCC para a implementação do projeto de estágio

Anexo 3- Parecer favorável da CES da ARSLVT

Anexo 4 - Autorização da Coordenadora da UCC do Seixal, para identificação desta unidade funcional no relatório estágio

Anexo 5 – Certificado de Autor de poster

Anexo 6 – Certificado de Autor de participação em capítulo de livro

APÊNDICES

Apêndice 1- Cronograma do projeto de intervenção comunitária

Apêndice 2 – *Scoping Review*

Apêndice 3 – Representação esquemática do Modelo dos Sistemas de Neumen aplicado ao sistema cuidador Informal

Apêndice 4 – Quadro de Resultados da Escala de Sobrecarga do CI

Apêndice 5 – Análise dos Resultados da Escala de Sobrecarga do CI

Apêndice 6 – Caracterização da PD alvo de cuidados

Apêndice 7 – Árvore de decisão e Grelha de análise para determinação de prioridades

Apêndice 8- Convite para a sessão de EpS

“Cuidar de mim para cuidar melhor do meu familiar”

Apêndice 9- Planificação da Sessão de Educação para a Saúde

Apêndice 10 - Grelha de participação na sessão

Apêndice 11- Folheto informativo “Ser Cuidador Informal”

Apêndice 12- Folha de Presença - Sessão de Educação para a Saúde

Apêndice 13- Manual de apoio ao cuidador informal

Apêndice 14- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1- Distribuição dos CIs por sexo	30
Gráfico 2- Distribuição dos CIs segundo o estado civil	30
Gráfico 3 - Distribuição dos CIs segundo a escolarização	30
Gráfico 4 - Distribuição dos CIs segundo a situação profissional	31
Gráfico 5 - Distribuição dos CIs de acordo com a coabitação com a PD	31
Gráfico 6 - Distribuição dos CIs segundo o grau de parentesco com a PD	32
Gráfico 7 - Distribuição dos CIs pelo tempo em que decorre a prestação de cuidados	32
Gráfico 8 - Distribuição dos CIs pelos níveis de sobrecarga	33
Gráfico 9 - Score médio apresentado por cada fator de sobrecarga	35
Gráfico 10 - Avaliação dos Indicadores de Satisfação	54

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia CIPE	37
Quadro 2 – Identificação dos Objetivos	41
Quadro 3 – Caracterização das Reuniões realizadas	50
Quadro 4 - Avaliação dos Indicadores de Atividade	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos CIs por idade	29
Tabela 2- Número de horas diárias de prestação de cuidados	33

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório é parte integrante da unidade curricular – Estágio com relatório, referente ao 3º semestre do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e expõe os resultados de um projeto de investigação-ação realizado em contexto comunitário, que decorreu entre outubro de 2021 e fevereiro 2022 (Apêndice 1).

O trabalho teve como objetivo identificar e dar resposta a um problema de saúde comunitária – capacitar os cuidadores informais para melhor responder aos fatores de sobrecarga associados ao cuidar de PD. A metodologia de trabalho utilizada no estudo/projeto foi o planeamento em saúde.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública estabelece na alínea a) do seu segundo artigo, que o enfermeiro com base na metodologia do Planeamento em Saúde, tem a competência para fazer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os descritores de Dublin, para o 2º ciclo, preconizam que os mestrandos demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão adquiridos ao nível do 1.º ciclo e sejam capazes de os desenvolver, aprofundar e aplicar em situações originais ou em contexto de investigação.

Este relatório demonstra que do estágio resultou o desenvolvimento de competências para a resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares; a integração de conhecimentos como forma de lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções responsáveis do ponto de vista ético e social; a capacidade de comunicar os conhecimentos e conclusões, a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Por fim, demonstra também que existe competência para a aquisição de aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011).

Já em 2012, Carneiro afirmava que devido à diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade ao longo de várias décadas, a característica dominante da população portuguesa era o progressivo envelhecimento da sociedade, que se refletia num peso crescente da população sénior e numa redução do peso da população ativa.

O índice de dependência de idosos é definido pelo INE (2021) como a relação entre a população idosa (sessenta e cinco ou mais anos) e a população em idade

ativa (população entre os quinze e os sessenta e quatro anos), ou seja, é o número de idosos por cada 100 ativos. Desta forma, associado ao aumento do índice de envelhecimento da população Portuguesa encontra-se também em crescimento o índice de dependência da população idosa.

A alteração do perfil demográfico tem vindo a ser acompanhada pela alteração estrutural da família tradicional, na “...composição e dimensão das famílias portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, as quais, embora de forma ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas no conceito de núcleo familiar” (Carneiro, 2012, p.45). A família como entidade de suporte de cuidados, tem sofrido alterações profundas na sua dinâmica, também porque a mulher, outrora principal cuidadora, assume atualmente outras funções que colocam dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio (Sequeira, 2010).

O aumento da esperança média de vida, está associado ao aumento da doença crónica e incapacitante, representando assim um acréscimo de necessidades de apoio para os cuidados pessoais e de saúde (Sequeira, 2010). Uma pessoa dependente é aquela que durante um período, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outrem para realizar certas atividades da vida diária (Andrade, 2009).

Os múltiplos estudos relativos a cuidadores informais, demonstram a importância da família no desempenho deste papel Carvalho (2010), refere que “apesar da tendência de transformação na política e mudança nas situações de dependência, a família continua a ser a principal cuidadora...” (p. 6). Cuidar de uma pessoa dependente no domicílio requer empenho e cuidados permanentes, repercutindo-se em alterações na vida pessoal, profissional, social e conjugal dos cuidadores. A prestação de cuidados a pessoas com dependência pode “...gerar sobrecarga quando o cuidador principal está sob estresse, não possui uma rede social de apoio (...), portanto, o profissional precisa traçar um plano de cuidados para o binómio idoso-família” (Kobayasi et al., 2019,p.141).

O cuidador informal, surge neste contexto, como o promotor da manutenção da pessoa com dependência na comunidade, necessitando consequentemente, ele próprio, de apoio não só para manter a qualidade dos cuidados que presta ao dependente, mas também para manter a sua qualidade de vida (Sequeira, 2010).

A escolha do tema para o projeto de intervenção, surgiu da constatação de que cuidar permanentemente de outrem, representa para o cuidador uma sobrecarga que pode variar de intensidade ou estar relacionada com variáveis contextuais. Surge

assim a pretensão de promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores informais de utentes em ECCI do Seixal, com o objetivo de lhes diminuir o *stress* relacionado com o cuidado, pela aquisição de conhecimento para a adoção de estratégias compensatórias dos fatores de sobrecarga.

Este relatório descreve a implementação e avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária, tendo por base o Diagnóstico de Necessidades em Saúde de uma comunidade e descreve a avaliação das estratégias e intervenções realizados para responder às necessidades prioritárias, demonstrados pelos CIs.

A metodologia do planeamento em Saúde foi precedida pelo mapeamento e análise da evidência científica, através de uma revisão scoping, na base de dados MEDLINE e CINAHL, seguindo o protocolo da Joanna Briggs Institute (The Joanna Briggs Institute, 2015) (Apêndice 2).

Para além da introdução, o relatório foi estruturado em dois capítulos e uma conclusão. A introdução contextualiza e justifica o tema, apresenta os objetivos e a estrutura interna. O primeiro capítulo desenvolve o enquadramento teórico, abordando o papel do cuidador informal, é apresentado o modelo de promoção de saúde de Neuman como referência concetual e um modelo de educação para a saúde aplica à enfermagem comunitária. O segundo capítulo desenvolve a metodologia do planeamento em saúde, seguindo as fases preconizadas por Nunes (2016). No final, são enumeradas as competências desenvolvidas no âmbito da especialidade em enfermagem comunitária e a conclusão apresenta uma reflexão sobre a intervenção efetuada com os CIs.

Este trabalho segue as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição, obedecendo ao critério definido pelo guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. ENQUADRAMENTO TEORICO

Neste capítulo fundamenta-se a problemática em estudo, baseada na revisão da literatura, incluindo a Revisão Scoping. Serão expostos os conceitos e as perspectivas de vários autores.

1.1. Envelhecimento populacional e dependência de outrem

Atendendo ao cenário central das projeções do INE para o intervalo temporal 2018 - 2080, Portugal perderá população, passando dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas, o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões. O número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões e o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, isto resulta do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Estima-se ainda que em Portugal, o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2050 (INE, 2020).

O observatório para as migrações, faz referência ao índice de dependência de idosos, que relaciona a população idosa com a população ativa, ou seja, refere o nº de idosos por cada 100 ativos (entre os 15 e os 64 anos). Portugal em 2016, apresentava um índice de 33 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, ocupando o quarto lugar da tabela dos países europeus com maiores índices de dependência, sendo apenas superado pela Itália (35) e pela Grécia (34), e igualado pela Finlândia (33).

Paúl e Fonseca (2001) referem que o envelhecimento do ser humano é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, associado a alterações funcionais, psicológicas e sociais do desenvolvimento, que implicam uma contínua adaptação, no sentido da procura de novos equilíbrios, internos e externos.

Ao processo de envelhecimento está, muitas vezes, associado o declínio funcional, cognitivo, a doença crónica e as limitações e níveis de dependência, cousados por estas (Kobayasi et al., 2019).

Atendendo às previsões de aumento do índice de envelhecimento da população prevê-se consequentemente um grande aumento do índice de dependência total (IDT), definido pelo INE (2021) como a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, determinado pelo quociente entre o

número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 ($\frac{\text{jovens+idosos}}{\text{pop. (15-64 anos)}} \times 100$).

A dependência é a incapacidade que a pessoa apresenta para realizar as suas atividades de vida diárias, tendo necessidade de um cuidador. Esta incapacidade é resultante de um estado de fragilidade ou vulnerabilidade da pessoa, que, no caso das pessoas idosas, está associada sobretudo ao aparecimento de complicações decorrentes de patologia ou acidente. Pode ser agravada por fatores a que os indivíduos estão expostos como a alimentação deficitária, falta de ajudas técnicas, ambientes inadequados ou a polimedicação (Sequeira, 2010).

O Decreto-Lei nº 101/2006 (2006) refere que a pessoa dependente é a que necessita de cuidados permanentes, definindo dependência 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 (p.3857).

O surgimento da dependência implica a transição para uma nova vida devido a um acontecimento, que pode ou não ser antecipado, pode surgir abruptamente como um acidente vascular cerebral, ou pode surgir progressivamente e de forma previsível, como acontece no caso das demências (Sequeira, 2010).

1.2. Cuidador informal versus papel do cuidador familiar

A temática relativa ao cuidador informal assume especial relevância devido ao envelhecimento da população, à diversificação do contexto social, determinado pela alteração da estrutura familiar, pelo gradual aumento da idade da reforma, e pela adesão das mulheres ao trabalho fora de casa. As atuais políticas sociais apelam a que as pessoas dependentes permaneçam nos seus ambientes familiares e as políticas de saúde também seguem a mesma orientação, no sentido de valorizar os tratamentos ambulatoriais e a diminuição dos tempos de demora média de internamento (Pereira, 2011).

Vários autores (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010; Pereira, 2011) definem o cuidador informal, como um familiar ou convivente significativo que presta cuidados a outrem de forma regular e não auferir qualquer remuneração pelos cuidados que presta.

Em 2019, Portugal aprova o Estatuto do Cuidador informal (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro) onde se distingue o cuidador informal principal do cuidador informal não principal. O Cuidador Informal principal é definido como

o familiar até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada que acompanha e cuida do familiar dependente de forma permanente, vive com ela em comunhão de habitação e não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (p. 9),

e o cuidador informal não principal como,

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

Rocha (2019) salienta a importância dos cuidadores informais como parceiros dos profissionais de saúde no cuidar, e em particular dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. Faz referência a alguns estudos que demonstram que cerca de 80% dos cuidados de saúde de pessoas dependentes são prestados por estes cuidadores, que assim, colmatam algumas falhas do sistema de saúde e evitam maior sobrecarga dos serviços. Deste modo as pessoas dependentes permanecem o máximo de tempo no seu ambiente familiar e os seus cuidadores são maioritariamente familiares que prestam cuidados cada vez mais complexos (Rocha, 2019).

Pereira (2011), baseando-se em diversos estudos feitos em pequenas amostras da população portuguesa, constata que o perfil dos cuidadores a nível nacional está em consonância com a realidade internacional.

As mulheres assumem maioritariamente a responsabilidade dos cuidados (...); na sua grande maioria encontram-se na faixa etária acima dos 50 anos de idade; são as filhas e as esposas que predominantemente assumem a responsabilidade de cuidar; as filhas são as que assumem maioritariamente a prestação dos cuidados, seguindo-se, depois, os cônjuges, mas com um valor menos expressivo; quando avaliada a situação laboral, o padrão da maioria dos cuidadores situa-se na categoria de não ativo (entendido como reformado, sem ocupação, doméstico ou desempregado) (p.25).

A família como entidade de suporte de cuidados, tem sofrido alterações profundas na sua dinâmica, também porque a mulher, outrora principal cuidadora, assume atualmente outras funções que colocam dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio (Sequeira, 2010). Numa primeira fase, a aquisição de novos papéis e a reestruturação de funções no seio familiar fragiliza os membros, pelo que a capacidade de reorganização nem sempre decorre de forma pacífica. A experiência e a capacidade de cada família responder às situações de crise que decorrem de acontecimentos que tornam o seu familiar dependente da prestação de cuidados de outros, são variáveis, sendo que “este novo papel é experienciado através de uma

multiplicidade de necessidades e sentimentos, muitas vezes contraditórios e antagônicos, pela tensão, competência e conflito associado” (Fernandes & Ângelo, 2016, p.676). A capacidade que cada família apresenta, para se adaptar e dar resposta aos cuidados de que precisa o seu membro dependente, é distinta para cada família e dependente de múltiplos fatores internos e externos. É por isso, importante perceber quais as necessidades vivenciadas pelos cuidadores informais, face à exigência de prestar no domicílio, cuidados ao seu dependente. Rocha (2019) faz referência aos vários estudos que apontam para a impreparação dos cuidadores informais, sobretudo quando começam a sê-lo, independentemente de esta função começar de forma inesperada como consequência de um acidente ou de doença súbita incapacitante, ou ainda de surgir de forma progressiva derivada de um processo degenerativo. Os mesmos estudos referem que os cuidadores informais apresentam

(...) poucos conhecimentos essencialmente sobre as implicações que o cuidar terá na sua vida quotidiana, sobre as atividades necessárias para cuidar do seu familiar e de si mesmo e tendem a subestimar os problemas e responsabilidades que terão de enfrentar ao longo do tempo (p.1).

Atendendo a este facto, salienta-se a importância do papel privilegiado que os enfermeiros que trabalham na comunidade, têm a nível da formação dos cuidadores, uma vez que são estes que estão mais próximos das famílias, que melhor conhecem as suas realidades e dificuldades, o que facilita a aprendizagem, o treino de novas habilidades e competências. Esta formação confere ao cuidador maior segurança, menorizando o cansaço físico e mental e aperfeiçoando a capacidade de cuidar. O enfermeiro também desempenha o papel de “elo de ligação entre o cuidador e as instituições de apoio, quer informando-o dos recursos que existem à sua disposição, quer detetando precocemente alguma situação que necessite de encaminhamento”. O enfermeiro e o cuidador formam uma equipa onde a cooperação entre ambos, garante cuidados de qualidade à pessoa em situação de dependência e maior capacitação do cuidador informal (Rocha, 2019,p.1)

Os cuidadores informais assumem por vezes outras designações mais específicas, como seja, cuidador principal ou cuidador familiar. Neste trabalho o “cuidador informal”, é definido com base nos aspetos comuns citados pelos diversos autores, estando desta forma, implícito que o “cuidador informal” é simultaneamente o cuidador principal, ou seja, alguém que cuida de forma permanente, que vive em coabitação e tem com a pessoa dependente algum grau de parentesco, não auferindo qualquer remuneração pelos cuidados que presta a esta pessoa.

1.3. O *empowerment* das comunidades, enquanto competência específica do especialista em enfermagem comunitária.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, viabilizam o desenvolvimento de projetos de saúde direcionados às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Petersen & Kwan (2010) definiram *empowerment* como o processo através do qual as pessoas e as comunidades adquirem um controlo, cada vez maior, sobre as decisões que afetam a sua saúde. Melo (2020) faz referência ao conceito de capacitação dos indivíduos e das comunidades como um processo de promoção de saúde, que visa aumentar a capacidade dos mesmos no sentido de controlarem e melhorarem a sua saúde. Isto dentro de uma abordagem sistémica de comunidade, em que a comunidade é um sistema aberto e dinâmico sempre em constante interação e partilha com as partes constituintes e com o exterior. Laverack (2008) define *empowerment* comunitário como um processo interativo e contínuo em que o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento e em qualquer sistema. O *empowerment* comunitário perspetiva a melhoria da saúde e do bem-estar coletivo em estreita dependência com o ambiente e com a interação dos outros sistemas, é um processo dinâmico e infinito, que implica mudanças constantes no *empowerment* pessoal, e transformação nas relações de poder entre os sistemas sociais.

O enfermeiro, enquanto parceiro e promotor de saúde, poderá maximizar o *empowerment* de uma comunidade quando focaliza a sua ação num grupo e o tem como sistema cliente. O funcionamento deste sistema deve contemplar a participação dos membros da comunidade, a sua coesão e o incremento das suas capacidades de identificação e resolução dos problemas. Quando o cliente é a comunidade, o enfermeiro, deve adotar o modelo de *empowerment*, para lhe proporcionar acesso à informação sobre eventuais problemas de saúde; acesso ao suporte de forma a identificar as forças e fragilidades individuais; acesso à oportunidade de aprendizagem e treino de habilidades, conhecimentos e gestão dos problemas de forma autónoma. (Feitor et al., 2020)

1.4. Modelo teórico de Betty Neuman

O modelo de sistemas proposto por Neuman foi desenvolvido em 1970, e constitui para a enfermagem um referencial teórico, filosófico e conceptual, orientado por uma visão holística do ser humano. Este modelo concebe como cliente ou objeto de estudo o indivíduo, os grupos e as comunidades. O cliente é concebido por Neuman (2011) como um sistema aberto que está em constante interação com o ambiente, permitindo a troca de energia, a produção de reação a elementos stressores e a utilização de processos adaptativos compensatórios. Este modelo teórico-filosófico permite interpretar a forma como o cliente interage e responde aos stressores e também possibilita identificar quais são as suas consequências para a dinâmica do processo saúde-doença. O estado dinâmico de estabilização do sistema, pode ser alterado por uma estratégia utilizada pelo cliente e desta forma determina um estado de bem-estar ou de doença. O bem-estar é variável, indo do maior grau de bem-estar até ao nível de doença grave ou morte, o grau de bem-estar está dependente dos stressores ambientais (intra, inter e extrapessoais) e dos ajustes necessários para alcançar a estabilidade ou homeostasia. (Neuman & Fawcett, 2011).

Os autores referem que neste modelo, o cliente é composto por algumas partes ou subpartes (variáveis), organizadas num todo, em permanente interação com o ambiente. A enfermagem, neste enquadramento teórico tem o papel de tentar integrar de forma harmoniosa as cinco variáveis básicas do sistema: fisiológica (relacionadas com o funcionamento e estrutura física); psicológica (processos mentais e relacionais); sociocultural (relativos às influências da sociedade e cultura); de desenvolvimento (ligada às etapas e fases do ciclo da vida); e a espiritual (crenças e sentido da vida).

O sistema do cliente consiste numa estrutura básica ou nuclear protegida por linhas de resistência mais internamente, segue-se a linha de defesa normal e a linha externa que é a linha de defesa flexível, correspondente ao limite exterior do sistema. Esta última, funciona como um amortecedor, que protege a linha normal de defesa e ajuda o sistema a prevenir-se da invasão dos stressores. (Apêndice 3).

Neuman & Fawcett (2011) referem que os stressores são estímulos originados na própria estrutura física e psíquica do cliente, e têm potencial de modificar a estabilidade do sistema, alterando a harmonia e a energia do mesmo. Segundo os autores, quanto à génese dos estímulos, os stressores podem ser classificados em três categorias: intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Os estímulos

intrapessoais, têm origem no ambiente interno do sistema, os estímulos interpessoais, são originados no ambiente externo entre duas ou mais pessoas, e os estímulos extrapessoais, provêm do ambiente criado por forças exteriores ao sistema.

Os cuidados prestados ao cliente são determinados por estas linhas de defesa, quer seja para a melhoria geral do sistema, ou para um melhor ajuste ou adaptação dos padrões de comportamento, ou ainda para um melhor desempenho de uma atividade ou de uma tarefa.

As intervenções de enfermagem são desempenhadas em três modalidades de prevenção. A prevenção primária ocorre antes que o sistema seja invadido pelo stressor; a prevenção secundária ocorre após a reação do sistema ao stressor e a prevenção terciária ocorre, como reconstituição no seguimento da atuação na prevenção secundária. A base da intervenção da enfermagem comunitária é a prevenção primária em que se pretende proceder à capacitação dos indivíduos, famílias ou grupos, antes do sistema reagir ao stressor, ou seja, procede-se ao fortalecimento da linha flexível de defesa, através da prevenção e da redução dos fatores de risco ou fatores de stress. Sempre que um stressor consiga perturbar a harmonia do sistema, este entra em desequilíbrio e poderá entrar em rutura, sobretudo no que se refere ao cuidador informal. Como exemplos de stressores extrapessoais do sistema cuidador informal, pode-se referir as limitações físicas do domicílio; a falta de recursos económicos ou materiais como por exemplo as ajudas técnicas que facilitem os cuidados à pessoa dependente; a inacessibilidade ao apoio das instituições comunitárias ou ainda as limitações na prática de uma atividade laboral.

George (2000) apresenta exemplos de stressores intrapessoais de diversa ordem, relacionados com o sistema cuidador: considera stressores físicos, a limitação na mobilidade e a presença de patologia ou dor; stressores psico-socio-Culturais, as expectativas desfasadas da realidade, a atitude negativista e os valores como o sentimento de obrigatoriedade; stressores de desenvolvimento, a idade e as condicionantes do contexto atual; e stressores do sistema das crenças espirituais, o medo e esperança ou ansiedade.

Como exemplo de stressores interpessoais para os cuidadores informais, podem referir-se os recursos e os relacionamentos destes com outros membros da família e amigos, bem como, a relação pré e pós dependência que estes têm com a pessoa dependente que cuidam. Dependendo da forma como são percecionados pelo cuidador, estes stressores podem atuar de forma negativa ou positiva.

Sempre que os cuidadores apresentam incapacidade de resposta às exigências provocadas por stressores intrapessoais, vão desenvolver um desequilíbrio, e eventualmente, manifestar resposta a stressores interpessoais como o sentimento de ansiedade ou depressão.

Os cuidados de enfermagem são implementados antes do sistema reagir ao *stress*, ou seja, é nesta fase, que a prevenção primária, que constitui a base da intervenção comunitária da enfermagem, procura capacitar o grupo de cuidadores informais para melhor responder aos stressores.

É através da identificação das variáveis afetadas no grupo, que se procede ao diagnóstico da situação, e posteriormente à intervenção, contribuindo desta forma, para a reposição e manutenção de um ambiente de harmonia em cada sistema.

A intervenção da enfermagem comunitária sobre o sistema “cuidador informal” parte da identificação do comprometimento das linhas de defesa, para proceder ao estabelecimento de prioridades, e posterior intervenção com estratégias de promoção de saúde, estabelecendo deste modo um paralelismo com o processo do Planeamento em Saúde.

2. PLANEAMENTO EM SAÚDE

Nunes (2016) salienta a importância do planeamento baseado na eficácia, na eficiência, na qualidade e na equidade, como ferramenta técnica e administrativa indispensável à gestão. O autor especifica que a metodologia do Planeamento em Saúde compreende seis fases: o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a formulação e fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a execução e a avaliação. O Planeamento em Saúde compreende “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”. (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 6). Segundo estes autores, o processo de planeamento em saúde é determinante para se poder atuar nas causas dos problemas, de forma programada e não apenas de forma pontual, traduzindo-se em maior eficiência na resolução dos mesmos e permitindo uma racionalização na aplicação dos recursos. Este processo é um instrumento que coloca em prática as políticas de saúde, elegendo prioridades, preparando atividades e avaliando os resultados, de forma contínua e dinâmica, podendo ser necessária a reformulação da etapa anterior.

2.1. Diagnóstico da Situação

A primeira fase do processo de planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, com a identificação dos problemas e a determinação das necessidades de saúde, o que contribui para o conhecimento efetivo da população (Tavares, 1990). É com base na definição do diagnóstico que se começa a atuação no processo de intervenção, e é a partir dele que se pode proceder, posteriormente, à avaliação das intervenções realizadas. “Não se pode decidir até onde se quer chegar se não se souber onde se está” (Nunes, 2016, p.30). O autor acrescenta que a realização de um diagnóstico da situação de saúde, passa não só, pela identificação do estado de saúde da comunidade à data da efetuação deste, dos seus determinantes e das suas necessidades, mas também e igualmente pela identificação dos vários recursos existentes e que podem ser mobilizados nas intervenções preconizadas.

Imperatório e Giraldes (1993) consideram que o diagnóstico de saúde deve ser, por um lado, suficientemente alargado aos setores económicos e sociais, de forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores

condicionantes, por outro lado, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas, e por fim, é imperativo que seja suficientemente sucinto e claro, de forma a ser facilmente lido e apreendido por todos. De acordo com a OE (2010), a realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde, é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária.

2.1.1. Contextualização do Local da Intervenção

O estágio decorreu na ECCI, integrada na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Seixal, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal (ACES AS).

A UCC do Seixal é constituída por uma equipa multidisciplinar, com profissionais das áreas de enfermagem, fisioterapia, médico, motorista, e assistente técnico. Dispõem de algumas horas de recursos da URAP como nutricionista, assistente social e psicólogo. A área de intervenção geográfica diz respeito ao concelho do Seixal, onde se inserem as freguesias da Amora, Corroios, Fernão Ferro, e a União das Freguesias de Arrentela, Seixal e Paio Pires, abrangendo cerca de 166.403 (Pordata,2020) cidadãos residentes, distribuídos por uma área de 95,72 Km².

A UCC Seixal desenvolve projetos que intervêm em vários estratos sociodemográficos, em múltiplos contextos e nos três níveis de cuidados. O seu âmbito de atuação inclui grupos específicos e estratos populacionais em situação mais desprotegida. Os primeiros englobam por exemplo professores, pais e alunos das escolas, ou gestantes e puérperas, e os segundos estratos populacionais em situação mais desprotegida, como é o caso dos habitantes dos bairros sociais, os trabalhadores do sexo, ou através da visita domiciliária, pessoas em situação de grande dependência, negligência ou violência doméstica. A maioria dos projetos são desenvolvidos em parceria com as outras organizações onde se destacam as unidades funcionais do ACES AS, a autarquia do Seixal, as IPSS do conselho e as escolas.

A UCC integra a (ECCI) equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Posteriormente o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro A, veio redefinir o âmbito de atuação das ECCI. A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade conjunta dos cuidados de saúde primários e das

entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Os serviços que presta decorrem da necessidade identificada pela avaliação de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, e a sua intervenção, centra-se na pessoa em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, que não tenha possibilidade de se deslocar de forma autónoma (Ministério da Saúde, 2015).

A equipa domiciliária da ECCI é uma unidade de saúde da RNCCI, e obedece a um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (Decreto-Lei nº 101 / 2006).

2.1.2. População, População Alvo e Amostra

Fortin (2009) precisa os conceitos de população e população-alvo. Define população como, um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, e população-alvo como sendo a população em particular que é submetida a um estudo, ou seja, o conjunto de indivíduos-alvo do estudo pertencente a um determinado grupo social. A população-alvo diz respeito ao grupo de pessoas ou de elementos que tendo características comuns, satisfazem os critérios de seleção previamente definidos e permitem fazer generalizações. Ao alcance do investigador está, muitas vezes, apenas parte da população alvo, sendo esta a população acessível. É esta população acessível que constitui a amostra de um estudo.

Neste estudo a técnica de amostragem foi não probabilística, amostragem por conveniência, e a recolha de dados decorreu no período de 19/10/2021 a 11/11/2021. A seleção da população acessível foi feita previamente, por consulta dos processos clínicos, de forma a escolher os indivíduos que se enquadrassem nos critérios de inclusão definidos e a seguir descritos. Dos indivíduos elegíveis, participaram no estudo os que aceitaram.

A seleção dos participantes partiu da sugestão dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados na ECCI. Estes estabeleceram um acordo prévio com os cuidadores e os seus dependentes, no sentido de obter permissão para a deslocação da investigadora ao domicílio.

Assim, a população acessível para este projeto, são os cuidadores informais (CIs) residentes no conselho do Seixal. Estes caracterizam-se por serem adultos com idade superior a 20 anos, cuidadores informais principais de doentes dependentes no domicílio, que se encontrem em seguimento pela ECCI. Deste modo, os critérios de inclusão de cuidadores e dependentes neste trabalho foram: ser cuidador informal principal de pessoa dependente em qualquer idade; o cuidador ter idade superior a 20 anos e a pessoa dependente ser seguida pela ECCI Seixal. Estão excluídos deste estudo os cuidadores secundários, os cuidadores de pessoas não referenciadas nesta unidade ou os cuidadores menores de 20 anos.

Este método confere uma amostra facilmente disponível, mas com a desvantagem, em termos de rigor, de os “resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para a população”. (Hill, 2016, p.50)

2.1.3. Instrumento de Colheita de Dados

A recolha de dados é a colheita sistemática de informação efetuada junto dos participantes, aplicando os instrumentos de medida escolhidos e adequados ao que se pretende estudar. Fortin (2009).

O processo de colheita de dados foi efetuado através da aplicação de um questionário composto por três partes, com uma demora média de preenchimento, de meia hora. A parte A do questionário é a caracterização sociodemográfica do cuidador informal, composto pelas variáveis discretas:

- quantitativas: idade; nº de horas de cuidados diárias; nº de anos ou meses em que decorrem os cuidados;
- qualitativas nominais: sexo, estado civil, coabitação ou não com o dependente, parentesco com o dependente a cargo
- qualitativos ordinais: escolaridade, situação profissional.

A parte B destina-se à avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados. Foi aplicada a “**Escala de sobrecarga do cuidador**” que consta do processo clínico informático “SClinic”, de cada utente e que corresponde à escala de Zarit em versão reduzida com 22 itens. Alberto (2010) considera que, esta versão tem apresentado uma boa consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach ($\alpha = 0,93$) nos estudos de investigação em que tem sido utilizada. A aplicação desta escala tem como

objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador, medindo a saúde, o bem-estar psicológico e socioeconómico do cuidador principal e a sua relação com o doente.(Ferreira et al., 2010)

Alguns autores, fazem referência ao carácter multidimensional do conceito de sobrecarga do cuidador e estabelece quatro fatores de sobrecarga (Sequeira, 2010; Martín e col,1996; Ricarte, 2009). O primeiro fator, intitulado de “impacto da prestação de cuidados”, agrega os itens (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22) que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, dos quais se destacam, o elevado número de cuidados, a alteração do estado de saúde, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. O segundo fator, intitulado de “relação interpessoal”, agrega os 5 itens (4, 5, 16, 18 e 19) de sobrecarga associados à relação entre o cuidador e a PD alvo de cuidados, avaliando assim, o impacto associado às dificuldades com a interação. O terceiro fator, intitulado de “expectativas com o cuidar” é constituído pelos quatro itens (7, 8, 14 e 15) relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, refletindo a sua disponibilidade, receios e medos. O quarto fator, denominado “Perceção de autoeficácia” é avaliado pelos 2 itens (20 e 21) que refletem a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho como prestador de cuidados ou seja, a perceção acerca do desempenho do seu papel (Sequeira, 2010). As respostas são dadas segundo uma escala tipo Likert com cinco pontos de frequência ascendente. A sobrecarga do cuidador informal, é feita pela determinação do score clínico estabelecido por Zarit, em que, cada item da escala é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte maneira: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Existem outras versões em que a pontuação quantitativa varia em cada item entre, 0 e 4 (Scazufo, 2002; Ferreira et al., 2010). Neste projeto, utiliza-se a versão com pontuações de 1 a 5, sendo assim possível a obtenção de um score global que varia entre 22 e 110. O valor do score aumenta no mesmo sentido da perceção do valor de sobrecarga. Deste modo, a um maior score corresponde uma maior perceção de sobrecarga. segundo Profile (2015) a um valor de score inferior a 46 equivale uma perceção sem sobrecarga; a um valor de score entre 46 e 56 corresponde uma perceção de sobrecarga ligeira e com um valor de score superior a 56 tem-se uma perceção de sobrecarga intensa.

A parte C, fez a avaliação do nível de dependência com a aplicação da “**Escala de Barthel adaptada**” versão do SClinico. Esta escala é um instrumento com 10 itens

que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida: 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. A pontuação da escala, de acordo com a sua versão original, varia, de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD avaliada (Mahoney e Barthel, 1965).

Azeredo e Matos (2003) propõem uma subdivisão do score total da Escala de Barthel, em cinco categorias diferentes, “Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 muito leve dependência e 100 independência” (Azeredo e Matos, 2003, p.199)

Para a interpretação dos resultados, Araújo e outros salientam “...como mais significativo a avaliação dos itens do que o resultado global, porque permitem identificar onde estão as incapacidades” (Araújo, Oliveira, Pinto, & Ribeiro, 2007, p.65). A planificação dos cuidados específicos para uma pessoa, está dependente do conhecimento do nível de autonomia em relação a cada item específico, não sendo determinante o valor do score final. Deste modo, cada item pode revelar graus muito variados de dependência. Este instrumento constitui assim, uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas, de forma objetiva, nomeadamente, no contexto comunitário, (Araújo, Oliveira, Pinto, & Ribeiro, 2007). No nosso estudo foi utilizada a escala com 10 itens e a classificação segundo as subdivisões propostas por Azeredo e Matos (2003).

2.1.4. Análise e Discussão dos Resultados

Neste subcapítulo são apresentados os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos CIs, a classificação do nível de sobrecarga e a avaliação dos quatro fatores relacionados com essa sobrecarga. Apresenta-se também a caracterização sociodemográfica e grau de dependência para as AVDs das PDs.

Os participantes foram selecionados de um universo de cerca de 40 utentes em acompanhamento pela equipa da ECCI, que correspondiam aos critérios de inclusão propostos para este projeto. Os dados foram recolhidos no período de 19/10/2021 a 11/11/2021, primeiramente por consulta dos processos clínicos, e dizem

respeito 12 PDs e aos seus respectivos 12 CIs. A dimensão desta população acessível, implica limitações no tratamento estatístico assim como na possibilidade de generalizações para outra população.

A análise estatística da informação foi realizada com recurso ao programa Microsoft Excel®-2016 para a compilação dos dados em tabelas e a realização de gráficos. Posteriormente, os dados foram exportados para o programa estatístico IBM-SPSS, versão 26. Para analisar as variáveis categóricas foi utilizada a estatística descritiva, com recurso à utilização de frequências e para as variáveis numéricas, foram utilizadas medidas de tendência central como a média, a moda e a mediana e ainda a medida de dispersão desvio padrão.

2.1.4.1. Caracterização sociodemográfica dos CIs.

A idade média dos CIs é de 62 anos, apresentando o mais novo, 40 anos e o mais velho 78 (tabela 1).

Tabela 1- Idade dos CIs

	N-Idade
Média	62
Mediana	64
Moda	70
Desvio Padrão	12
Mínimo	40
Máximo	78

Quanto aos dados referentes ao sexo dos CIs, o gráfico 1, mostra um predomínio do sexo feminino com 75% e apenas 25% do sexo masculino. A maioria destes participantes (83,3%) são casados e os restantes (16,7%) são solteiros, como se pode observar no gráfico 2.

Gráfico 1- Distribuição dos CIs por sexo

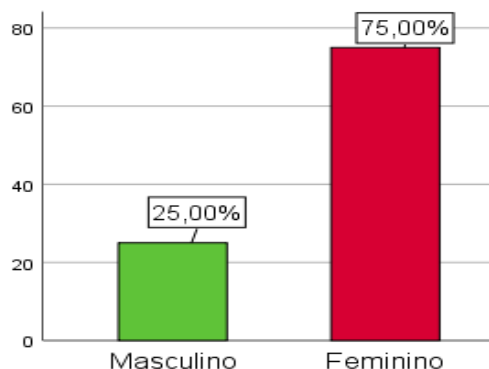
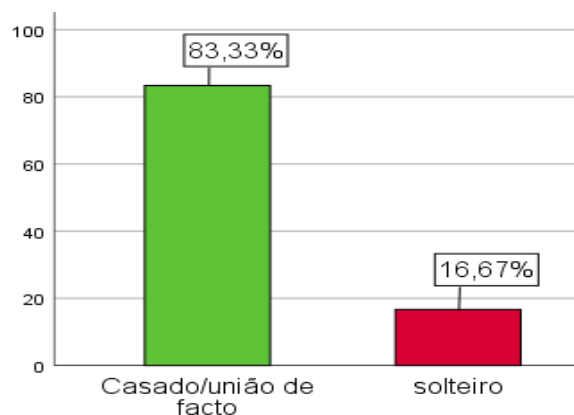
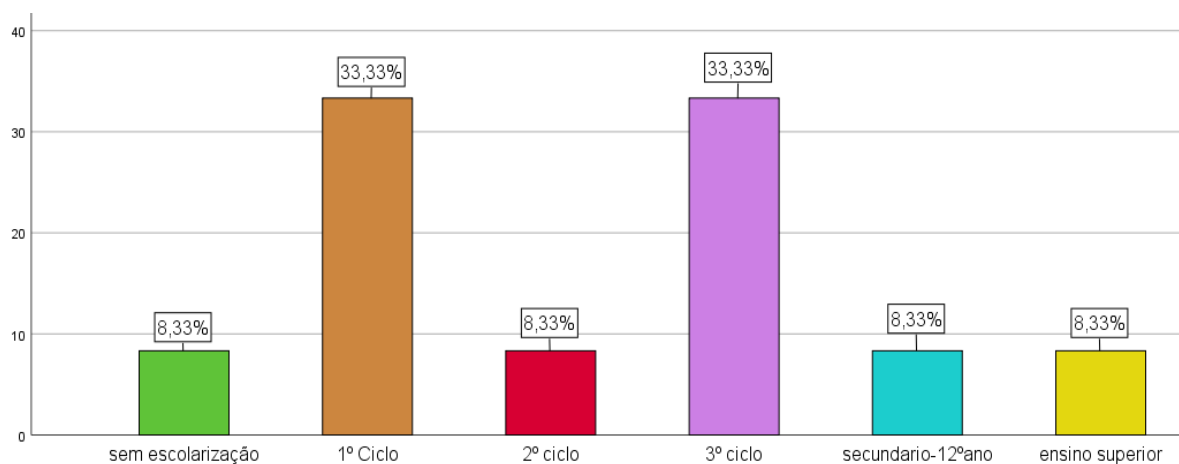


Gráfico 2- Distribuição dos CIs segundo o estado civil



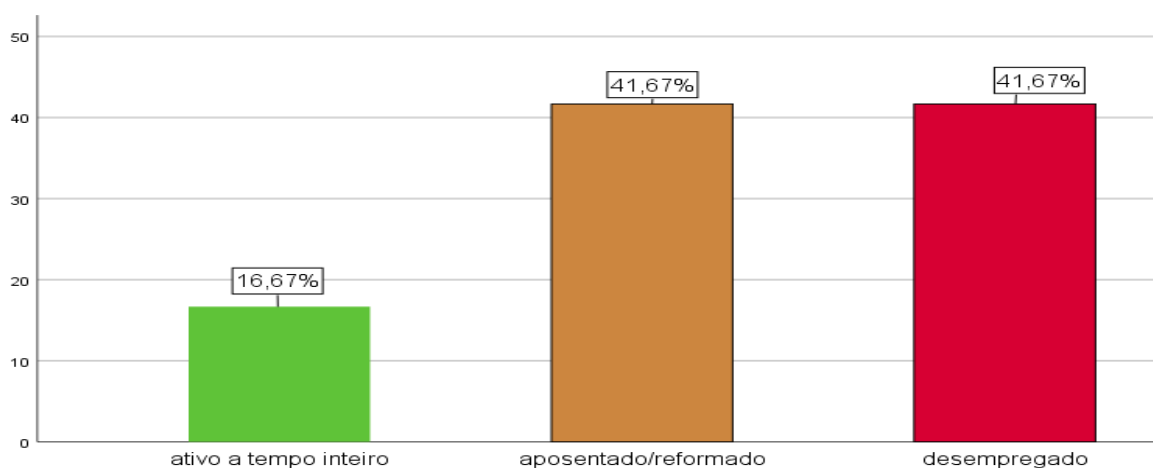
Quanto ao grau de escolarização dos CIs participantes, o gráfico 3 mostra um predomínio do 1º e 3º ciclo, com 33,3% dos indivíduos. Os restantes níveis de ensino estão distribuídos equitativamente pelos restantes participantes, com 8,3% indivíduos, cada. Salienta-se que 8,3% dos CIs não possui qualquer escolaridade.

Gráfico 3 - Distribuição dos CIs segundo a escolarização



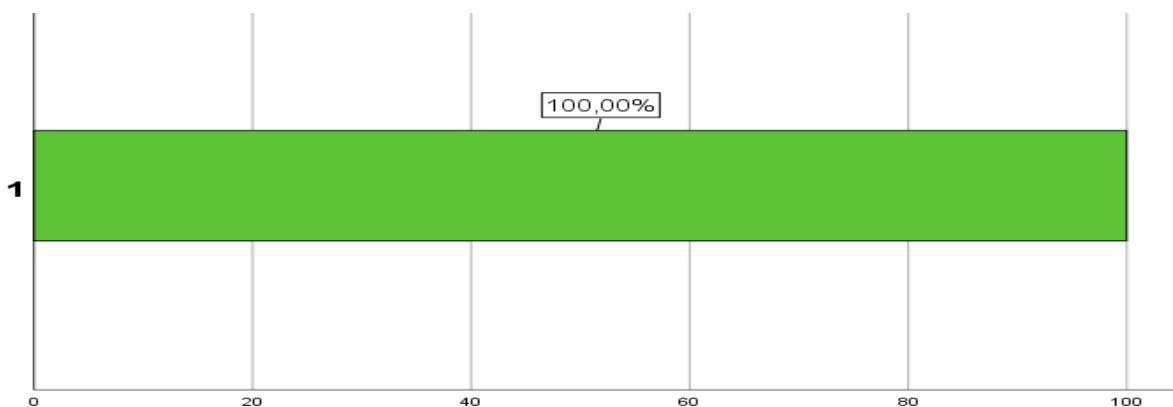
No que se refere à situação profissional, o gráfico 4 mostra que a maioria dos CIs são desempregados (41,7%) ou aposentados/reformados (41,7%) e apenas uma minoria (16,7%) se encontra em situação profissional ativa a tempo inteiro.

Gráfico 4 - Distribuição dos CIs segundo a situação profissional



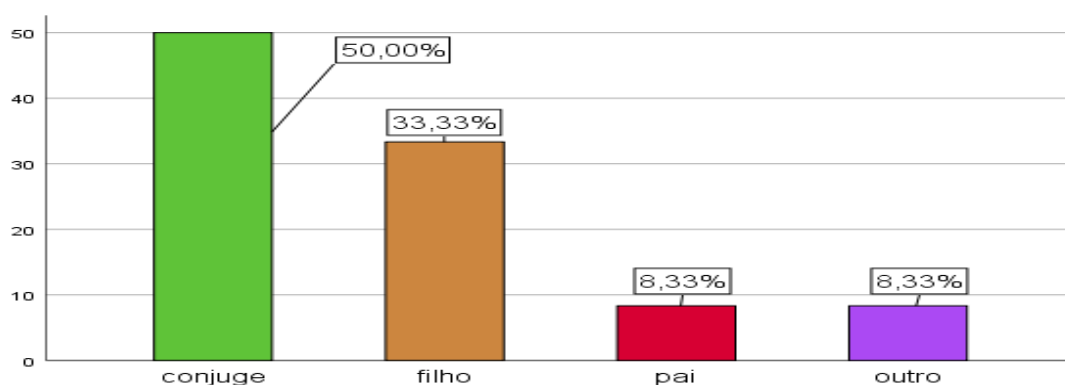
Todos os CIs desta amostra viviam em coabitação com a PD e tinham com ela um grau de parentesco próximo, como se pode observar no gráfico 5.

Gráfico 5 - Distribuição dos CIs de acordo com a coabitação com a PD



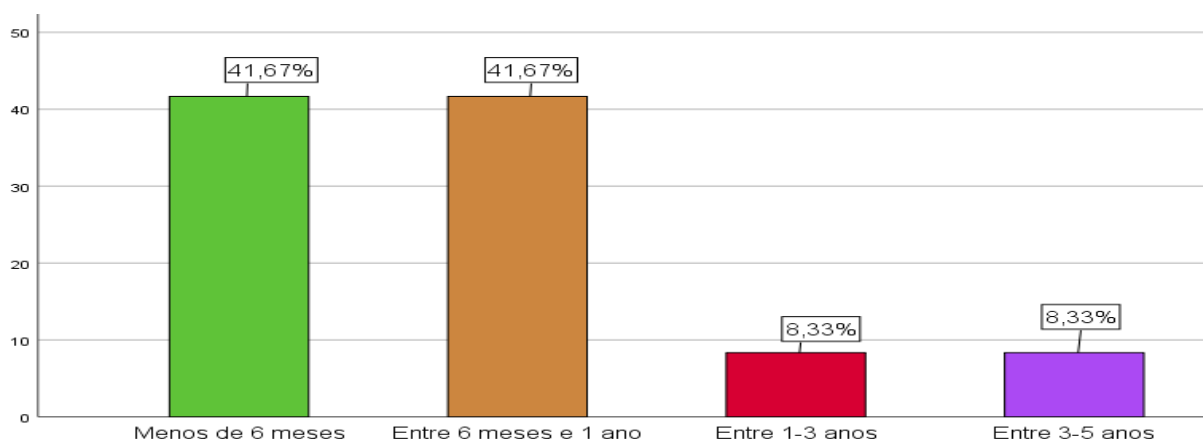
No gráfico 6 é possível observar que a amostra foi constituída maioritariamente por CIs cônjuges (50%) e filhos (33%). Os restantes CIs foram pais (8,3%) e outros (neste caso a nora) (8,3%).

Gráfico 6 - Distribuição dos CIs segundo o grau de parentesco com a PD



No que se refere à duração do papel de cuidador principal, o gráfico 7 mostra que, à data do estudo, 41% dos CIs tinha assumido esta função há menos de 6 meses e 41%, entre 6 meses e 1 ano. Os restantes participantes referiram cuidar durante um período de 1 a 3 anos (8,3%) ou por um período de 3 a 5 anos (8,3%).

Gráfico 7 - Distribuição dos CIs pelo tempo em que decorre a prestação de cuidados



Relativamente ao número de horas despendidas em cuidados, a maioria dos CIs teve dificuldade em quantificar, uma vez que os cuidados são prestados de forma continuada e de acordo com as necessidades da PD. No entanto, a tabela 2 revela que a média de horas referida é de 16,5, apresentando um desvio padrão de 7. O número de horas diárias oscila entre um mínimo de 5 horas e o máximo de 22.

Tabela 2- Número médio de horas diárias de prestação de cuidados

	N- Horas
Média	16,50
Mediana	20
Moda	20
Desvio Padrão	7
Mínimo	5
Máximo	22

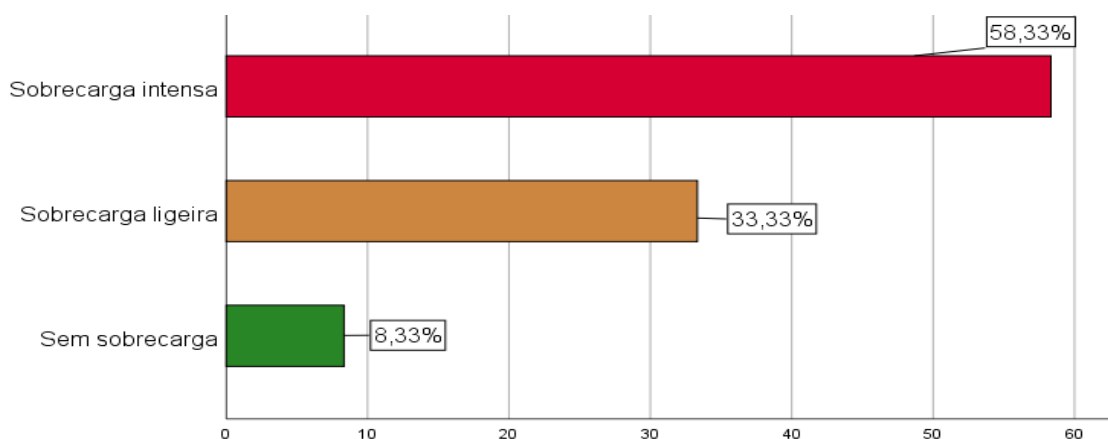
Nesta amostra todos os cuidadores (100%) tinham ao seu cuidado apenas um dependente.

2.1.4.2. Avaliação da Sobrecarga do Cuidador

Os resultados obtidos com a aplicação da Escala Sobrecarga do Cuidador estão sintetizados no quadro 1 do apêndice 3.

O gráfico 8, apresenta a classificação do nível de sobrecarga dos CIs avaliado pela escala de Zarit adaptada. Pela análise do gráfico, verificam-se que 8% dos cuidadores não apresentaram sobrecarga, 33% apresentaram sobrecarga ligeira e 59% apresentaram sobrecarga intensa. Globalmente 92% dos participantes apresentou algum nível de sobrecarga.

Gráfico 8 - Distribuição dos CIs pelos níveis de sobrecarga



Analisando os quatro fatores de sobrecarga do CI, definidos por Sequeira (2018), cujos resultados se encontram sintetizados nas tabelas 3 a 6 do apêndice 4 para a

nossa população-alvo, observa-se que no que concerne ao primeiro fator, intitulado de “impacto da prestação de cuidados”, que agrega os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, dos quais se destacam:

- Frequente escassez de tempo, para as tarefas pessoais, foi referido por 41,7 % dos participantes;
- Sentir-se às vezes esgotado quando tem de estar junto do seu familiar, foi manifestado por 58,3%;
- Sentir-se tenso/a, quase sempre, quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer, foi assinalado por 33%;
- Saúde afetada por ter de cuidar do seu familiar 25% + 25%, tabela 3 (apêndice 5).

Relativamente ao segundo fator, intitulado de “relação interpessoal”, agrega os itens de sobrecarga associados à relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados, avaliando assim, o impacto associado às dificuldades com a interação. Pela análise dos dados, constata-se que este fator tem menor influência no score final de sobrecarga. Contudo 50% dos cuidadores, às vezes, sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo e 41,7% também refere sentir-se inseguro/a acerca do que deve fazer com o seu familiar, tabela 4 (apêndice 5).

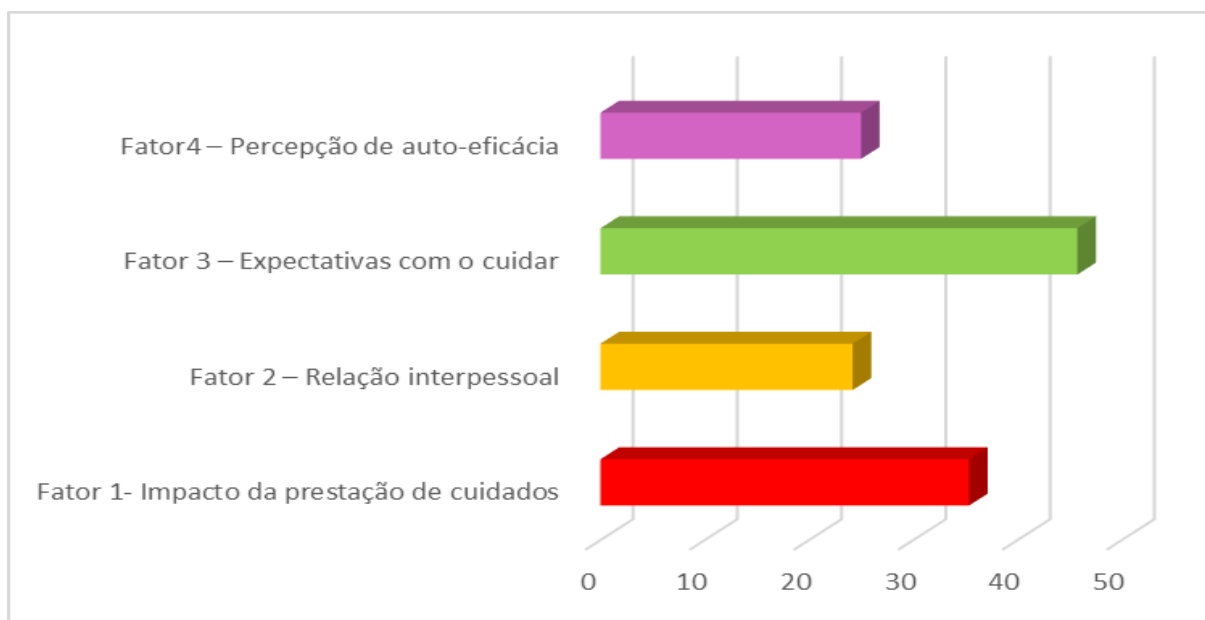
O terceiro fator, intitulado de “expectativas com o cuidar” é constituído por quatro itens relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, refletindo os seus receios e medos. Pela análise dos dados, conclui-se que os CIs atribuem a estes itens, grande responsabilidade sobre o score final da sobrecarga, tendo estes manifestado:

- Ter receio pelo futuro destinado ao seu familiar (50%);
- Considerar que o seu familiar está dependente de si (66,7%);
- Acreditar que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele/a pudesse contar (50%)
- Considerar que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem (41,7%), tabela 5 (apêndice 5).

Por fim, o quarto fator intitulado de “percepção de autoeficácia”, é composto por dois itens, que refletem a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho como prestador de cuidados. Pela análise da tabela verifica-se que estes itens representam para os cuidadores níveis menos significativos de sobrecarga, contudo às vezes, 33,3 % considera que poderia fazer mais pelo seu familiar e 41,7% considera que poderia cuidar melhor do seu familiar, tabela 6 (apêndice 5).

O gráfico 11, representa o score médio de cada um dos quatro fatores de sobrecarga em avaliação. Da análise deste gráfico, é possível constatar que o fator com score médio mais elevado é o das “expectativas com o cuidar” referente aos medos, receios e disponibilidade experienciada pelo cuidador, seguindo-se o fator “impacto da prestação de cuidados”. Os fatores com menor score médio na sobrecarga são “percepção de autoeficácia” por parte dos CIs e a “relação interpessoal” entre CIs e as PCs.

Gráfico 9 - Score médio apresentado por cada fator de sobrecarga



2.1.4.3. Caracterização sociodemográfica e do nível de dependência das pessoas alvo de cuidados.

Quanto ao sexo, 58% das PDs participantes neste estudo são do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Apresentaram uma média etária de 78 anos, sendo o mais novo de 51 anos e o mais velho de 89 anos. Todos estes participantes apresentavam multimorbilidade, e a sua dependência relaciona-se com a patologia aguda que motivou a referência para acompanhamento pela ECCI. Estas patologias foram, fratura (42%); neoplasia (33%); úlcera cutânea (17%) e complicações cardíacas (8%). Todas apresentaram necessidade de apoio para a realização das AVDs, sendo que a maioria dos participantes apresentou dependência grave (83,33%), enquanto apenas 8,33% apresentou dependência total e também 8,33% apresentou dependência moderada. Deste modo, 83,33% dos recetores de cuidados necessitam do apoio do cuidador para a maioria dos autocuidados como higiene pessoal, alimentação, uso da casa de banho, tomar banho, vestir-se, higiene corporal, deambular, transferência, subir e descer escadas e controlo de esfíncteres (Apêndice 5).

2.1.5. Diagnóstico de Saúde

Para Imperatori (1993) o diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades de saúde da população e é a partir dele que se define a intervenção. Desta forma, perante os resultados obtidos, identificou-se um défice de conhecimento sobre a gestão dos fatores de stress dos CIs. A identificação dos fatores de sobrecarga com maior relevância no stress manifestado pelos CIs, é fundamental para se poderem determinar as estratégias minimizadoras do impacto destes fatores.

Foram identificados os seguintes problemas:

- Défice de conhecimento sobre estratégias para minorar o impacto da prestação de cuidados.
- Défice de conhecimento sobre sinais e sintomas de stress e sobrecarga física.
- Défice de conhecimento sobre formas de melhorar a autoestima e os sentimentos de esperança e autoeficácia face ao cuidar.
- Défice de conhecimento sobre a importância de falar e expressar as emoções relacionadas com o stress de cuidar.

2.1.5.1. Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem pode ser definido como um “julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida que existe num indivíduo, família, grupo ou comunidade” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 7). A elaboração dos diagnósticos de Enfermagem baseia-se no diagnóstico de saúde, e utilizam a taxonomia CIPE versão 2019, disponível no site da OE, e em utilização no SClinico, programa de registo da atividade clínica.

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia CIPE

Diagnóstico de Enfermagem - CIPE	Foco	Juízo
Capacidade para gerir stresse	Capacidade	Comprometido
	Capacidade para gerir stresse	Potencial
Capacidade do cuidador para tomar conta	Capacidade do cuidador para tomar conta	Comprometida
Capacidade para comunicar sentimentos	Capacidade para comunicar	Potencial
	Comunicar	Comprometida
Capacidade para comunicar necessidades	Capacidade	Comprometida
	Capacidade para comunicar	Potencial
Capacidade para executar autocuidado	Capacidade	Potencial
	Autocuidado	Comprometido
Capacidade para tomar conta	Capacidade	Comprometida
Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento	Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento	Défice
Capacidade para desempenhar atividade de lazer	Capacidade	Comprometida
	Conhecimento	Défice

Conhecimento sobre resposta psicossocial ao procedimento	Conhecimento sobre resposta psicossocial ao procedimento	Potencial
Conhecimento sobre serviço comunitário	Conhecimento sobre serviço comunitário	Défice

Atendendo ao exposto no quadro 3, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- A. Capacidade para gerir o stresse comprometida, relacionado com défice de conhecimento sobre estratégias minimizadoras da sobrecarga associada ao cuidar, manifestada pelo elevado impacto da prestação de cuidados.
- B. Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida relacionada com stress do cuidador, manifestada por fracas expectativas face ao cuidar.
- C. Capacidade para comunicar sentimentos comprometida relacionada com isolamento social, manifestada por receios relativos ao futuro do familiar.
- D. Capacidade para comunicar necessidades comprometida relacionada com défice de conhecimento sobre respostas sociais e manifestado por sobrecarga.
- E. Capacidade para tomar conta comprometida, manifestada pela exaustão relacionada com a prestação direta de cuidados.
- F. Capacidade para tomar conta comprometida por défice de autocuidado e manifestada por sobrecarga intensa.
- G. Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento diminuído, relacionado com o impacto da prestação de cuidados, manifestado por défice de conhecimento relativo aos procedimentos a adotar para minorar este impacto.
- H. Capacidade para desempenhar atividade de lazer diminuída, relacionada com o tempo despendido no cuidar, manifestada por sobrecarga associada à prestação de cuidados.
- I. Conhecimento sobre resposta psicossocial ao procedimento comprometido, manifestada por baixa perceção de autoeficácia, relacionada com défice de relacionamento social.
- J. Conhecimento sobre serviço comunitário comprometido, relacionado com isolamento social, manifestado por défice de conhecimento sobre respostas da comunidade.

2.2. Determinação de Prioridades

A segunda fase do processo de planeamento em saúde, corresponde à priorização dos problemas, ou seja, é atribuído a cada problema um nível hierárquico de importância, determinado por uma ordem específica de critérios de priorização.

Na definição de prioridades existem dois aspetos a ter em conta, a dimensão temporal e a dimensão dos recursos (Imperatori & Giraldes, 1982; Nunes, 2016). A dimensão temporal diz respeito ao tempo previsto que decorre desde o planeamento de uma atividade até alcançar a meta definida para essa atividade. Quanto à dimensão recursos, esta tem em conta sobretudo aspetos financeiros e humanos (Nunes, 2016).

Os critérios de priorização devem ser objetivos e concretos. Neste trabalho optou-se por aplicar a técnica da grelha de análise. Tavares (1990) refere que este procedimento permite determinar prioridades com base em quatro critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto de intervenção. Na grelha atribui-se sucessivamente a classificação (+) ou (-), de forma sequencial aos critérios enunciados, obtendo-se no final um resultado entre 1 e 16, sendo que o valor 1 corresponde ao problema mais prioritário e o 16 corresponde ao menos prioritário (Apêndice 7).

O preenchimento da grelha de análise (Apêndice 6), foi feito com base na opinião de 5 peritos de enfermagem das áreas de saúde comunitária (três enfermeiras) e de saúde mental e psiquiátrica (duas enfermeiras). Analisando a classificação final, verifica-se que os problemas de saúde que se apresentam como mais prioritários para esta intervenção comunitária, são os quatro seguintes:

- A- Capacidade para gerir stresse comprometida, relacionado com défice de conhecimento sobre estratégias minimizadoras da sobrecarga associada ao cuidar, manifestada pelo elevado impacto da prestação de cuidados, (fator 1 da ESC, com peso muito relevante no nível de sobrecarga, nesta amostra),
- B- Capacidade para tomar conta comprometida relacionada com stress do cuidador, manifestada por fracas expectativas face ao cuidar. (fator 3 da ESC, com o peso mais elevado no nível de sobrecarga, nesta amostra),
- D- Capacidade para comunicar necessidades comprometida relacionada com défice de conhecimento sobre respostas sociais e manifestado por sobrecarga, (92% dos participantes apresentou algum nível de sobrecarga).

- F- Capacidade para tomar conta comprometida relacionado com o déficit de autocuidado e manifestada por sobrecarga intensa (59% dos participantes apresentaram sobrecarga intensa).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) Estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade, é assim uma competência de enfermeiro especialista de enfermagem comunitária, posta em prática nesta etapa do planeamento em saúde. A concretização desta etapa do planeamento em saúde permitiu, assim adquirir esta competência.

2.3. Fixação de objetivos

Determinados os diagnósticos de enfermagem e priorizados os problemas que lhes estão subjacentes, surgiu a necessidade de fixar objetivos orientadores da intervenção, do desenvolvimento e da avaliação desta mesma intervenção.

Imperatori e Giraldes (1993) definem objetivo, como um enunciado que reflete um resultado que se pretende atingir e que é tecnicamente possível de ser concretizado alterando a sua tendência natural de existência.

Tavares (1990) faz referência a quatro características estruturais na formulação de um objetivo: a pertinência, que diz respeito ao grau de adequação à intervenção pretendida; a precisão, que define o novo estado que se pretende atingir; a possibilidade de ser realizável e mensurável, referente à possibilidade do objetivo ser avaliado de forma objetiva. Por último, o objetivo geral deve refletir a situação que se pretendia alcançar e os objetivos específicos detalham alguns aspetos mais elementares a alcançar nessa situação.

Esta etapa, do processo de intervenção comunitária em enfermagem, estrutura a relação entre os focos de atenção, os diagnósticos e os objetivos. O objetivo geral, no contexto de enfermagem deve estar associado ao “foco ou aos focos de atenção centrais da tomada de decisão clínica em relação ao diagnóstico desenvolvido” (Melo, 2020. p.24).

Desta forma, para este projeto de intervenção foi definido o objetivo geral:

- Capacitar os CIs de doentes dependentes, seguidos pela UCC Seixal, de forma a que adquirissem conhecimento para desenvolver estratégias

compensatórios dos fatores de sobrecarga, e deste modo, melhorassem a sua qualidade de vida.

Os objetivos específicos podem ser definidos como aqueles que detalham os aspetos que contribuem para que o objetivo geral seja atingido (Imperatori & Giraldes, 1993). Para Melo (2020) os objetivos específicos devem ser quantificados na medida do que se quer instituir face ao estado dos subdiagnósticos a que se referem.

Com base nos problemas priorizados, foram delineados os objetivos descritos no quadro seguinte, seguindo a taxonomia de Bloom:

Quadro 2 – Identificação dos Objetivos

A- Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para gerir o <i>stress</i> , comprometida pelo défice de conhecimento sobre estratégias minimizadoras da sobrecarga associadas ao cuidar, manifestada pelo elevado impacto da prestação de cuidados.		
Objetivo específico: Capacitar os CIs para adquirirem conhecimento sobre estratégias minimizadoras da sobrecarga associada ao impacto da prestação de cuidados.		
Intervenções	Metas	Indicadores
Encorajar, o familiar cuidador a participação em grupo na sessão na sessão de EPs	Que 80% dos CIs contactados participem da sessão de EPs.	Taxa de participantes presentes na sessão (resultado da divisão do número de participantes presente na sessão, pelo número total de participantes convocados para a sessão, multiplicada por 100). $\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de participantes presentes}}{\text{n}^{\circ} \text{ de participantes convocados}} \times 100$
Ensinar o familiar cuidador sobre sinais e sintomas de <i>stress</i> e	Que 60% dos CIs participantes consigam identificar corretamente	Taxa de participantes que identificaram corretamente dois sinais de Stress. (resultado da divisão do número de participantes na sessão que identificaram corretamente dois sinais de Stress e

sobrecarga física.	dois sinais de <i>stress</i> e sobrecarga física.	sobrecarga física do cuidador, pelo número total de participantes na sessão que responderam ao questionário de avaliação, multiplicada por 100). $\frac{\text{nº de participantes que identificaram 2 sinais}}{\text{nº de participantes que responderam}} \times 100$
Ensinar o familiar cuidador sobre estratégias para minorar o Impacto da prestação de cuidados.	Que 80% dos CIs participantes consigam identificar corretamente duas estratégias de alívio do <i>stress</i> e do cansaço físico.	Taxa de participantes que identificam corretamente duas respostas para alívio do <i>stress</i> e do cansaço físico. (resultado da divisão do número de participantes na sessão que identificaram corretamente duas respostas para alívio do stress e do cansaço físico, pelo número total de participantes na sessão que responderam ao questionário de avaliação, multiplicada por 100). $\frac{\text{nº de participantes que identificaram corretamente 2 respostas}}{\text{nº de participantes que responderam}} \times 100$
Providenciar material educativo.	Que 80% dos CIs participantes tenha acesso ao folheto “ser cuidador Informal.”	Taxa de participantes com acesso ao folheto “Ser cuidador informal.” (resultado da divisão do número de participantes presente na sessão com acesso ao folheto, pelo número total de participantes na sessão, multiplicada por 100). $\frac{\text{nº de participantes com acesso ao folheto}}{\text{nº total de participantes}} \times 100$

B-Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para tomar conta, comprometida pelo *stress* do cuidador, e manifestada por fracas expectativas face ao cuidar.

Objetivo específico: Capacitar os cuidadores para o desenvolvimento de estratégias que diminuam os sentimentos de medo, receio e insegurança associado às expectativas com o cuidar.

Intervenções	Metas	Indicadores
Promover autoestima, sentimentos de esperança e autoeficácia face ao cuidar.	Que 60% dos CIs participantes partilhem a sua vivência como cuidador.	Taxa de participantes que partilharam a sua experiência como cuidador. (resultado da divisão do número de participantes presente na sessão que partilharam a sua experiência, pelo número total de participantes na sessão, multiplicada por 100). $\frac{\text{nº de participantes que partilharam a sua experiência}}{\text{nº total de participantes}} \times 100$

D- Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para comunicar necessidades, comprometida pelo défice de conhecimento sobre respostas sociais, e manifestada por sobrecarga.

Objetivo específico: Capacitar os cuidadores para o conhecimento de respostas sociais.

Intervenções	Metas	Indicadores
Facilitar a capacidade para expor dúvidas relativas a respostas sociais.	Que 50% dos CIs participantes sintam que tiveram oportunidade de exprimir as suas dúvidas.	Taxa de participantes que consideraram ter tido oportunidade de exprimir as suas dúvidas e receios (resultado da divisão do número de participantes presente na sessão que consideraram ter tido oportunidade de exprimir as suas dúvidas, pelo número total de participantes na sessão, multiplicada por 100). $\frac{\text{nº de participantes que tiveram oportunidade de exprimir dúvidas}}{\text{nº total de participantes}} \times 100$

F-Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para tomar conta, comprometida por défice de autocuidado, e manifestada por sobrecarga intensa.		
Objetivo específico: Capacitar os CIs para a adoção de estratégias de autocuidado para alívio do <i>stress</i> associado ao cuidar.		
Intervenções	Metas	Indicadores
Ensinar o familiar cuidador sobre adoção de estratégias de autocuidado para alívio do stress	Que 80% dos CIs participantes consigam identificar corretamente duas estratégias de alívio do stress	Taxa de participantes que identificam corretamente duas respostas para alívio do stress (resultado da divisão do número de participantes na sessão que identificaram corretamente duas respostas para alívio do stress, pelo número total de participantes na sessão que responderam ao questionário de avaliação, multiplicada por 100). $\frac{\text{nº de participantes que identificaram corretamente 2 respostas}}{\text{nº de participantes que responderam}} \times 100$

2.4. Seleção de estratégias

Imperatori & Giraldes (1993) definem estratégia de saúde como um conjunto de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo.

Neste estudo, procurou-se centrar as estratégias numa abordagem de *empowerment*, em que está subjacente a “ideia de que é possível e desejável que as pessoas adquiram controlo sobre as suas próprias vidas e sejam capacitadas para colaborarem nos processos de mudança das suas condições sociais e culturais” (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005, p.58). As estratégias desenvolvidas neste projeto de intervenção, foram delineadas tendo em conta os critérios para a sua concretização, atendendo simultaneamente aos custos e à adequação de recursos. Assim foram usadas as seguintes estratégias:

Comunicação em saúde.

A Comunicação em saúde é uma estratégia que se constitui como o elemento determinante na atuação dos profissionais de saúde, deve ser orientada para um objetivo específico e ter uma intencionalidade dirigida à situação da pessoa, grupo ou comunidade. Phaneuf (2005) refere que numa comunicação as trocas compreendem duas componentes principais, uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo, ao conteúdo da mensagem e uma parte afetiva, ligada à forma como a mensagem é transmitida. Comunicar é, pois, um processo de troca e partilha de informação que simultaneamente coloca em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. Na área da saúde “a comunicação assume um papel fundamental na relação entre um profissional e uma pessoa, grupo, família ou comunidade” (Sequeira, 2016. p.6).

A comunicação em saúde é,

“uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes públicos e partilhar informações relacionadas com a saúde, com o objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, formuladores de políticas e o público a participar, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que acabará por melhorar os resultados de saúde” (Schiavo, 2007, p. 7).

A forma como se comunica deve obedecer a alguns princípios fundamentais, nomeadamente, centrar a comunicação no público-alvo, nas suas características particulares, com apelo à criatividade, utilizando meios específicos, desenvolvendo uma dimensão relacional e que vise uma mudança de comportamento individual ou coletivo (Schiavo, 2007).

No contexto de intervenção comunitária, em que este projeto se desenvolveu, a comunicação em saúde teve de ser adaptada de forma a dar resposta à necessidade de uma população envelhecida, com nível de literacia em saúde e socioeconómico, baixos. Os CIs participantes proporcionaram o desenvolvimento de uma comunicação promotora de atitudes de aceitação, altruísmo, apoio, esperança, partilha de vivências e avaliação de aprendizagens.

Trabalho em equipa e parceria multidisciplinar.

O trabalhar em equipa e parceria multidisciplinar constitui-se como uma estratégia de motivação, aceitação e envolvimento na concretização do projeto de intervenção. Esta estratégia de parceria multidisciplinar é vista como um acordo voluntário entre os parceiros que visam trabalhar num espírito de cooperação com vista à obtenção de resultados compartilhados de saúde (Gillies, 1998). Este tipo de parceria envolveu no

projeto alguns elementos de outros grupos profissionais integrantes da UCC, nomeadamente ao nível da partilha de informação clínica, com a médica que seguia os utentes em cuidados paliativos ou com a fisioterapeuta. Também com os motoristas, houve necessidade de estabelecer algumas parcerias para melhor gerir a viatura durante a visitação domiciliária.

Mobilização de Recursos da comunidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolve programas e projetos de intervenção que visam a capacitação das comunidades, “(...) estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com o de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1). No decurso do desenvolvimento do projeto, foi necessário mobilizar os recursos da comunidade, nomeadamente através de reuniões, como a que decorreu com a psicóloga clínica que colaborava com a ANCI ou a reunião com enfermeira responsável pelo NFI do ACES, a fim de solicitar o uso da sala de formação do Seixal, para a realização da sessão de EpS.

O estabelecimento de objetivos e a seleção de estratégias para este projeto, possibilitou a aquisição desta competência de enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2.5. Preparação operacional

Imperatori e Giraldes (1993) referem que é nesta etapa que se define “quando, aonde, e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas, e ainda quem será encarregue de as executar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149), ou seja, nesta etapa deve ser realizado um estudo pormenorizado das atividades necessárias à execução parcial ou total, da estratégia para atingir os objetivos. Devem-se especificar as atividades que integram o projeto e que foram definidas de forma a satisfazer os objetivos estabelecidos. Cada atividade deve ser especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, avaliação da atividade, o objetivo a atingir e eventual custo da atividade (Tavares, 1990).

As atividades planejadas para este projeto tiveram em conta as características sociodemográficas e a disponibilidade da população-alvo, bem como os objetivos e as estratégias selecionadas. A escolha recaiu em duas atividades muito relevantes no âmbito da saúde comunitária, a visita domiciliária (VD) para a intervenção de enfermagem e a sessão de educação para a saúde.

O acesso aos cuidados de saúde por parte dos indivíduos, famílias ou comunidade deverá ser o mais facilitado possível. Neste sentido, a visita domiciliária (VD) é entendida como uma estratégia de intervenção de proximidade, para a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, junto destes indivíduos ou grupos. As características da VD de enfermagem, têm vindo a adaptar-se às novas exigências e desafios. Deste modo, atualmente a VD engloba uma visão ampla de cuidados, não se limitando apenas à necessidade de um indivíduo, mas, integra a família e o contexto sociocultural como um sistema funcional. Desta forma, o contexto domiciliário estimula o enfermeiro a desenvolver competências como a criatividade, a polivalência, a flexibilidade e a visão holística. O contexto domiciliário possibilita que enfermeiro interaja e estabeleça uma relação de maior proximidade e a partilha de sentimentos. Mandú et al. (2008) salientam que na visita é valorizada a “(...) a atenção, a conversa, e o comprometimento profissional” e ainda que “(...) a visita gera produção de autoestima, de esperança e bem-estar (inclusive para o próprio profissional)” (p. 138). A VD no processo de vigilância de saúde, tem por finalidade acompanhar a situação de saúde de cada elemento da família, tentando produzir resultados positivos através da antecipação de diagnósticos personalizados, dirigidos ao indivíduo ou à família (Mandú et al., 2008).

Segundo os mesmos autores as principais limitações estão relacionadas com os custos, a nível dos recursos humanos, a nível de transporte e também porque é necessário mais tempo para a execução, registo e avaliação destas atividades de enfermagem.

A VD de enfermagem constitui-se neste projeto de intervenção como a atividade de maior peso. O contexto domiciliário é para Stanhope e Lancaster (2011) um local onde os cuidados não se cingem apenas ao indivíduo que deles necessita, mas também ao prestador de cuidados, uma vez que este é parte integrante do cuidado de saúde domiciliário.

A VD requer um planeamento cuidadoso e sistemático, para que seja eficaz e cumpra os objetivos de todos os participantes. Na fase inicial, fase I, é recolhida o maior número de informação possível, clarificado o objetivo da VD, partilhada a

informação com todos os intervenientes, integrando sempre que possível os cuidadores e os familiares. Na fase II, pré-visita, é feito o contacto com a família ou cuidador de referência, validando com estes a perceção sobre os objetivos, a vontade de ser visitado, e determinar o agendamento.

A fase III corresponde à execução da VD, de que faz parte a identificação profissional, o estabelecimento de relação enfermeiro – cliente e a implementação do processo de enfermagem. A fase IV corresponde ao término, onde é feito com os intervenientes, o balanço do que foi realizado e são planeadas futuras visitas. Na fase V ou pós-visita, procede-se ao registo da visita no processo clínico e estabelece-se o plano para a visita seguinte (Loveland-Cherry, C., 1999).

Todas as VDs realizadas no âmbito deste projeto respeitaram estas fases, havendo em alguns casos, necessidade de proceder a reajustes devido, sobretudo, à limitação da capacidade de resposta do serviço, nomeadamente ao nível do transporte. A realização das VDs, foi determinante, sobretudo nesta fase de preparação operacional, porque permitiu estabelecer com os cuidadores uma relação de confiança que os levou a aderir ao projeto. A comunicação estabelecida neste âmbito, foi muito afetiva e empática, a mensagem transmitida baseou-se no processo de troca e partilha de informação, com ênfase nos sentimentos e emoções demonstrados pelas pessoas.

A Carta de Ottawa (1986), refere que os serviços de saúde, para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, devem cada vez mais, orientar-se para a promoção da saúde, pressupondo o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem a pessoa para uma vida saudável. A Educação para a Saúde (EpS) como atividade para ajudar os indivíduos e as comunidades a modificar ou a adaptar comportamentos promotores de saúde, é reconhecido e recomendado em vários documentos internacionais.

A Carta de Ottawa (1986) definiu EpS como um processo que visa criar no indivíduo as condições para aumentar a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, estilos de vida individuais, redes sociais comunitárias, e condições socioeconómicas, culturais e ambientais. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998, p.4) refere que a EpS compreende as oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas, que envolvem uma comunicação que visa melhorar a literacia em saúde, envolvendo o desenvolvimento de conhecimento e habilidades que favorecem a saúde individual e comunitária. Este documento menciona que a EpS,

não se cinge à comunicação de informação, mas igualmente, a fomentar a motivação, as aptidões e confiança necessárias para adotar medidas que melhorem a saúde.

Carvalho. A e Carvalho. G. (2006) referem que a EpS exige uma visão holística, sendo esta uma visão integradora da pessoa nas suas várias dimensões e contextos em que se encontra, nomeadamente a interação com o meio.

O processo de EpS parte de uma necessidade educacional detetado pelo profissional de saúde, com base na avaliação das características e dos contextos do cliente, família ou grupo, e adapta uma estratégia comunicativa, com vista à mudança do comportamento individual. Este processo é condicionado por fatores intrapessoais como atitudes ou crenças, e é com base neste pressuposto, que se atua. Neste projeto foi desenvolvida uma sessão de EpS com um grupo de CIs, em que a enfermeira dinamizadora funcionou ao mesmo tempo como coordenadora do grupo, tendo havido lugar à existência de educação de pares entre os CIs. A educação por pares assume-se como uma estratégia nas áreas da promoção da saúde, prevenção da doença e comportamentos de risco, representando uma forma de desenvolver um conjunto de atividades educativas informais, promotoras de conhecimentos, competências, atitudes e até crenças da comunidade onde pertencem (Dias, 2000). Assim sendo, a EpS constituiu uma estratégia que permitiu capacitar os CIs para a adoção de comportamentos e habilidades promotoras de saúde ou minimizadoras das dificuldades por eles sentidas.

Para realizar a sessão de educação para a saúde, foram tidos em conta vários aspetos, sendo o primeiro foi a escolha de conteúdos, direcionada para as áreas de maior défice de conhecimento e com maior nível de sobrecarga, e o segundo e terceiro a idade dos cuidadores e o contexto da aprendizagem.

Atividades desenvolvidas:

- 1- Reuniões de informação e acompanhamento

Quadro 3 – Caracterização das Reuniões realizadas

Participantes	Data da Reunião	Objetivo /Temas abordados
Todos os enfermeiros da UCC ao serviço na unidade naquele dia (6 enfermeiras).	25 outubro de 2021	Dar a conhecer o projeto e os seus objetivos a toda a equipa, com o intuito de promover o envolvimento e a colaboração de todos.
Painel de peritos, constituído por três enfermeiras de saúde comunitária e duas de saúde mental e psiquiátrica.	04 janeiro de 2022	Apresentar os problemas identificados no diagnóstico de Saúde e determinar as prioridades recorrendo à Grelha de análise (apêndice 7);
Psicóloga clínica com projeto em parceria com a ANCI e a Enf. Vera Tiago	25 de janeiro de 2022 Modalidade: online via plataforma Teams	Apresentar ambos os projetos (este projeto de intervenção e o projeto de parceria com ANCI) para troca de experiências e divulgação na população alvo em acompanhamento.
Enfermeira Vera	29 janeiro de 2022	Apresentação das atividades planeadas com vista à execução da seção/ões de EpS. (Apêndice 9). Discussão de eventuais parceiros comunitários para divulgação desta atividade e para disponibilização de sala de formação.
Enfermeira Chefe Amélia silva, na qualidade de coordenadora do NFI do ACES Almada /Seixal	03 de fevereiro de 2022	Apresentação da sessão planeada de EpS, e solicitada a disponibilidade da sala de formação do NFI, no Seixal

2- Intervenção de enfermagem em contexto domiciliário.

No decurso do estágio houve oportunidade de realizar VDs de enfermagem em contexto de acolhimento/ admissão, seguimento ou alta dos utentes, verificando-se igualmente a oportunidade de experienciar vários âmbitos de atuação, como foi o caso de realização de cuidados curativos, promoção de saúde, preparação para a transferência de unidade da RNCCI ou alta com referenciação para a unidade funcional de origem, possibilitando a continuidade dos cuidados.

Foram também planeadas VDs de enfermagem direcionada à entrega do convite para a sessão de EpS (Apêndice 8), tendo sido planeados com este intuito, sete VDs, previamente acordadas com a equipa multidisciplinar da ECCI. No entanto, destas apenas foi passível a concretização de duas, devido a condicionalismos relacionados com limitação temporal do estágio e limitações do serviço, nomeadamente alterações de última hora. Nos cinco casos restantes procedeu-se a contacto telefónico, muito facilitado pela relação prévia já estabelecida com os cuidadores, neste contexto de prestação de cuidados.

3- Sessão de educação para a saúde dirigida aos cuidadores informais.

A sessão de EpS “Cuidar de mim para cuidar melhor do meu familiar”, foi planeada de forma a englobar todos os cuidadores que perfaziam os critérios de inclusão e que se encontravam em acompanhamento pela equipa da ECCI, tendo o convite sido dirigido a sete CIs e contado com a participação de todos, formando um grupo algo heterogéneo. Foi realizada pela mestranda no dia 17 de fevereiro de 2022, com a colaboração da Enfermeira Ana Chambel, especialista de Saúde Comunitária e membro integrante da ECCI do Seixal.

A sessão decorreu de acordo com a estrutura da planificação (apêndice 8), resvalando apenas no tempo previsto para a sua conclusão, uma vez que se criou um espaço promotor de partilha de vivências e de sentimentos, onde os cuidadores colocaram questões uns aos outros, partilharam estratégias de cuidar e de autocuidado, partilharam questões práticas específicas das pessoas que têm ao seu cuidado e partilharam e questionaram sobre os recursos da comunidade. Estes aspetos de partilha e interajuda, estão especificados na grelha de participação, preenchida pela mestranda no final da sessão (Apêndice 10).

Após a síntese da sessão foi entregue aos cuidadores um folheto informativo (Apêndice 11) sobre o tema “Ser Cuidador Informal”, o questionário de avaliação da sessão e passada por todos a folha de registo de presenças (apêndice 12). Nesta fase verificou-se grande interatividade entre todos os participantes, tendo alguns permanecido ainda mais algum tempo na sala.

4- Elaboração do “Manual de apoio ao cuidador Informal”

Este Manual foi criado com o intuito de ser um meio de fácil acesso, onde de forma resumida, o cuidador informal possa dispor de informação básica relativa aos fatores que habitualmente estão associados à sobrecarga demonstrada por estes.

A entrega do manual deveria ser realizada, aquando da admissão de um novo utente na ECCI, podendo ser facilitado em formato impresso ou em formato digital, consoante a preferência do cuidador. Esta situação não se verificou durante a fase operacional do estágio (Apêndice 13).

A concretização destas atividades possibilitou adquirir a competência: estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2.6. Avaliação

A avaliação é a sexta e última etapa do Planeamento em Saúde, Tavares (1990), refere que é pela avaliação que se determina “o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”. (Tavares, 1990, p.205). Para se proceder à avaliação, para além de se atender aos objetivos definidos é indispensável a escolha de indicadores. Imperatori e Giraldes (1993) salientam a existência de indicadores de impacto ou resultado e indicadores de execução ou atividade. Os primeiros refletem as alterações verificadas num problema de saúde, enquanto que os segundos, ilustram a atividade desenvolvida, com vista a atingir um ou mais indicadores de impacto. Ambos são passíveis de avaliação quantitativa, motivo pelo qual são estabelecidas metas. Estas são o resultado expectável e tecnicamente possível das intervenções nos serviços de saúde, expressados em termos de indicadores de atividade.

Este projeto decorreu num período de tempo curto e limitado, tornando muito restrita a utilização de indicadores de resultado ou impacto, para a avaliação do mesmo. O projeto destinou-se a intervir na capacitação dos cuidadores informais para a aquisição de conhecimento sobre como desenvolver estratégias compensatórios dos fatores de sobrecarga associados ao cuidar, estando aqui implícito a adoção de mudanças comportamentais, que apenas seriam possíveis de avaliar num horizonte temporal mais alargado.

A segunda aplicação da escala de sobrecarga do cuidador, utilizada na etapa do diagnóstico de situação, não pôde ser realizada, devido às alterações a que foram sujeitos os participantes durante o decurso do projeto, levando a que, a amostra à qual foi aplicada a ESC, já estivesse indisponível.

Para a avaliação deste projeto recorreu-se à avaliação dos objetivos propostos através de indicadores de atividade, de satisfação e um indicador de impacto, resultantes da aplicação de um questionário, cujos resultados constam do quadro 6. Pela avaliação das respostas ao questionário ficou demonstrado que todos (100%) os CIs participantes nesta sessão responderam afirmativamente à questão “Teve oportunidade de esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências?”. Todos os participantes identificaram corretamente duas respostas para alívio do stress e duas posturas corretas a adotar durante a mobilização de pessoas com dependência física.

Relativamente aos sinais de alerta de *stress* e exaustão do cuidador foram identificados corretamente dois sinais, por 71,5% dos participantes.

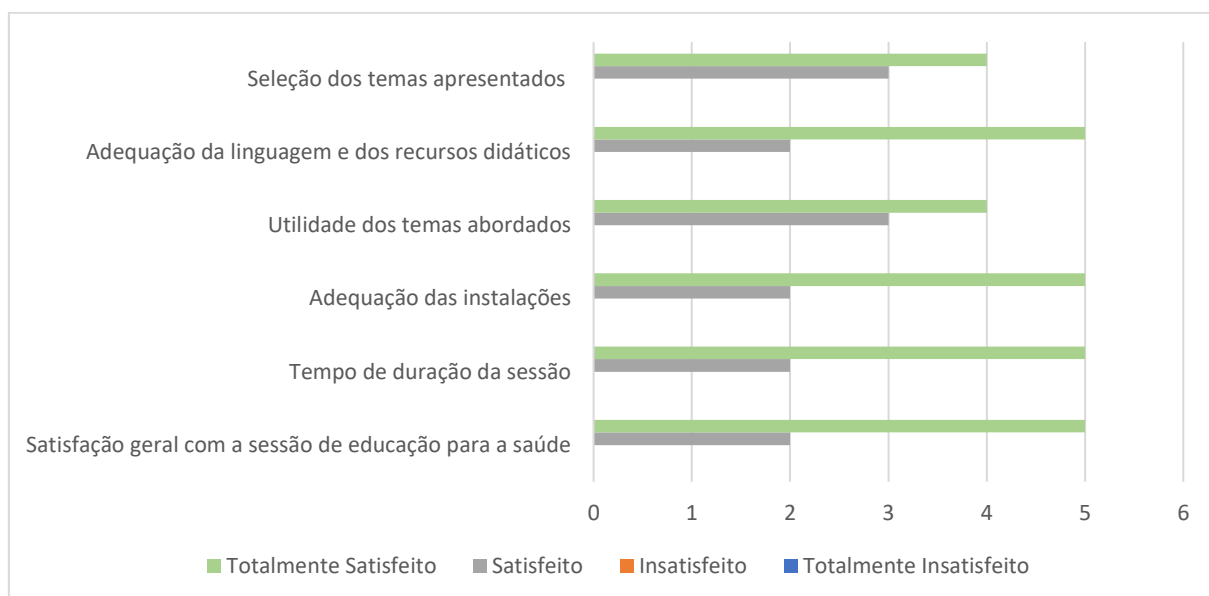
Quadro 4 - Avaliação dos Indicadores de Atividade

Indicadores de Atividade	Meta	Resultado obtido
Taxa de participantes presentes na sessão	80%	100%
Taxa de participantes que identificam corretamente dois sinais de Stress	60%	71,5%
Taxa de participantes que identificam corretamente duas respostas para alívio do stress e do cansaço físico	80%	100%
Taxa de participantes com acesso ao folheto “Ser cuidador informal”	80%	100%
Taxa de participantes que partilharam a sua experiência como cuidador	60%	100%
Taxa de participantes que consideraram ter tido oportunidade de exprimir as suas dúvidas e receios	50%	100%

Taxa de participantes que identificam duas posturas corretas a adotar durante a mobilização	75%	100%
---	-----	------

A avaliação da satisfação da sessão de EpS, foi positiva para todos os participantes, tendo a maioria, 71,5% atribuído a classificação máxima ao parâmetro “satisfação geral”

Gráfico 10 - Avaliação dos Indicadores de Satisfação



Nesta etapa foi adquirida e desenvolvida a competência: “avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

3. QUESTÕES ÉTICAS

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, foi norteado desde o início, pelo cumprimento de princípios e procedimentos éticos. A escolha da área de atuação, teve em conta o respeito pelos princípios da beneficência, da autonomia da pessoa e da justiça. Pretendeu-se com a intervenção proporcionar benefícios à população, tratando todos os participantes como indivíduos autónomos, capazes de deliberar acerca dos seus objetivos pessoais, tendo para com as pessoas em situação de fragilidade, uma atitude de proteção e respeito pela vulnerabilidade. Todos os participantes foram alvo de tratamento igualitário, sendo que, o conhecimento e os benefícios alcançados foram partilhados por todos.

O processo de tomada de decisão resultou da aplicação de competências assentes em conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. A planificação, decisão e avaliação de intervenções, foram feitas de forma partilhada com os elementos da ECCI e restantes parceiros do projeto.

O acesso ao terreno para recrutamento dos participantes, foi precedido de apreciação pelo NFI do ACES AS, autorizado pelo diretor do ACES (Anexo 1), pela coordenadora da UCC Seixal (Anexo 2) e pelo CES da ARSLVT (Anexo 3). Foi solicitado à coordenadora da UCC do seixal, autorização para identificação desta unidade funcional, no relatório estágio (Anexo 4).

Os contactos iniciais com os cuidadores foram mediados pelos enfermeiros da ECCI, assim como a confirmação da aceitação por parte destes. A todos os participantes no projeto foi solicitado o consentimento informado e esclarecido (Apêndice 14), tendo a investigadora, simultaneamente, informado de forma verbal o motivo pelo qual foram selecionados; os objetivos do projeto; o seu nome e contacto; o carácter voluntário da participação; a garantia da possibilidade de desistência em qualquer momento e a garantia de confidencialidade. Todas as pessoas dependentes, tiveram condição de dar o seu consentimento informado de forma oral.

Todos os instrumentos de recolha de dados foram codificados numericamente, posteriormente tratados pela investigadora, ficando à guarda desta, no seu domicílio até dois anos após a discussão pública do relatório, sendo posteriormente destruídos.

A disseminação dos resultados terá em conta o compromisso assumido com a comissão de ética da ARSLVT e com os participantes. Para além deste relatório, os

resultados poderão ainda ser apresentados, total ou parcialmente, através de publicações de carácter científico, tendo a *scoping review* sido apresentada e publicada em poster (Anexos 4) e fazendo parte de um capítulo de um livro (Anexo 5).

Será igualmente aplicado o Código Deontológico do enfermeiro, nomeadamente, no que concerne ao exposto no artigo 81º dos valores humanos, o artigo 84º do dever à informação e o artigo 85º do dever de sigilo (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O estágio com relatório foi desenvolvido com o intuito de possibilitar à mestranda a aquisição de competências no âmbito de mestre em enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Perrenoud (2000), citado pela OE (2009, p.11) refere que a “competência é um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão”, ou seja, é possuir o conhecimento que possibilita mobilizar os recursos para a tomada de decisão.

4.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

A consecução do estágio com relatório possibilitou a aquisição das quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária previstas pela OE no seu regulamento nº 428/2018, para a área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. A primeira competência foi adquirida pela realização, com base na “metodologia do Planeamento em Saúde, da avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, neste caso, um grupo de CIs, aos quais foi efetuado um diagnóstico de saúde, estabelecidas prioridades face aos diagnósticos encontrados, delineados objetivos e estratégias de intervenção de acordo com as prioridades e estabelecidos indicadores de atividade e de impacto para a avaliação das intervenções realizadas.

A segunda competência foi adquirida pelo contributo para o “processo de capacitação de grupos e comunidades” através do planeamento e implementação do projeto de intervenção comunitária junto de um grupo de CIs, atendendo às suas especificidades, tendo sido mobilizados conhecimentos de outras áreas, nomeadamente, da área da saúde familiar e da área das ciências de educação, necessários para a intervenção em grupo de pares na sessão de EpS e para a elaboração dos conteúdos do Manual do Cuidador.

A terceira competência foi adquirida ao integrar “a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”. Neste caso, por coordenar a implementação deste projeto de intervenção comunitária, em que foi possível intervir num grupo de CIs, identificados na literatura

científica, como um grupo de risco para as doenças mentais, contribuindo com ganhos em saúde para o Programa Nacional para a Saúde Mental, que refletira os seus resultados no PNS 2021/2030.

A quarta competência foi adquirida pela realização e cooperação “na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, devido à construção de um diagnóstico de situação com recurso a instrumentos de recolha de dados, à posterior análise estatística e à elaboração dos indicadores que possibilitaram realizar a avaliação da intervenção comunitária.

4.2. No âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estão plasmadas no Regulamento n.º 140/2019 da OE e pertencem a quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legalidade; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com a realização deste estágio é possível afirmar que foram adquiridas ou desenvolvidas competências em todos estes domínios. Ao longo da sua atuação profissional, sobretudo neste processo formativo, a mestranda, desenvolveu uma prática ética e legal, na área de especialidade, agindo com responsabilidade profissional e respeito pelos direitos humanos, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Aplicou a tomada de decisão, o desempenho do papel de consultor, a recolhe de contributos para a análise dos fundamentos nas tomadas de decisão e o reconhecimento da sua competência na área da sua especialidade.

Para a implementação deste projeto foram mobilizados conhecimentos e habilidades, com vista à melhoria contínua da qualidade, estando implícito o reconhecimento de que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, e a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica. A prestação de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário, constitui um desafio constante neste domínio, obrigando muitas vezes ao improviso para manter garantida a segurança e a melhoria contínua da qualidade.

O terceiro domínio, da gestão dos cuidados, foi desenvolvido pelo trabalho em articulação na equipa de saúde, havendo lugar à colaboração nas decisões desta

equipa, à partilha da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar e à gestão dos recursos adequando-os às situações e ao contexto.

O quarto domínio, possibilitou o desenvolvimento das aprendizagens profissionais partindo do autoconhecimento, como forma de identificar os fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar, tendo em conta os limites pessoais e profissionais. Procurou-se que toda a atuação da *praxis* clínica especializada tivesse fundamentação na evidência científica, assim como esta *praxis* tivesse reflexo na produção de novo conhecimento.

4.3. No âmbito do Mestrado e descritores de Dublin

Este projeto esteve integrado num processo formativo que confere ao estudante competências avançadas de 2.º ciclo. Os descritores de Dublin criados pela Joint Quality Initiative (JQI), definiram competências para os vários níveis de ensino nomeadamente para o Mestrado. Neste nível as competências esperadas, estão organizadas segundo as categorias seguintes: conhecimento e compreensão, aplicação do conhecimento e compreensão, capacidade para realizar julgamentos, capacidade de comunicação e aprendizagem de habilidades (JQI, 2015).

As competências adquiridas referentes ao descritor do desenvolvimento de “conhecimento e compreensão” foram praticáveis mediante a pesquisa nas bases de dados e publicações de evidência científica para a fundamentação e abordagem da temática em estudo. O projeto de intervenção comunitária iniciou-se com a realização da *scoping review* e com a consulta de publicações relativas às políticas de saúde que sustentam a intervenção em enfermagem comunitária. Relativamente à “aplicação do conhecimento e compreensão” foi possível, através da utilização desse conhecimento, desenvolver, num contexto real, a metodologia do Planeamento em Saúde objetivando a resolução de um problema concreto.

Quanto à “capacidade de fazer julgamentos”, neste projeto foi possível, partindo dos dados provenientes do diagnóstico de situação, criar diagnósticos de Enfermagem direcionados a um foco de atuação, aos quais se atribuiu um juízo, respeitando a linguagem CIPE®. Relativamente à capacidade de comunicação, esta foi amplamente desenvolvida na partilha de conhecimento, quer através da intervenção comunitária junto de uma audiência informal de cuidadores, quer entre os elementos da equipa multidisciplinar da UCC. De um modo formal, durante o período

de estágio, também se deu a partilha de conhecimento, pela participação no “IX Congresso Internacional Virtual Ibero-americano de Enfermagem” com a apresentação de um *poster* (Anexos 5), e a publicação do mesmo num capítulo de um livro (Anexo 6).

A aprendizagem de habilidades, deu-se de forma autónoma, embora orientado por uma Enfermeira Especialista em particular, e por outras, sempre que foi necessário e oportuno. Foi possível liderar a concessão e implementação de um projeto de intervenção de forma autodirigida, contando com o acolhimento da equipa multidisciplinar.

5. CONCLUSÃO

Este relatório de estágio, diz respeito à implementação de um projeto de intervenção comunitária, alicerçado na metodologia do Planeamento em Saúde e estruturado pelo modelo teórico dos Sistemas de Betty Neuman. A sua implementação contribuiu para que os CIs de pessoas dependentes, obtivessem maior capacidade de gerir a sobrecarga associada à prestação de cuidados. A prestação de cuidados a pessoas dependentes, de modo informal, representa para as comunidades um fator determinante de sustentabilidade socioeconómica e dos sistemas de saúde, por possibilitar às pessoas com dependência a permanência no domiciliário em ambiente familiar, com o conseqüente ganho em saúde e em qualidade de vida.

Para os CIs a assunção do papel de cuidar de uma pessoa dependente é um processo complexo que envolve múltiplas variáveis e a necessidade de adquirir competências que possibilitem o desempenho deste papel de forma autónoma. Esta transição determina que o CI mobilize novos conhecimentos e habilidades no domínio do seu autocuidado e também no domínio da satisfação das atividades de vida diária da pessoa cuidada. A falta de conhecimento, manifestou-se em sentimentos de medo e incerteza que intensificavam a ansiedade e frustração. Desta forma, o desempenho deste papel resultava numa sobrecarga que se repercutia negativamente na qualidade de vida do CI.

A intervenção especializada do enfermeiro de saúde comunitária, ao longo do estágio, passou pela utilização da comunicação e da informação como as duas principais estratégias de capacitação do cuidador, representando o contexto domiciliário um meio facilitador para todo o processo. O suporte emocional e interpessoal que foi prestado visou o encorajamento para manter a esperança no futuro; para pedir ajuda a outros; para expressar os sentimentos sobre a pessoa dependente; para pedir ajuda quando tiver dúvidas e medos quanto ao futuro, ou para discutir os sentimentos negativos sobre o familiar dependente tais como ansiedade, preocupação, tristeza, culpa ou raiva. A sessão de EpS fomentou o conhecimento e as aprendizagens para o cuidado, o autocuidado e as formas de acesso aos apoios formais. As intervenções de enfermagem comunitária junto dos CIs, centraram-se assim, nas áreas educativas e psicoeducativas, estando a capacitação do CIs diretamente relacionada com a proximidade e o suporte educacional.

A continuidade do projeto em grupo de cuidadores poderá ser mantida no contexto da ECCI onde foi desenvolvido ou numa comunidade mais restrita, como a

respeitante à unidade funcional em que a mestranda desempenha funções, uma vez que manterá o acesso privilegiado aos cuidadores e às necessidades destes, manifestadas sobretudo, na fase de transição para este papel.

A implementação deste projeto ou outros em semelhantes moldes, poderá contribuir para o desenvolvimento de uma Enfermagem Avançada na Comunidade, sustentando a Enfermagem enquanto disciplina e praxis, pela produção de conhecimento que conjuntamente com a experiência teórico-prática desenvolvida em contexto real, permitiram incrementar o desenvolvimento de características próprias deste nível de competência. Foi desenvolvida a capacidade de aprendizagem pela experiência antevendo situações, a capacidade de organização e planificação a fim de obter eficiência, a capacidade de ultrapassar a imprevisibilidade, e a capacidade de análise detalhada das situações e dos fatores, e ainda a habilidade para o desenvolvimento de uma abordagem holística dos cuidados de enfermagem em o contexto comunitário. Pode-se concluir que foi possível adquirir e desenvolver as competências específicas na área de especialização em enfermagem comunitária e desta forma, é possível de forma sustentada, apresentar algumas sugestões que visam a melhoria da prestação de cuidados nesta área. Atendendo à importância reconhecida do papel dos cuidadores informais, considera-se que existe a necessidade de fazer refletir em números, os cuidados de enfermagem prestados aos cuidadores, é necessário existir a possibilidade de registar nas plataformas digitais, os múltiplos diagnósticos relacionados com o papel de cuidador, assim como as respetivas intervenções específicas. Não é ainda habitual realizar registos no processo do cuidador, ativando o foco “Capacidade para tomar conta” ou “Capacidade para gerir stresse”, o que quer dizer, que há ainda uma lacuna de registos de cuidados de enfermagem neste campo. Sugere-se começar por fazer formação aos enfermeiros comunitários no sentido de uniformizar o registo dos diagnósticos e das intervenções relativos aos cuidadores. Isto permitiria fazer uma melhor avaliação das intervenções da enfermagem comunitária, mas também prestar melhores cuidados uma vez que podem ser planeados, executados e avaliados de forma mais rigorosa.

O planeamento e a prestação de cuidados aos CIs, parte sobretudo dos diagnósticos realizados à pessoa dependente alvo de cuidado. O diagnóstico habitual na plataforma SClinico, é “Stress do Cuidador presente”, onde se considera que partido deste diagnóstico inicial, se deve individualizar o registo de procedimentos às duas, ou a todas as pessoas envolvidas, por terem necessidades distintas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Azeredo, Z.; Matos, E. — Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. Série III. 8: 4* (2003) 199-204.
- Carneiro, R. (coord.. (2012). O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade. *Focus*, 363. https://doi.org/Ficha_no28
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Lusociência. Loures. Portugal.
- Decreto-lei nº 101/2006 (2006) Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados. Assembleia da República. *Diário da República, I Série -A* (Nº 109 de 06-06-2006), 3856- 3865.
- Dias, S. (2006). Educação pelos pares: Uma estratégia de educação para a saúde. Universidade Nova de Lisboa/Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Unidade de Saúde e Desenvolvimento/Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais; Acedido a 15/01/22. Disponível em: <https://www.pnvihsida.dgs.pt/comunicacaosocial/ficheiros/educacao-pelos-pares-pdf.aspx>;
- Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s: Acedido em: 12/05/2022. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Feitor, S., Veiga, A. R., Silva, A., Silva, V., Duarte, S., Sousa, M. R., & Bastos, F. (2020). Community empowerment in school health - adolescent with diabetes mellitus type 1. *Revista Rol De Enfermeria*, 43(1), 364–373.
- Fernandes C & Angelo M, (2016). Family caregivers: What do they need? An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem* (2016) 50(4) 672-678
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., ... Fonseca, C. (2010). Validation of the Zarit's scale ("Zarit Burden Interview") for the Portuguese population in the! eld of domiciliary palliative patient care. *Cadernos de Saúde*, 3, 13–19.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: usodidacta.

- George, J.B. (2000). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed.
- George, F. H. M. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direção-Geral de Saúde*, 054/2011, 1–19.
- Gillies, P. (1998). *Health Promotion International*, Volume 13, Issue 2, 1998, Pages 99–120, <https://doi.org/10.1093/heapro/13.2.99>
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem – I: Definições e Classificações 2018-2020*. (11^a ed.). Porto Alegre, Artmed Editora Ltd
- Hill, M. & H. A. (2016). *Investigação por Questionário (2a edição)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem – I: Definições e Classificações 2018-2020*. (11^a ed.). Porto Alegre, Artmed Editora Ltd;
- INE (2020). *Projeções de População Residente 2080*. Contudo, na Área Metropolitana de Lisboa e no Algarve a população residente poderá aumentar. Destaque Informação à Comunicação Social, 1–21.
- Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3^a edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica.
- Joanna Briggs Institute (2015) *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement (2015)*
- Laverak, G. (2008). *Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta
- Lei nº 100/2019 de 6 de setembro de 2019. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei nº 13/2003, de 21 de maio. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>;
- Loveland- Cherry, C. (1999). Risco de saúde familiar. In Stanhope & Lancaster (Ed) - *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos*, 4^a ed. Lisboa: Lusociência. p.520-542
- Kobayasi, D. Y., Rodrigues, R. A. P., Fhon, J. R. S., Silva, L. M., De Souza, A. C., & Chayamiti, E. M. P. C. (2019). Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances En Enfermería*, 37(2), 140–148.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–6

- Mandú, N.T., Gaíva, A.M., Silva, M.A., Silva, A.M.N. (2008). Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde e família. *Revista Texto Contexto Enferm*, 17(1), 131-140.
- Martín, M., e col. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, pp. 338-346.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel. Lisboa. Portugal.
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei no 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário Da República*, I Série-A nº 109 de 6 de junho de 2006, I-A (109), 3856–3865.
- Ministério da Saúde. (2015). Decreto de Lei 136/2015 de 28 de julho. *Diário Da República*, 1–7.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5.^a ed.). Upper Saddle River: Pearson;
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Regulamento nº 428/2018. *Diário da República*, N.º 135/ 16 de julho de 2018 – 2.^a série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Competências comuns dos enfermeiros especialistas específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Regulamento nº 140/2019. *Diário da República*, N.º 26/ 6 de fevereiro de 2019 – 2.^a série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Edição portuguesa. Lisboa. Portugal.
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2001), *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2013). Futuro Da Enfermagem: uma perspectiva oportunista. *Sinais Vitais*, 29–37. Retrieved from http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV_110_Art4.pdf
- Pereira, H. (2011). Subitamente Cuidadores Informais. 202. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700066&lng=pt&tlng=pt
- Petersen, P. E., & Kwan, S. (2010). World Health Organization: Community Empowerment 7th Global Conference on Health Promotion. Final Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health 2005-2008. Geneva: World Health Organization; 2008., 3, 129–136. <https://doi.org/10.1922/CDH>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta.
- Profile, S. E. E. (2015). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa 5 Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. (June 2009).
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. 134. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rocha, A. P. (2019). O cuidar do Outro: Ser Cuidador Informal. Açoriano Oriental, 2019. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10642/27-jan-2019.pdf>
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). Educação para saúde. 1–111. Retrieved from
- Sequeira, C. (2018) Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. (2.^a ed.). Lisboa: Lidel;
- Sequeira, C. (2016). Comunicação clínica e Relação de Ajuda. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, II (12), 9–16
- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 12–17. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462002000100006>
- Schiavo, R. Health communication: from theory to practice. New York: Jossey-Bass, 2007

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.) (2011). Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 7ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Caderno de Formação, n.º 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS;
- WHO (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization. Acedido a 2/01/2022. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization, (1986) The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO
- Zepeda-Álvarez, P. J., & Muñoz-Mendoza, C. L. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. Gerokomos, 30(1), 2–5.

ANEXOS

ANEXO 1- Autorização do diretor executivo do ACES

DECLARAÇÃO DE NOMEAÇÃO

Alexandre Miguel Alves Tomás, Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Almada/Seixal, declara que este ACeS tem condições logísticas e humanas para a realização do projeto de investigação com o título **“Capacitar os Cuidadores Informais de Pessoa Totalmente Dependente no domicílio – projeto de intervenção de enfermagem comunitária no concelho do Seixal”**, que será desenvolvido pela Senhora Enfermeira Rosa Maria dos Santos Bernardino Amaro.

Emitimos a presente declaração, que será assinada e autenticada de forma digital.

Amora, 04 de junho de 2021

O Diretor Executivo ACeS Almada Seixal

Assinado por : **ALEXANDRE MIGUEL ALVES
TOMÁS**
Num. de Identificação: BI097860930
Data: 2021.06.04 14:49:34+01'00'



**ANEXO 2- Autorização da coordenadora da UCC para a
implementação do projeto de estágio**

Exmo. Sr^a. Coordenadora da UCC Seixal
Enfermeira Vera Tiago

Assunto: Autorização para a realização de projeto de intervenção comunitária

Eu, Rosa Maria dos Santos Bernardino Amaro, enfermeira na USF Torre da Marinha e estudante de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na ESEL. Neste âmbito estou a realizar os Módulos de estágio I e II na Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal, sob a orientação científica do professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa (jesousa@esel.pt) e sob orientação, no local de estágio da Sr^a enfermeira especialista Vera Tiago.

Atendendo aos objetivos do estágio, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitária, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde. A temática deste trabalho relaciona-se com a **capacitação dos cuidadores informais de pessoas totalmente dependentes no domicílio**.

Assim, venho por este meio solicitar autorização para a concretização deste projeto na UCC Seixal, aplicando todas as etapas inerentes à metodologia utilizada, com início no Diagnóstico de situação e término na avaliação, respeitando escrupulosamente todos os princípios éticos e científicos, inerentes a este processo.

Este requerimento, será igualmente endereçado ao Núcleo de Formação e Investigação do ACeS AS.

Atenciosamente e ao dispor para qualquer esclarecimento, aguardo pronuncia.

Rosa Amaro



Email: rbamaro@gmail.com

Telf. 966484409



Anexo 3- Parecer favoravel da CES da ARSLVT

Exma. Senhora
Dr.ª Rosa Bernardino
ramaro@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6184/CES/2021	

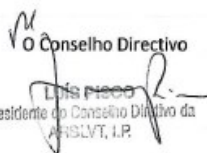
Assunto: CAPACITAR OS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOA TOTALMENTE DEPENDENTE NO DOMICÍLIO: Projeto de intervenção de enfermagem comunitária no concelho do Seixal

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 17.09.2021, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, LP

Parecer 049/CES/INV/2021

• **Título do projeto**

CAPACITAR OS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOA TOTALMENTE DEPENDENTE NO DOMICÍLIO: Projeto de intervenção de enfermagem comunitária no concelho do Seixal

• **Investigador e instituição de afiliação**

Rosa Maria dos Santos Bernardino Amaro, enfermeira na USF Torre da Marinha e estudante de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na ESEL.

• **Promotor / parceiros**

NA

• **Contacto do investigador principal**

rosa.amaro@arslvt.min-saude.pt

• **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa
Enfermeira Especialista em Enfermagem Vera Sofia Graça Tiago Durão

• **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**
Não identificados

• **Local do estudo**

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Seixal pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal (ACES AS)

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.

A alteração do perfil demográfico tem vindo a ser acompanhada pela alteração estrutural da familiar tradicional, na "...composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, as quais, embora de forma ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas no conceito de núcleo familiar" (Carneiro, 2012, p.45). A família como entidade de suporte de cuidados, tem sofrido alterações profundas na sua dinâmica, também porque a mulher, outrora principal cuidadora, assume atualmente outras funções que colocam dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio (Sequeira, 2010).

Os múltiplos estudos relativos a cuidadores informais, demonstram a importância da família no desempenho deste papel.

A escolha do tema partiu da questão:

- Quais os fatores que estão relacionados com a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes, residentes no concelho do Seixal?

Objetivos

Identificar em que dimensão, a perceção de sobrecarga é mais referida pelos cuidadores informais de doentes dependentes

População, materiais e métodos

• Desenho do estudo / Tipo de estudo

Descritivo, transversal e exploratório
Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldez (1993),

• População (se aplicável)

cuidadores informais residentes no conselho do Seixal
população alvo, são os adultos com idade superior a 20 anos, cuidadores principais de doentes dependentes no domicílio, que se encontrem em seguimento pela ECCI em qualquer âmbito de atuação de enfermagem

• Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão

técnica de amostragem não probabilística, amostragem por conveniência.

Critérios de Inclusão: ser cuidador principal de pessoa totalmente dependente em qualquer idade; o cuidador ter idade superior a 20 anos; a pessoa dependente ter necessidade de cuidados de enfermagem em alguma área e estar referenciado e em acompanhamento pela ECCI Seixal.

Critérios de exclusão: cuidadores secundários, os cuidadores de pessoas não referenciadas nesta unidade ou os cuidadores menores de 20 anos

Cálculo da dimensão amostral:

Modalidade de Recrutamento: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

• Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)

variável independente: o programa de intervenção que se pretende aplicar ao grupo de cuidadores informais selecionados na amostra, esta variável reflete os seus efeitos na variável dependente.

variável dependente: a alteração que se espera nos participantes ao nível da sua perceção de sobrecarga, ou seja, a variável dependente é o fator que é observado e medido para determinar os efeitos da variável independente.

variáveis de controlo: características do prestador de cuidados e do contexto. Relativamente ao cuidador temos as variáveis: idade; sexo; estado civil; escolaridade e situação profissional. Em relação ao contexto, as variáveis são: grau de parentesco com o dependente; coabitação; tempo como cuidador; nº de horas diárias despendidas em cuidados e nº de dependentes a cargo.

• 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 três partes

A parte A do questionário diz respeito aos dados sociodemográfica do cuidador informal.

A parte B, serve para a avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados, será aplicada a "Escala de sobrecarga do cuidador" que consta do processo clínico informático "SClinico", parte C avalia o nível de dependência, será feito com a aplicação da "Escala de Barthel adaptada" versão do SClinico, que também consta no processo clínico

• Plano de Análise Estatística

Cronograma

estágio que decorre de 17 de junho de 2020 a 30 de outubro de 2020,

A recolha de dados estava prevista para 15 de outubro / novembro

Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das instituições envolvidas)

Todos os recursos a utilizar são exclusivamente da responsabilidade da autora do projeto, pelo que, não acarreta quaisquer custos para o ACES Almada/Seixal onde decorre o projeto ou para qualquer outra entidade

Apresentou um cálculo, implicando recursos humanos e materiais, num total de 9721,20 euros

2.2.7. Aspetos 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.

Mínimos

• Explicar como é feita a proteção dos dados:

- Processos de anonimização/anonimização irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;

Questionário anónimo

- Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso accidental ou propositado de terceiros;

Os consentimentos informados ficarão à guarda da investigadora que os manterá em sua posse, no seu domicílio, até a discussão pública do relatório final, sendo posteriormente destruídos.

- 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

Todos os instrumentos de recolha de dados serão codificados numericamente para posterior tratamento estatístico pela investigadora e registo no processo clínico pela enfermeira da ECCI, findo este processo serão destruídos

Os questionários ficarão à guarda da investigadora que os manterá em sua posse, no seu domicílio, até 5 anos após a discussão pública do relatório final, após este prazo serão destruídos.

As formas previstas de divulgação dos resultados

divulgação do estudo, junto das entidades envolvidas, nomeadamente do ACES Almada/seixal e da Associação Nacional de Cuidadores Informais.

Conflitos de interesse existentes

Não identificados

Acesso aos participantes / pedido de consentimento:

A seleção dos participantes parte da sugestão dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados na ECCI. Estes estabelecem um prévio acordo com os cuidadores e os seus dependentes, no sentido de obter permissão para a deslocação da investigadora ao domicílio com o intuito de recolher os dados.

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	S

Investigadores	
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	S
Porque está a ser convidado/a a participar	S
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	S
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	N
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)	N
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da 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)	S
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	S

Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado

Sempre que a pessoa dependente não tenha condição para dar o consentimento informado de forma oral ou escrita, este será concedido pelo seu representante legal.

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

CV dos Investigadores: Presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: Omissa

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Parecer favorável da Coordenadora da UCC Seixal, Enf Vera Tiago

Declaração do Diretor Executivo do ACES : Parecer favorável do Diretor Executivo do ACES Almada-Seixal, Enf Alexandre Lourenço

Previsão de custos financeiros para os ACES: Não

Compromisso de entrega de relatório final: Não

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 inserido num projeto de intervenção, com o objetivo de identificar em que dimensão, a perceção de sobrecarga é mais referida pelos cuidadores informais de doentes dependente.

De carácter descritivo, transversal e exploratório, está delineado de forma a poder vir a ter interesse social, no sentido em que pretende determinar uma intervenção a implementar nesta população.

Este estudo tinha previsão de recolha de dados para a segunda quinzena de junho, pelo que deverá ser ajustado o cronograma para data posterior às necessárias autorizações.

No que reporta aos custos envolvidos seria de ponderar o seu cálculo, tendo em consideração que efetivamente este tipo de estudos envolve uma quantidade considerável de recursos envolvidos, nomeadamente em termos de tempos dos investigadores, e o seu cálculo poderia vir a dar visibilidade a esse mesmo investimento.

No que reporta à destruição dos dados / documentos identificáveis recomenda-se que os mesmos se mantenham armazenados por um tempo razoável após a publicação dos resultados, por forma a poder voltarem a ser consultados se necessário.

No que reporta ao texto de consentimento informado, tendo em consideração que este estudo integra a fase diagnóstica de um projeto de intervenção, aparentemente é expectável que esta mesma população seja posteriormente sujeita a essa mesma intervenção. Concretizando-se esta suposição, esta informação deverá constar do texto conducente ao consentimento informado

Analizada a documentação enviada, entende esta Comissão de Ética, emitir parecer favorável condicionado à resolução das questões acima colocadas.

Apreciação final:

Trata-se de um estudo inserido num projeto de intervenção, com o objetivo de identificar em que dimensão, a perceção de sobrecarga é mais referida pelos cuidadores informais de doentes dependente.

De carácter descritivo, transversal e exploratório, está delineado de forma a poder vir a ter interesse social, no sentido em que pretende determinar uma intervenção a implementar nesta população.

Da análise da documentação inicialmente enviada assim como as respostas às questões colocadas, entende esta Comissão de Ética emitir parecer favorável ao desenvolvimento do estudo

17/09/2021

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a saúde da ARSLVT

**Anexo 4 - Autorização da Coordenadora da UCC do Seixal,
para identificação desta unidade funcional no relatório estágio**

Requerimento

Exam^a Sr.^a Enfermeira

Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade do seixal
Enfermeira Especialista Vera Durão

Estou a elaborar o relatório de estágio respeitante à unidade curricular do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem Comunitária, a decorrer nesta UCC com a implementação do projeto intitulado "Capacitar os Cuidadores Informais de Pessoa Dependente no Domicílio: Projeto de intervenção comunitária no concelho do Seixal,

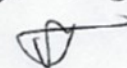
Solicito autorização para mencionar no referido relatório a identificação da unidade funcional onde o mesmo decorre, respeitando o anonimato de todos os participantes, profissionais e utentes do referido projeto.

Pede deferimento

A mestranda:

Rosa Maria dos Santos Bernardino Amaro

Rosa Amaro

*Autorizado o
utilizar
as siglas.*


A coordenadora da UCC

Vera **UCC SEIXAL**
Enfermeira Coordenadora
Vera Tiago *Durão*

Anexo 5 – Certificado de Autor de poster



D. José María Vázquez Chozas

Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

BERNARDINO AMARO, ROSA MARIA DOS SANTOS

Autor principal

XAVIER DE SOUSA, JOSÉ EDMUNDO

Primer coautor

Han participado con el Póster:

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO: UMA REVISÃO SCOPING

En el IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Avance de la Enfermería en tiempos de Pandemia"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 23/3/2022 al 30/3/2022.

31/3/2022

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala	3	Área temática	2	Capítulo	197
------	---	---------------	---	----------	-----

Editado por **FUNCIDEN**

ISBN CD-ROM: 978-84-16679-17-1

Depósito Legal: M-37431-2021



José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Científico y Profesional

**Anexo 6 – Certificado de Autor de participação em
Capítulo de livro**

D. José María Vázquez Chozas

Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo
de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

BERNARDINO AMARO, ROSA MARIA DOS SANTOS

Autor principal

XAVIER DE SOUSA, JOSÉ EDMUNDO

Primer coautor

Han participado con el Capítulo de Libro:

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA SOBRECARGA DO
CUIDADOR INFORMAL DE PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO: UMA
REVISÃO SCOPING**

En el IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Avance de la Enfermería en tiempos de Pandemia"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación,
Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 23/3/2022 al 30/3/2022.

31/3/2022

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala	3	Área temática	2	Capítulo	197
------	---	---------------	---	----------	-----

Editado por **FUNCIDEN**

ISBN CD-ROM: 978-84-16679-17-1

Depósito Legal: M-37431-2021

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Científico y Profesional

APÊNDICES

Apêndice 1- Cronograma do projeto de intervenção comunitária

	Cronograma do projeto de intervenção comunitaria																											
Anos	2021												2022															
Meses	Outubro			Novembro						Dezembro			Janeiro				Fevereiro				Março							
Semanas	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	3	7	14	21			
	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	2	4	11	18	23			
Recolha de dados																												
Análise dos dados																												
Diagnostico de saude																												
Intervenção																												
Elaboração de Relatório																												

Apêndice 2 – *Scoping Review*

Intervenção de Enfermagem na gestão da sobrecarga do cuidador informal de pessoa dependente no domicílio: Revisão scoping

Autora: Maria dos Santos Bernardino Amaro, Rosa¹; Xavier Furtado de Sousa, Edmundo²

1, Enfermeira ACES Almada/seixal; 2 Professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1ramaro@esel.pt; 2jesousa@esel.com

Resumo

Enquadramento: O desempenho do papel de cuidador informal esta associado a múltiplas alterações na organização do quotidiano, que colocam em risco a saúde e qualidade de vida do cuidador. O Enfermeiro de saúde comunitária encontra-se numa posição privilegiada para diagnosticar e intervir nos fatores de stress e sobrecarga física do cuidador informal.

Objetivo: Mapear e identificar, dentro dos vários estudos internacionais, quais são as dimensões da qualidade de vida do cuidador informal, mais afetadas pela sobrecarga associado à prestação de cuidados.

Questão: De que forma, cuidar de alguém dependente tem impacto no stress e na sobrecarga física do cuidador informal e como o enfermeiro de saúde comunitária, pode desenvolver estratégias minimizadoras desse impacto?

Metodologia: Foi realizada uma revisão scoping de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, utilizando as bases de dados Medline e CINAHL. Foram incluídos estudos realizados de 2010 a 2020.

Resultados: Foram incluídos 8 estudos, cuja análise demonstra que os cuidadores informais apresentam graus de sobrecarga moderada a severa afetando principalmente a dimensão emocional, social, financeira e a competências para o papel. Os estudos que fazem referência às intervenções de enfermagem, salientam a importância das áreas educativas e psicoeducativa, sendo que, todas as intervenções demonstram impacto positivo na redução da sobrecarga, no bem-estar e satisfação e na melhoria da saúde.

Conclusão: A falta de conhecimento e a insegurança do cuidador informal traduzem-se em sentimentos como inutilidade, depressão, tristeza e ansiedade, refletindo-se negativamente na sua condição de saúde e qualidade de vida. O enfermeiro, ao nível dos cuidados de saúde primários, tem um papel primordial no desenvolvimento de estratégias de informação adequadas no sentido de prevenção e promoção da saúde dos cuidadores.

Palavras-Chave: Cuidador informal (Informal Caregiver); Sobrecarga (burden); Pessoa dependente (Disabled Persons); Comunidade (Community); Intervenção de Enfermagem (Nursing Intervention)

1. Background

Com a atual transição demográfica, o número de idosos está a aumentar e associado ao índice de envelhecimento da população prevê-se, consequentemente, um grande aumento do índice de dependência.

“Tradicionalmente, eram as famílias que assumiam os cuidados às pessoas dependentes, designando esta função de apoio informal” (Sequeira, 2010, p.32). Hoje as famílias alargadas quase desapareceram, aumentando as monoparentais e famílias constituídas maioritariamente por idosos, devido a melhoria da qualidade de vida, e apesar de mais doenças crónicas e de mais comorbilidades, verifica-se uma maior longevidade. Cerca de 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas. Este indicador sofreu um aumento de 28%, ao longo da última década (INE, 2012). A família como entidade de suporte de cuidados, tem sofrido alterações profundas na sua dinâmica, também porque a mulher, outrora principal cuidadora, assume atualmente outras funções que colocam dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio (Sequeira, 2010).

A situação de doença que resulta em algum grau de dependência, coloca as famílias numa situação de transição de papeis, passando algum dos membros a designar-se como cuidador, cujo papel se caracteriza “pelo envolvimento com

o outro, vivendo uma contínua experiência de aprendizagem e descoberta das potencialidades mútuas” (Lemos, 2012, p.18).

Numa primeira fase, a aquisição de novos papéis e a reestruturação de funções no seio familiar fragiliza os membros, pelo que a capacidade de reorganização nem sempre decorre de forma pacífica. Na maioria das vezes, o cuidado é assumido por um familiar, geralmente mulher, filha da pessoa dependente, que se dedica exclusivamente ao cuidado e que não recebe ajuda para a realização desse trabalho. O stress gerado ao assumir esta responsabilidade faz com que os cuidadores não consigam administrar o próprio tempo e negligenciem a sua saúde, o que os torna vulneráveis à doença. Este cenário contribui para o desenvolvimento de sobrecarga, associada ao desgaste mental e ansiedade em relação ao cuidado afetando a qualidade de vida dos cuidadores (Zepeda-Álvarez & Muñoz-Mendoza, 2019).

É por isso, importante percebermos de que forma, cuidar de alguém dependente no domicílio, tem impacto no stress e na sobrecarga física do cuidador informal e de que modo o enfermeiro de saúde comunitária, pode desenvolver estratégias minimizadoras desse impacto.

2. Critérios de inclusão e exclusão

Atendendo às orientações do Joanna Briggs Institute, foi utilizada a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). Deste modo, a pesquisa incidiu sobre estudos cujos participantes fossem cuidadores Informais (P), englobando os conceitos de sobrecarga, de pessoa dependente e de enfermagem (C), em contexto domiciliário ou comunitário (C).

A seleção de artigos partiu da prévia definição de critérios de inclusão e de exclusão. Assim, foram incluídos como participantes (P) apenas os cuidadores informais principais, sendo excluídos todos os cuidadores formais ou informais não principais. Considera-se o cuidador informal principal, um familiar até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada que acompanha e cuida do familiar dependente” (Lei 100/2019).

Relativamente aos conceitos (C) foi definido como critério de inclusão a pessoa com dependência, considerando o conceito de dependência definido pelo DL101/2006 como:

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 (2006, p.3857).

Quanto ao contexto (C), incluímos apenas cuidadores de pessoas dependentes em contexto domiciliário.

Quanto ao tipo de estudo, foram incluídos estudos com metodologia qualitativa e quantitativa, apresentados em qualquer tipo de literatura científicas, estudos primários e revisões da literatura disponíveis em português, espanhol e inglês.

3. Estratégia de Pesquisa

A pertinência da realização desta revisão scoping foi avaliada pela realização de uma pesquisa exploratória, com recurso às bases de dados: EBSCO host (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text) e Google Académico.

Tendo-se verificado a pertinência, pelo significado no âmbito da saúde comunitária, procedeu-se à sua elaboração recorrendo à plataforma EBSCO host, bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with FullText, utilizando os limitadores: disponibilidade de artigos em texto integral; publicados entre janeiro de 2010 e dezembro 2020; nos idiomas: português, inglês ou espanhol.

A estratégia de pesquisa utilizou os termos de pesquisa constantes nas palavras-chave e os termos indexados, empregando os operadores booleanos “OR” e “AND e termos com truncatura de modo a alargar o espectro de pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1. Estratégia de pesquisa

CINAHL	MEDLINE
(Informal caregiver or Family Caregiver or Caregiver attitudes)	(Informal caregiver or Family Caregiver or Caregiver)
AND	AND (nurs*or burden or dependen*)
(Disabled Persons or nurs* or dependent families or burden)	AND (home or community)
AND (home or community)	

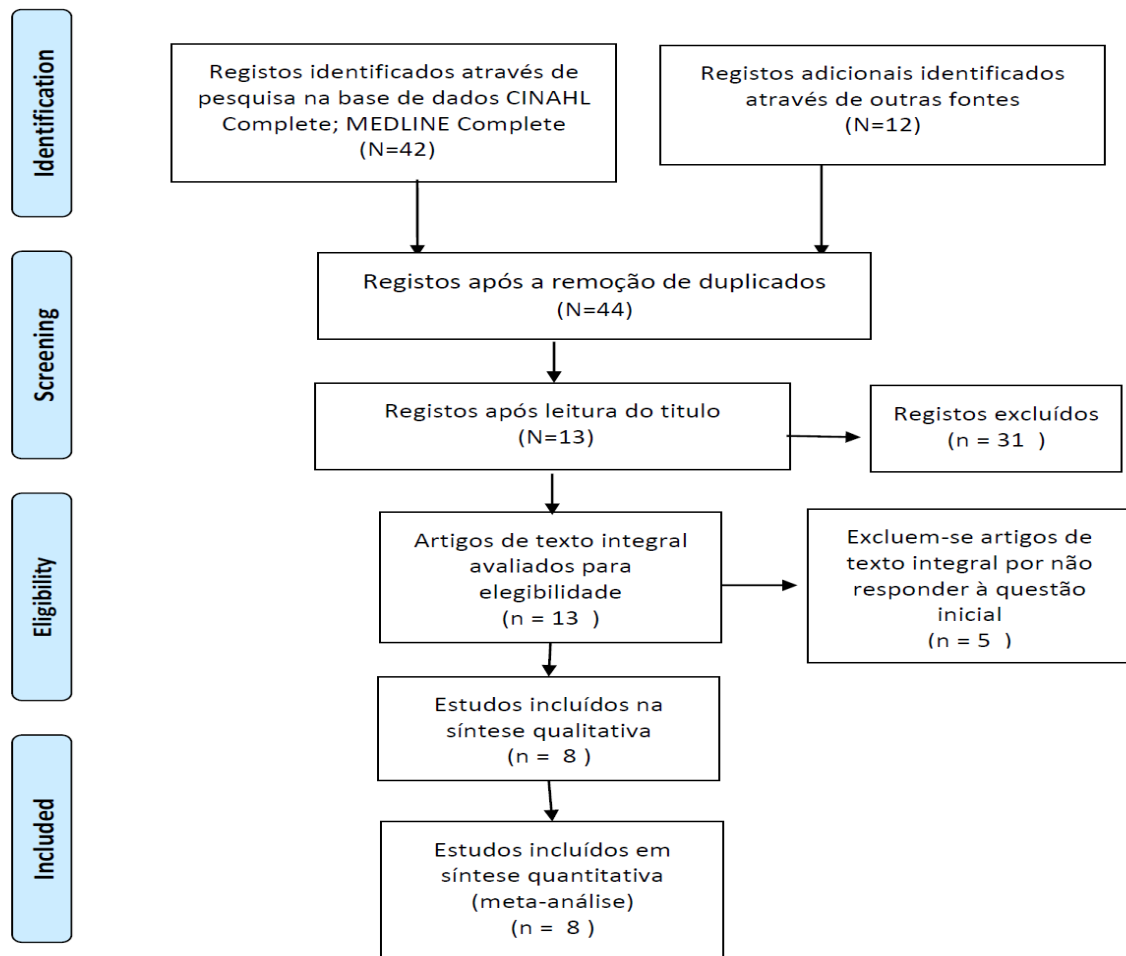
4. Extração dos resultados

A seleção dos artigos foi desenvolvida em três fases, tendo em consideração a questão de investigação e os limitadores definidos. Na primeira fase foi avaliada a pertinência dos documentos identificados com base na leitura do título, seguindo-se a análise do resumo e, por fim, a leitura integral dos documentos selecionados.

Foram obtidos 54 artigos, dos quais se eliminaram 10 por repetição e 31 após a leitura do título e resumo, tendo resultado 13 artigos para leitura integral. Destes, 5 foram excluídos por não responderem à questão de investigação desta revisão, tendo a seleção final incluído 8 artigos.

A Figura 1 ilustra as etapas de seleção e exclusão dos artigos nas diferentes etapas da pesquisa mediante o Prisma Flow-diagram.

Fig. 1- Prisma Flow-diagram



Dos 8 artigos seleccionados para análise, quatro (n=4) são estudos qualitativos. A maioria, (n=6) têm proveniência do continente sul-americano. Todos os artigos analisados estão publicados em revistas científicas de enfermagem.

O quadro 2, apresenta as principais características dos estudos analisados.

Quadro 2 - características dos estudos

Título/ Autor/Ano/Pais	Objetivo / Metodologia	Resultados
Sobrecarga dos cuidadores primários de idosos com dependência grave de cuidados de saúde primários.	Avaliar a relação entre características sociodemográficas e de cuidado com a sobrecarga dos cuidadores principais	69,77% dos cuidadores apresentaram sobrecarga. A média de idade foi 58,33 ± 12,98 anos, maioritariamente mulheres 74,42% e 46,51% eram solteiras; 86,05% cuidaram por 24 horas. O

Zepeda-Álvarez, P. J., & Muñoz-Mendoza, C. L. . 2019/ Chile	de idosos com dependência grave. Estudo transversal correlacional	abandono de uma atividade por causa de cuidar atingiu diferença estatisticamente significativa com a presença de sobrecarga do cuidador ($p < 0,05$).
Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso Kobayasi DY, Rodrigues PR, Fhon SJ, Silva LM, de Souza AC, Chayamiti CE. 2019/Brasil	Determinar a sobrecarga do cuidado e sua associação com a rede de apoio social e estresse emocional do cuidador principal do idoso atendido no serviço de atenção domiciliar. Estudo quantitativo y analítico.	Os cuidadores principais são do sexo feminino, menores de 60 anos, casados, escolaridade de 9 a 12 anos; a maioria era filha do idoso e viviam com ele. Observou-se uma associação entre a sobrecarga do cuidador e a dependência do idoso para as atividades instrumentais da vida diária, o estresse emocional e o domínio "interação social
Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. Santos WP, Freitas FBD, Sousa VAG, Oliveira AMD, Santos JMMP, Gouveia BLA 2019/ Brasil	Conhecer as repercussões causadas no cotidiano de cuidadores de idosos que cuidam de idosos dependentes. Estudo observacional descritivo.	Os cuidadores de idosos para se tornarem cuidadores passam por uma intensa transformação da rotina no que se refere à permanência em casa e ao isolamento social, deixando-o vulnerável e agravando a própria condição fisiológica do envelhecimento. Foi verificado que os cuidados primários de saúde tiveram baixo desempenho no sentido de orientações e ações educativas.
Intervenção de enfermagem no estresse do cuidador familiar do idoso com dependência: Estudo piloto. Viegas LM, Fernandes AA, Veiga MAPL	Avaliar a eficácia de uma intervenção de enfermagem estruturada com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse sobre estressores primários (sobrecarga),	Após a intervenção, houve melhoria no coping, no bem-estar e na sobrecarga com diferença estatisticamente significativa na sobrecarga; dificuldades com a implementação da intervenção e uso do material de apoio.

2018/Portugal	recursos (coping) e resultados (bem-estar). Estudo piloto	
Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional Couto, Caldas, & Castro, 2018/ Brasil	Compreender as experiências de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional, ao cuidarem de idosos dependentes no domicílio. Método da grounded theory	O idoso dependente com necessidades de cuidados no domicílio condicionou o familiar tornar-se cuidador. Com a vivência desse papel, desenvolveu sobrecarga, desgaste emocional, repercutindo na qualidade de vida, e manifestando necessidade de apoio e capacitação. Produziu saberes e experiências de cuidado ao persistir no desempenho do papel
Características de idosos e seus cuidadores familiares Anjos, Boery, Santos, Boery, & Rosa 2017/ Brasil	Descrever características de idosos e seus cuidadores familiares no domicílio Estudo descritivo	Dos idosos cuidados, prevaleceram mulheres, com doenças e dependentes. Entre os cuidadores, houve predominância de mulheres, com idade avançada, reduzida escolaridade, condições econômicas desfavoráveis e coabitando com o idoso. A sobrecarga e a menor qualidade de vida foram mais acentuadas em cuidadores de idosos dependentes.
Intervenções de enfermagem para reduzir a sobrecarga de cuidadores: um estudo piloto. Sánchez RT, Molina EM, Gómez-Ortega OR. 2013/ Colômbia	Demonstrar o efeito das intervenções de enfermagem no nível de sobrecarga do cuidador. Estudo. Quase-experimental sem grupo de controle.	88% dos cuidadores eram mulheres, idade média de 52 ± 16 anos, dedicavam 24 horas ao cuidado. 100% dos beneficiários do cuidado eram dependentes do cuidador. As intervenções diminuíram a sobrecarga percebida pelos cuidadores.
Ser Cuidador Familiar: A Percepção do Exercício do Papel	O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção do cuidador familiar acerca do	A falta de preparação manifestou-se em sentimentos de medo e incerteza. Exercer os cuidados e a profissão tornaram-se por vezes

Pereira & Paiva e Silva 2012 /Portugal	exercício do papel de prestador de cuidados. Estudo qualitativo e exploratório	incompatíveis, intensificando os sentimentos de ansiedade e preocupação, sentimentos de ameaça, frustração, geradores de stress e ansiedade.
---	---	--

5- Resultados e discussão

Na análise realizada, verificou-se que os cuidadores informais principais são maioritariamente do sexo feminino, têm mais de 60 anos, são casados, possuem escolaridade de 9 a 12 anos; a maioria era filha da pessoa dependente e coabitava com ela. A pessoa dependente com necessidades de cuidados no domicílio condicionou o familiar a tornar-se cuidador. (Anjos, Boery, Santos, Boery, & Rosa, 2017);(Kobayasi et al., 2019); (Do couto, Caldas, & De Castro, 2019); (Sánchez, Molina, & Gómez-Ortega, 2013).

A assunção do papel de cuidador de uma pessoa dependente é um processo complexo que envolve múltiplas variáveis. Este período de transição é visto como um período de grande importância na aprendizagem de competências, que possibilitem ao cuidador desempenhar este papel de forma autónoma. O cuidador necessita mobilizar novos conhecimentos e habilidades no domínio do seu autocuidado e também no domínio da satisfação das atividades de vida diária da pessoa cuidada. (Do couto et al., 2019). O domínio do conhecimento e da aprendizagem do saber fazer é para os cuidadores familiares, uma necessidade.

Pereira, Paiva e Silva (2012) referem que o início do papel surgiu como um momento marcante, porque os cuidadores familiares viram-se confrontados com sucessivas dificuldades, associadas a atividades físicas e de autocuidado. A falta de preparação manifestou-se em sentimentos de medo e incerteza intensificando a ansiedade e frustração, por não conseguirem dar resposta ao quotidiano de vida e à complexidade de cuidados. A vivência deste papel,

desenvolveu sobrecarga, desgaste emocional, repercutindo-se negativamente na qualidade de vida do cuidador. O suporte emocional e interpessoal desempenha uma função decisiva na adaptação e no desempenho do papel de cuidador. Tsai (2015) refere que os cuidadores experimentam muitos desafios, incluindo necessidades não atendidas em áreas de suporte relacional, tais como as relações sociais e familiares. É manifestada frequentemente a necessidade de encorajamento para manter a esperança no futuro; de ser encorajado a pedir ajuda a outros; de expressar os seus sentimentos sobre a pessoa dependente com alguém que vivenciou uma experiência semelhante; de ter um parceiro ou amigos que compreendam a dificuldade associada a este papel; de ajuda sobre dúvidas e medos quanto ao futuro; de ter tempo para ir ao ginásio ou à igreja; de discutir os seus sentimentos negativos sobre o familiar dependente tais como ansiedade, preocupação, tristeza, culpa e raiva.

A assunção do papel de cuidador condiciona uma transformação da rotina quotidiana, sobretudo no que se refere ao isolamento social, pela necessidade de permanência no domicílio, observou-se uma associação entre a sobrecarga do cuidador, o stresse emocional e o domínio “interação social (Kobayasi et al., 2019);(Santos et al., 2018).

O isolamento, a restrição da vida social e a falta de interação com a comunidade são referidas pela larga maioria dos cuidadores informais, como consequências do processo de cuidar, devido não só, ao tempo desperdido no cuidado, mas também pela necessidade de supervisão da pessoa dependente. O cuidador principal, muitas vezes, não tem outro apoio familiar ou formal, tornando assim o processo de cuidar, uma tarefa ininterrupta, ficando sujeito a elevada sobrecarga, com repercussões físicas, emocionais e sociais. Exercer uma atividade profissional e prestar cuidados a alguém dependente, tornaram-se por vezes incompatíveis (Zepeda-Álvarez & Muñoz-Mendoza, 2019); (Pereira & Paiva e Silva, 2012).

A sobrecarga do cuidador principal, encontra-se assim associada ao stresse e à falta de apoio social e para a maioria dos cuidadores não existe apoio formal, o que torna fundamental o papel dos profissionais de saúde, que devem adotar estratégias preventivas do agravamento do estado de saúde da pessoa cuidada e da sobrecarga do cuidador família (Kobayasi, 2019); (Anjos, Boery, Santos, Boery, & Rosa, 2017).

Os cuidadores familiares necessitam que o sistema de saúde disponibilize recursos assistenciais, suporte emocional e educacional (Do Couto et al., 2019).

Santos et al., (2018) destacam a necessidade de maiores investimentos em ações educativas pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, Sánchez, Molina, & Gómez-Ortega (2013), evidenciam a diminuição da sobrecarga dos cuidadores e o aumento do grau de funcionalidade das famílias, após as intervenções de enfermagem no domicílio que visaram a melhoria do autocuidado, ensino de estratégias para a prestação de cuidados com qualidade, mediação de conflitos domésticos, comunicação e relaxamento.

Os estudos demonstram que a comunicação e a informação são importantes estratégias de capacitação do cuidador, a intervenção do enfermeiro comunitário em contexto domiciliário ou em grupo resultou em definição da sobrecarga percebida pelos cuidadores, havendo melhoria no coping e no bem-estar. (Viegas, Fernandes, & Veiga, 2018), (Sánchez, Molina, & Gómez-Ortega, 2013); (Santos et al., 2018).

6- Conclusão

A análise dos estudos demonstra que, independentemente da região demográfica ou do estrato social os cuidadores informais, apresentam graus de sobrecarga moderada a severa, e encontram-se afetadas as dimensões emocional, social, financeira e a competências para o papel. As intervenções de enfermagem comunitária centraram-se nas áreas educativas e psicoeducativa, e demonstrou-se o seu impacto positivo na redução da sobrecarga, na melhoria do bem-estar e satisfação.

O enfermeiro de saúde comunitária tem um papel determinante na capacitação do cuidador informal porque pela proximidade pode fornecer suporte educacional e emocional na transição para o cuidar. É pela educação para a saúde que se fomenta o conhecimento e as aprendizagens para o cuidado, o autocuidado e as formas de acesso aos apoios formais.

Os cuidadores apresentam necessidades específicas consoante a fase de transição em que se encontram. Uma situação nova exige sempre uma nova aquisição de conhecimento para melhor desempenho e adaptação ao papel.

A falta de conhecimento e a insegurança do cuidador informal traduzem-se em sentimentos como inutilidade, depressão e tristeza. O suporte emocional e educacional, representa para o cuidador uma forma importante de minorar o nível de sobrecarga.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anjos, K. F. dos, Boery, R. N. S. de O., Santos, V. C., Boery, E. N., & Rosa, D. de O. S. (2017). Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(3), 1145–1155. <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704>
- Do Couto, A. M., Caldas, C. P., & De Castro, E. A. B. (2019). Home care for dependent elderly patients by caregivers with overload and stress / Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga

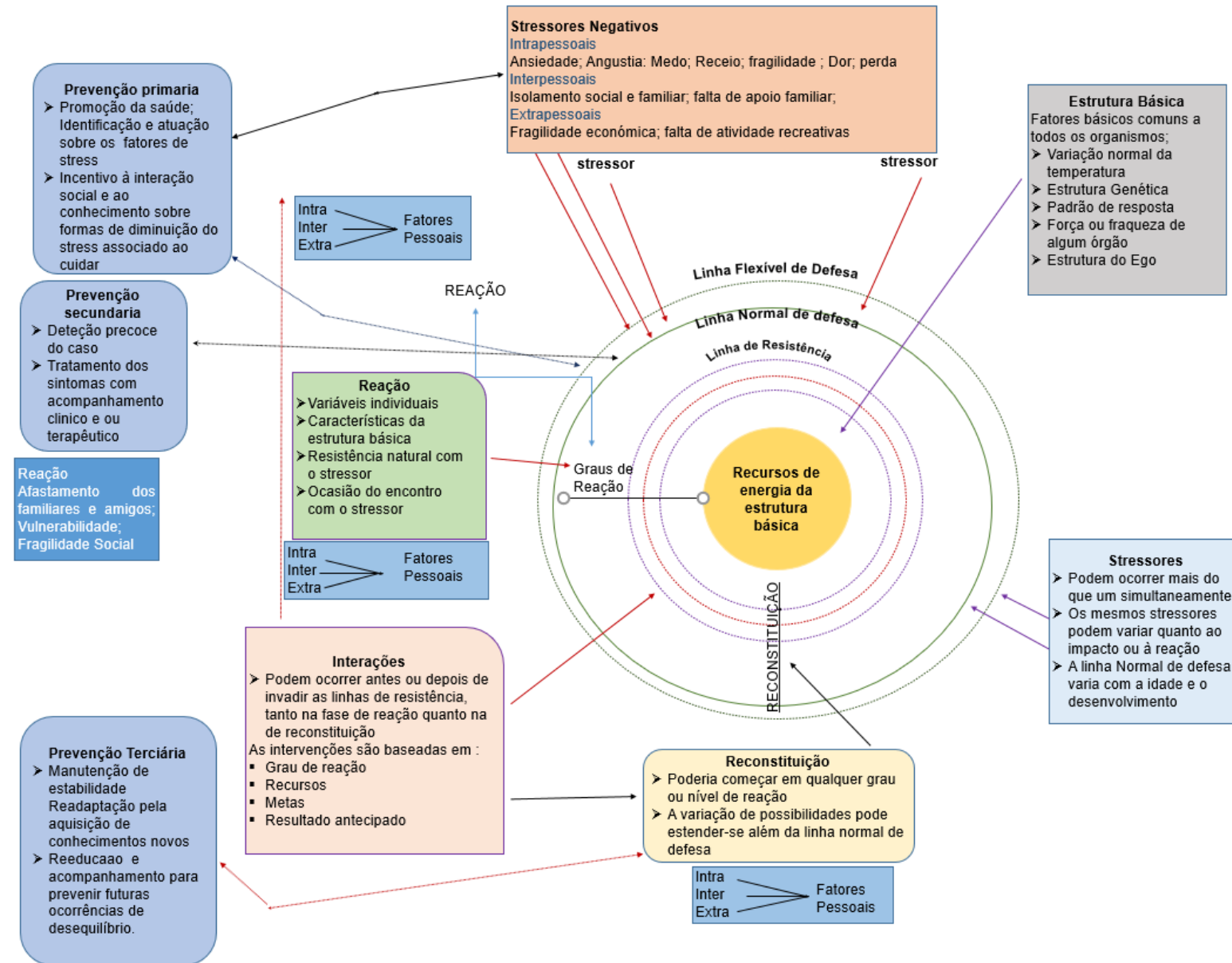
- e desconforto emocional. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 944. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.944-950>
- INE (2020). Projeções de População Residente 2080 . Contudo , na Área Metropolitana de Lisboa e no Algarve a população residente poderá aumentar. Destaque Informação à Comunicação Social, 1–21.
- Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. South Australia: The Joanna Briggs Institute
- Kobayasi, D. Y., Rodrigues, R. A. P., Fhon, J. R. S., Silva, L. M., De Souza, A. C., & Chayamiti, E. M. P. C. (2019). Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances En Enfermería*, 37(2), 140–148. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044>
- Lei n.º 100/2019 (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. Assembleia da república. Diário da República, I Série (N.º 171 de 06-09-2019), 03-16. ELI: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124500714/details/maximized>
- Lemos, J. (2012) - Avaliação das dificuldades dos Cuidadores Informais de idosos dependentes. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto
- Pereira, I., & Paiva e Silva, A. (2012). Ser cuidador familiar: A perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 1(16), 42–54.
- Sánchez, R., Molina, E., & Gómez-Ortega, O. (2013). Intervenciones De Enfermería Para Disminuir La Sobrecarga En Cuidadores: Un Estudio Piloto. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 540–543.
- Santos WP, Freitas FBD, Sousa VAG, Oliveira AMD, Santos JMMP, Gouveia BLA. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Rev Cuid*. 2019; 10(2): e607
- Sequeira, C. (2010) Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel. <https://www.pordata.pt> a 16-04-2020
- Viegas, L. M., Fernandes, A. A., & Veiga, M. dos A. P. L. F. (2018). Nursing intervention for stress management in family caregivers of dependent older adults: A pilot study. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, 1–12. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25244>

Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, Lou ME. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:44957

Zepeda-Álvarez, P. J., & Muñoz-Mendoza, C. L. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2–5.

**Apêndice 3 – Representação esquemática do Modelo dos
Sistemas de Neumen aplicado ao sistema cuidador Informal**

Figura 1– Esquematização do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman adaptado ao sistema CI



Fonte: Elaboração própria, baseada em Marriner-Tomey & Alligood (2004)

**Apêndice 4 – Quadro de Resultados da Escala de
Sobrecarga do CI**

Quadro 1- Resultados da Escala de Sobrecarga do CI

Nº	Item	Resposta	N	%	Gráfico
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Nunca	4	33,3	
		Quase nunca	2	16,7	
		Às vezes	3	25,0	
		Muitas vezes	1	8,3	
		Quase sempre	2	16,7	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Nunca	1	8,3	
		Às vezes	4	33,3	
		Muitas vezes	2	16,7	
		Quase sempre	5	41,7	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Nunca	1	8,3	
		Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	4	33,3	
		Muitas vezes	2	16,7	
		Quase sempre	4	33,3	
4	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	11	91,7	
		Quase nunca	1	8,3	
5	Sente-se irritado quando esta junto do seu familiar?	Nunca	7	58,3	
		Às vezes	4	33,3	
		Muitas vezes	1	8,3	
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos /familiares?	Nunca	5	41,7	
		Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	4	33,3	
		Muitas vezes	1	8,3	
		Quase sempre	1	8,3	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	2	16,7	
		Muitas vezes	3	25,0	
		Quase sempre	6	50,0	
8	Considera que o seu familiar esta dependente de si?	Nunca	1	8,3	
		Quase nunca	2	16,7	
		Muitas vezes	1	8,3	
		Quase sempre	8	66,7	
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	Nunca	1	8,3	
		Às vezes	7	58,3	
		Muitas vezes	2	16,7	
		Quase sempre	2	16,7	
10	Vê a sua saúde afetada por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	3	25,0	
		Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	3	25,0	

		Muitas vezes	2	16,7	
		Quase sempre	3	25,0	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Nunca	2	16,7	
		Quase nunca	3	25,0	
		Às vezes	3	25,0	
		Muitas vezes	1	8,3	
		Quase sempre	3	25,0	
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	5	41,7	
		Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	2	16,7	
		Muitas vezes	3	25,0	
		Quase sempre	1	8,3	
13	Sente-se pouco à vontade para convidar amigos para o/a visitarem devido ao seu familiar?	Nunca	4	33,3	
		Às vezes	5	41,7	
		Muitas vezes	3	25,0	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele/a pudesse contar?	Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	2	16,7	
		Muitas vezes	3	25,0	
		Quase sempre	6	50,0	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Nunca	3	25,0	
		Quase nunca	3	25,0	
		Muitas vezes	5	41,7	
		Quase sempre	1	8,3	
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Nunca	2	16,7	
		Quase nunca	2	16,7	
		Às vezes	6	50,0	
		Muitas vezes	2	16,7	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Nunca	6	50,0	
		Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	2	16,7	
		Muitas vezes	3	25,0	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Nunca	9	75,0	
		Às vezes	3	25,0	
19	Sente-se inseguro/a acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Nunca	1	8,3	
		Quase nunca	3	25,0	
		Às vezes	5	41,7	
		Muitas vezes	2	16,7	
		Quase sempre	1	8,3	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Nunca	5	41,7	
		Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	4	33,3	
		Muitas vezes	2	16,7	
21		Nunca	6	50,0	

	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Quase nunca	1	8,3	
		Às vezes	5	41,7	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	2	16,7	
		Às vezes	4	33,3	
		Muitas vezes	3	25,0	
		Quase sempre	3	25,0	

**Apêndice 5 – Análise dos Resultados da Escala de
Sobrecarga do CI**

Tabela 3 - Itens de avaliação do Impacto da prestação de cuidados no nível de sobrecarga dos CI

Itens de avaliação do Impacto da prestação de cuidados	Percentagem de Resposta				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1 Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	33,3	16,7	25,0	8,3	16,7
2 Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	8,3	0	33,3	16,7	41,7
3 Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	8,3	8,3	33,3	16,7	33,3
6 Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos /familiares?	41,7	8,3	33,3	8,3	8,3
9 Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	8,3		58,3	16,7	16,7
10 Vê a sua saúde afetada por ter de cuidar do seu familiar?	25,0	8,3	25,0	16,7	25,0
11 Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	16,7	25,0	25,0	8,3	25,0
12 Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	41,7	8,3	16,7	25,0	8,3
13 Sente-se pouco à vontade para convidar amigos para o/a visitarem devido ao seu familiar?	33,3		41,7	25,0	
17 Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	50,0	8,3	16,7	25,0	
22 Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	16,7		33,3	25,0	25,0

Tabela 4 - Itens de avaliação do Impacto relação interpessoal no nível de sobrecarga dos CIs

Itens de avaliação da Relação interpessoal	Percentagem de Resposta				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
4 Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	91,7	8,3	0	0	0
5 Sente-se irritado quando esta junto do seu familiar?	58,3	0	33,3	8,3	0
16 Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	16,7	16,7	50,0	16,7	0
18 Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	75,0	0	25,0	0	0
19 Sente-se inseguro/a acerca do que deve fazer com o seu familiar?	8,3	25,0	41,7	16,7	8,3

Tabela 5 - Itens de avaliação do impacto das expectativas face ao cuidar em relação aos níveis de sobrecarga dos CIs

Itens de avaliação de expectativas face ao cuidar	Percentagem de Resposta				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
7 Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?		8,3	16,7	25,0	50,0
8 Considera que o seu familiar esta dependente de si?	8,3	16,7	8,3	66,7	
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	16,7	25,0	50,0
15 Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	25,0	25,0		41,7	8,3

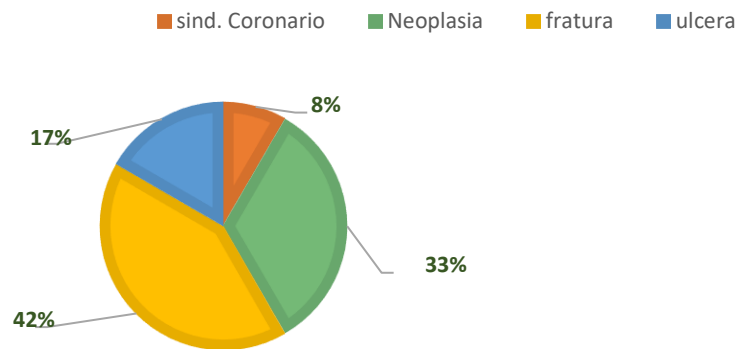
Tabela 6- Perceção de autoeficácia e níveis de sobrecarga

Itens de avaliação da percepção de autoeficácia	Percentagem de Resposta				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
20 Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	41,7	8,3	33,3	16,7	
21 Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	50,0	8,3	41,7		

Apêndice 6 – Caracterização da PD alvo de cuidados

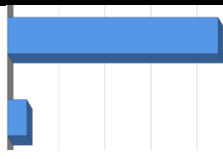
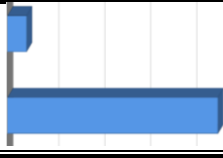
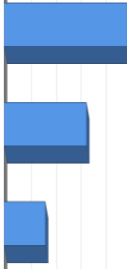
Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente alvo de cuidados

Gráfico 8 - Distribuição das PDs segundo a patologia mais limitadora



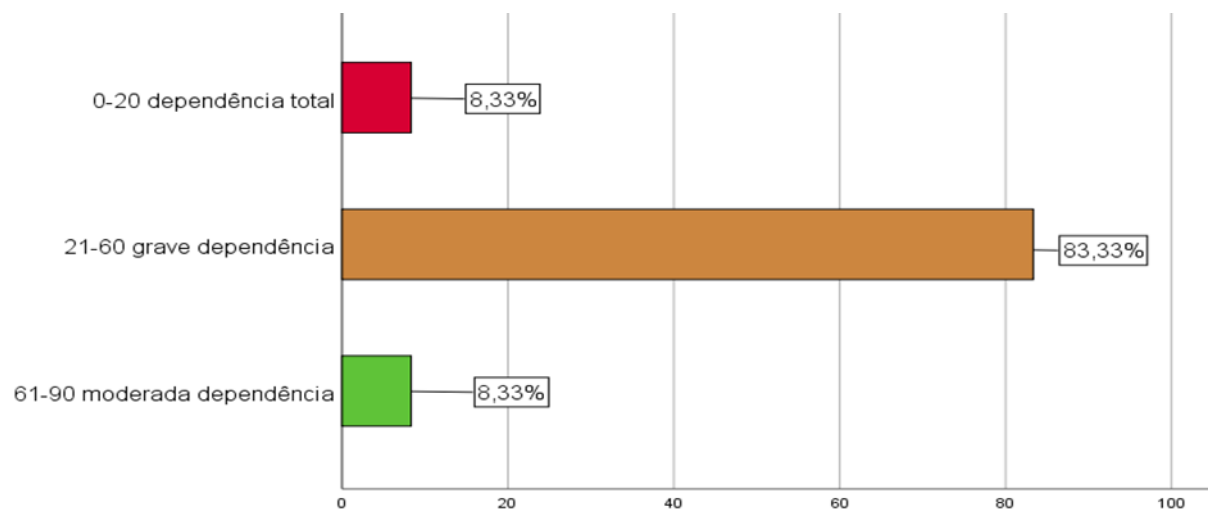
Quadro 2- Resultados da Escala de Barthel

Nº		N	%	
1 Alimentação	Precisa de alguma ajuda (para cortar alimentos)	6	50,0	
	Dependente	6	50,0	
2 Transferência	Independente	1	8,3	
	Precisa de alguma ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se	9	75,0	
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	2	16,7	
3 Toalete	Necessita de alguma ajuda	12	100	
4	Independente	2	16,7	

Utilização do WC	Precisa de alguma ajuda	5	41,7	
	Dependente	5	41,7	
5 Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	11	91,7	
	Dependente, necessita de alguma ajuda	1	8,3	
6 Mobilidade	Caminha 50m sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	5	41,7	
	Caminha 50m, com pouca ajuda	3	25,0	
	Imóvel	4	33,3	
7 Subir e descer escadas	Precisa de ajuda	1	8,3	
	Dependente	11	91,7	
8 Vestir	Com ajuda	10	83,3	
	Impossível	2	16,7	
9 Controlo intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	6	50,0	
	Acidente ocasional	3	25,0	
	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	3	25,0	
10 Controlo urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália	6	50,0	
	Acidente ocasional máximo uma vez por semana	4	33,3	
	Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	2	16,7	

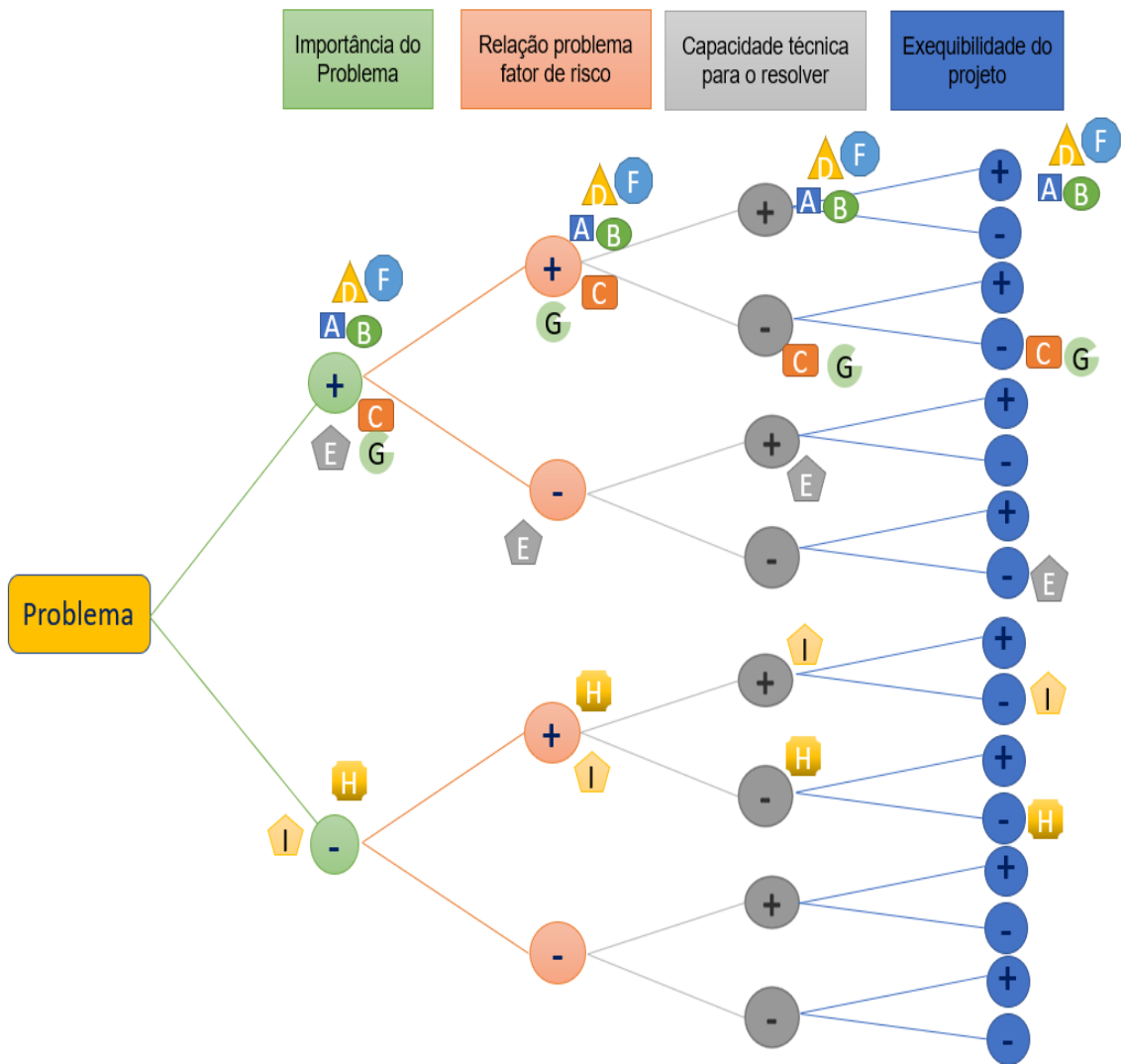
Caracterização do nível de dependência das pessoas alvo de cuidados

Gráfico 9 - Distribuição das PDs segundo o seu nível de dependência avaliado pela Escala de Barthel



**Apêndice 7– Árvore de decisão e Grelha de análise para
determinação de prioridades**

Figura 2- Árvore de decisão



Fonte: Elaboração própria; baseada em Tavares (1990)

Quadro 1- Determinação de prioridades recorrendo à Grelha de análise

Critérios Problemas	Importância do Problema	Relação problema fator de risco	Capacidade técnica para o resolver	Exequibilidade do projeto	Resultado
Problema A	+	+	+	+	1
Problema B	+	+	+	+	1
Problema C	+	+	-	+	4
Problema D	+	+	+	+	1
Problema E	+	-	+	-	8
Problema F	+	+	+	-	1
Problema G	+	+	-	-	4
Problema H	-	+	-	-	12
Problema I	-	+	+	-	10

Fonte: Adaptado de Tavares (1990)

Apêndice 8- Convite para a sessão de EpS
“Cuidar de mim para cuidar melhor do meu familiar”



Convite

Rosa Amaro, enfermeira mestranda da Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL, a estagiar na Unidade de Cuidados Continuados do Seixal, sob orientação clínica da Sra. Enfermeira Vera Durão; vem por este meio convidar V. Exa. a participar na **Sessão - Cuidar de mim para cuidar melhor do meu familiar**

Ser **cuidador informal** de um familiar dependente é uma tarefa exigente e geradora de grande **sobrecarga física e emocional**.

Nesta sessão, venha adquirir **conhecimentos que lhe possibilitem manter ou melhorar a sua saúde e a do seu familiar**

Terá ainda oportunidade de expor as suas dúvidas sobre as **respostas comunitárias** de apoio aos cuidadores informais.

Que se realiza no dia

17-02-2022 das 15 às 16 horas na

Sala de Reuniões do Centro de Saúde do seixal

sito Largo daMundet- Bairro Novo
2840-481 Seixal

Agradeço desde já a sua participação.



**Apêndice 9- PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE**



IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO: CIs de doentes dependentes seguidos pela equipa da ECCI do seixal

MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Teoria Geral dos Sistemas de Betty Neumen

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Cuidar de mim para cuidar melhor do meu familiar.

Local: Sala de Formação do NFI do Seixal

Data: 17 de fevereiro de 2022

Hora: 15 às 16 h

Duração: 60 minutos

Formadores: Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária Rosa Amaro

Finalidade da formação: Capacitar os CIs de doentes dependentes, seguidos pela UCC Seixal, de modo que adquiram conhecimento para desenvolver estratégias compensatórios dos fatores de sobrecarga e deste modo melhorem a sua qualidade de vida.

Objetivo pedagógico geral: capacitar os CIs para o conhecimento de formas de desenvolver estratégias compensatórios dos fatores de sobrecarga associados ao cuidar.

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivo Específico	Domínio
Capacitar os CIs para adquirirem conhecimento sobre estratégias minimizadoras da sobrecarga associada ao impacto da prestação de cuidados.	Cognitivo
Capacitar os cuidadores para o desenvolvimento de estratégias que diminuam os sentimentos de medo, receio e insegurança associado às expectativas com o cuidar.	Afetivo
Capacitar os CIs para a adoção de estratégias de autocuidado para alívio do stress associado ao cuidar	Cognitivo
Descrever e demonstrar, de forma genérica, os aspetos práticos para uma postura correta durante a mobilização da pessoa dependente.	Psicomotor
Promover a partilha de experiências o esclarecimento de dúvidas.	Afetivo

Identificação das etapas e dos seus conteúdos

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	• Apresentação do formador • Apresentação da temática, dos Objetivos; Conteúdos e Avaliação	Cognitivo Afetivo	Expositivo e Interativo	• Explicar os temas da formação e a forma como os formandos podem intervir. • Cada formando deverá se apresentar referindo o nome e o seu grau de parentesco com a PC.	Humanos: • Mestranda • Enf. Orientadora • Participantes Materiais: • Computador • Projetor	5'
Desenvolvimento	• Conceito de stress do cuidador • A importância de reconhecer sinais de sobrecarga. • Aspetos importantes de autocuidado para alivia do stress.	Cognitivo Psicomotor Afetivo	Expositivo Interativo e Participativo	• Explicativa e Demonstrativa ¹ • Explicar os vários temas abordados; • Incentivar debate por parte dos participantes nos vários temas abordados;	Humanos: • Mestranda • Enf. Orientadora • Participantes Materiais: • Computador - Projetor	30'

Conclusão	• Formas de comunicação e dinâmicas de promoção da autoestima, autoeficácia e sentimentos de esperança. • Procedimentos a adotar para a diminuição do impacto físico da prestação de cuidados. • Aspectos práticos para a adoção de uma postura correta na mobilização da pessoa dependente. • Informação sobre direitos e recursos comunitários específicos para cuidadores			• No final de cada tema é aberto um pequeno espaço para dúvidas, de forma a que os formandos possam ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados com a sua situação particular e demonstrar o conhecimento adquirido 2.		
	• Síntese dos temas abordados; • Agradecimento pela presença;	Cognitivo Afetivo	expositivo, Interativo	• Discussão orientada • Promover espaço para colocar dúvidas e partilha de experiências.	Humanos: • Mestranda • Enf. Orientadora • Participantes	20'

Avaliação			expositivo, demonstrativo	Se surgirem dúvidas relativas a alguma técnica, será feita demonstração prática com os participantes.	Materiais: • Computador • Projetor	
	• Pequeno questionário, para avaliar a aquisição de novos conhecimentos/ competências e para classificar o grau de satisfação dos participantes. • Folha com registo de presenças	Cognitivo Afetivo	Expositivo Interativo	A avaliação da demonstração dos conhecimentos (parte A) será apresentada para cada tema, 4 itens (dois corretos e dois errados), sendo solicitado para selecionar os corretos. A parte B relativa à avaliação do grau de satisfação da sessão, serão colocadas 6 questões que devem ser respondidas de acordo	Humanos: • Mestranda • Enf. Orientadora • Participantes Materiais: • Papel e caneta	5'

				com uma escala do tipo Likert A parte C é composta por uma única questão com escolha de resposta afirmativa ou negativa.		
--	--	--	--	--	--	--

¹ Para a apresentação e discussão dos vários subtemas (conteúdos) será usada a técnica “Explicativa e Demonstrativa”, sendo para isso projetados os conteúdos em formato o powerpoint e demonstrado pela exemplificação, alguns conteúdos práticos através da projeção dos filmes “ Mudança posição na cama (Idosos, acamados)” com 2.48 minutos e Troca de Fralda - Doente Acamado/ Idosos com 3 minutos disponíveis em:

- <https://www.youtube.com/watch?v=MhGAFzpE8pA>
- https://www.youtube.com/watch?v=O6_pVpx44Mg

² O método interativo e participativo será empregue no final da etapa do desenvolvimento, sendo os formandos questionados sobre se:

“consideram que o stress do cuidador é uma preocupação de outros familiares próximos”

“Já alguém presente procurou ajuda para si próprio, neste âmbito da saúde mental?”

“Consideram importante a possibilidade de recorrerem ao descanso do cuidador?”

Serão registadas numa grelha de participação, pela formadora as intervenções mais pertinentes, e que poderão ser objeto de reflexão novamente na conclusão e na avaliação deste projeto.

Questionário de avaliação da sessão

“Cuidar de mim para cuidar melhor do meu familiar”

Parte A

Avaliação da aquisição de novos conhecimentos

Avaliação de novos conhecimentos	Indique as duas opções corretas
Quais os sinais de alerta de stress e exaustão	• Ansiedade, irritabilidade e depressão • Alegria e boa disposição • Dificuldade em dormir • Vontade de sair e passear
Quais as respostas para alívio do stress e do cansaço físico.	• Pedir e aceitar ajuda de outras pessoas • Reservar diariamente algum tempo para si • Achar que tem de fazer tudo sozinho • Isolar-se dos amigos e familiares
Posturas corretas para a mobilização de pessoas com dependência física	• Costas direitas • Pés juntos • Fletir os joelhos e fazer força nas pernas • Inclinar do tronco para a frente;

Parte B

Avaliação do grau de satisfação da sessão	Totalmente Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Satisfação geral com a sessão de educação para a saúde				
Tempo de duração da sessão				
Adequação das instalações				
Utilidade dos temas abordados				
Adequação da linguagem e dos recursos didáticos				
Seleção dos temas apresentados				

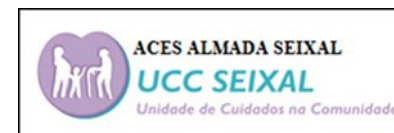
Parte C

Teve oportunidade de **esclarecimento de dúvidas** e partilha de experiências?

NÃO	☐
SIM	☐

Apêndice 10 - Grelha de participação na sessão

Grelha de participação na sessão



Participantes /Parentesco com a PC/ Idade		Observações
C1	Esposa 66 A	Intervir sobretudo dando o seu exemplo pessoal uma vez que o marido tem uma situação oncológica complexa e esta com apoio de cuidados paliativos. Manifestou o seu receio em relação ao futuro do seu familiar por considerar que não lhe resta muito tempo de vida.
C2	Esposa 42 A	Esta senhora, tem o filho mais novo com 7 anos. Partilhou a situação de grande sofrimento familiar, pela doença súbita e muito incapacitante do marido com 94% de grau de incapacidade; partilhou as inúmeras dificuldades e a falta de respostas, mostrou-se muito amargurada e sem esperança.
C3	Esposa 74 A	Esteve muito participativa, dando por vezes sugestões bastante validas relativamente aos assuntos discutidos; diz estar muito habituada a esta condição de cuidadora; teve uma postura de apoio aos outros cuidadores.
C4	Filha 54 A	Participou sobretudo colocando questões; mostrou-se muito preocupada em saber se haveria resposta na comunidade para deixar a mãe, caso tivesse necessidade de ser hospitalizada, porque não tem mais familiares.

C5	Filha 72 A	Foi bastante interventiva sobretudo nos aspetos legais relacionados com o estatuto de cuidador informal, uma vez que já tem este estatuto reconhecido; expos também dúvidas relativas à acessibilidade a cuidados de saúde relacionado com áreas de residência; partilhou de forma positiva a sua experiência de cuidar da sua mãe com 93 anos.
C6	Esposa 75 A	Foi a pessoa mais interventiva, é cuidadora do marido há 23 A; Expos detalhadamente a sua experiência e sentimentos relativamente a todos os temas da sessão; foi muito detalhada nos aspetos e na importância da comunicação uma vez que o marido está ventilado e com tetraplegia; falou da sua experiência positiva com o descanso do cuidador.
C7	Filho 49 A	Muito atento, mais tímido, interveio sobretudo no final, já após a saída de algumas pessoas e expos a sua angústia e receios relativamente ao comportamento de oposição do pai (com dependência súbita recente), é profissional liberal e consegue gerir o seu tempo, tem grande suporte familiar, mais não sabe como gerir a comunicação com o pai.

Apêndice 11- Folheto informativo “Ser Cuidador Informal”

Onde obter Informação Importante?

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

<https://movimentocuidadoresinformais.pt/informacao-util/>

<https://ancuidadoresinformais.pt/>

<https://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>

<https://www.cm-seixal.pt/servicos>

www.inr.pt do Instituto Nacional para Reabilitação

ELABORADO POR: Rosa Amaro

12.º Curso de Enfermagem Comunitária



rosa.amaro@arslvt.min-saude.pt



Ser Cuidador Informal



Folheto Informativo

Sinais de alerta de stress e exaustão

- Sentir-se mais **cansado** e com **menos energia**;
- **Ansiedade**, irritabilidade e **depressão**;
- Dificuldade **em concentrar-se**;
- Dificuldade em se **sentir relaxado**, mesmo tendo ajuda;
- Sentir-se **impotente e sem esperança**;
- Sentir que **não tem vida própria**;
- Reação **exagerada** a situações pouco problemáticas;
- Sentir-se muitas vezes **irritado e impaciente** com a pessoa que cuida;
- Agravamento de **problemas de saúde** ou surgimento de novas situações;
- Dificuldade **em dormir**;

Conselhos e dicas para cuidar de si

- Peça e aceite **ajuda** de outras pessoas, não tem de fazer tudo sozinho
- **Fale com alguém da sua confiança** sobre os seus sentimentos e dificuldades, procure partilhar as suas decisões e dividir as responsabilidades;
- Reserve diariamente algum **tempo para si mesmo**, faça o que gosta, uma caminhada, um banho relaxante, ou outra;
- **Saia de casa** por um tempo sem preocupações, procure amigos, coletividades ou uma igreja;
- **Convide ou visite amigos** e compartilhe sentimentos;
- Mantenha a regularidade das **suas consultas**;
- Procure **dormir bem** e **alimentar-se** de forma equilibrada;
- Descubra formas de **libertar a tensão e de aceitação**, concentre-se nos aspetos que pode controlar e nas coisas que **dão sentido à sua vida**;
- Procure ajuda especializada se necessário, aconselhe-se com o seu **enfermeiro**;

Recursos da Comunidade

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados- RNCCI da qual fazem parte as seguintes tipologias de apoio:
- ECCL, é a equipa que presta cuidados domiciliários de enfermagem, médicos, de fisioterapia e apoio social;
- **Unidade de internamento**: Unidade de Cuidados Paliativos; Unidade de convalescença; Unidade de Média duração e reabilitação e Unidade de longa duração e manutenção;
- **Descanso do cuidador** é uma tipologia de internamento da pessoa dependente durante 30 dias, pode ser solicitado até três vezes por ano.

Se pretender receber apoio em alguma destas tipologias, poderá solicita-lo junto da sua unidade de Saúde com o seu Médico ou enfermeiro de família.

**Apêndice 12- Folha de Presença - Sessão de Educação
para a Saúde**



Folha de Presença - Sessão de Educação para a Saúde

“Cuidar de mim para cuidar melhor do meu familiar”

Discente: Rosa Maria dos Santos Bernardino Amaro

Docente: Professor Doutor José Edmundo Furtado Xavier de Sousa

Duração: 60 minutos

Nome	Assinatura

Apêndice 13- Manual de apoio ao cuidador informal

Manual de apoio ao cuidador Informal



Elaborado por:

Mestranda - Rosa Bernardino Amaro
 Enfermeira orientadora - Vera Duro
 Orientador Pedagógico - Professor Dr. José Edmundo Xavier

Seixal, fevereiro 2022

Este manual destina-se a si, que é cuidador de alguém dependente.

As informações que aqui lhe damos pretendem ajudar a que consiga cuidar melhor do seu familiar dependente e também, cuidar melhor de si mesmo, sentindo-se mais satisfeito por assumir o papel de cuidador.

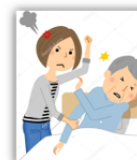
A equipa desta unidade encontra-se ao seu dispor para qualquer esclarecimento mais específico da sua situação.

1. Cuidar de si

A situação de ter alguém próximo de nós doente ou a necessitar de ajuda, coloca-nos perante uma situação nova a que temos de nos adaptar. Ter um familiar dependente de cuidados no domicílio, altera de forma significativa as rotinas e prioridades do cuidador. Muitas vezes o cuidador sente-se sozinho, com medo de ser incapaz de lidar com a situação, manifestando sinais de exaustão física e emocional.

1.1 Sinais e sintomas de alerta de stress e exaustão do cuidador:

- Sentir-se mais cansado e com menos energia;
- Ansiedade, irritabilidade e depressão;
- Dificuldade em concentrar-se;
- Dificuldade em se sentir relaxado, mesmo tendo ajuda;
- Sentir-se impotente e sem esperança;
- Sentir que não tem vida própria;
- Reação exagerada a situações pouco problemáticas;
- Sentir-se muitas vezes irritado e impaciente com a pessoa que cuida;
- Agravamento de problemas de saúde ou surgimento de novas situações;
- Dificuldade em dormir;
- Beber ou fumar mais;



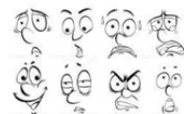
1.2 Conselhos e dicas para cuidar de si:

- Peça e aceite ajuda de outras pessoas, não tem de fazer tudo sozinho
- Fale com alguém da sua confiança sobre os seus sentimentos e dificuldades, procure partilhar as suas decisões e dividir as responsabilidades;
- Reserve diariamente algum tempo para si mesmo, faça o que gosta, uma caminhada, um banho relaxante, ou outra;
- Saia de casa por um tempo sem preocupações, procure amigos, coletividades ou uma igreja;
- Convide ou visite amigos e compartilhe sentimentos;
- Cuide da sua saúde, mantenha a regularidade das suas consultas, pratique algum exercício físico e alimente-se de forma equilibrada consumindo fruta e legumes frescos;
- Descubra formas de libertar a tensão e de aceitação, concentre-se nos aspetos que pode controlar e nas coisas que dão sentido à sua vida, tente não despendar energia nas coisas que não pode mudar;
- Procure ajuda especializada se necessário.



1.3. Comunicação com o seu familiar dependente

- A comunicação e a expressão das emoções são fatores determinante na relação com a pessoa dependente.



- Comunicar não é apenas falar, devemos estar atentos à linguagem corporal, à expressão do rosto, aos gestos e tom de voz.



- A comunicação e a troca de afeto podem ser feitas pelo toque, pelo abraço, pelo segurar da mão ou pelo acariciar.



2. Cuidar do seu familiar dependente no domicílio

2.1. Adaptar as condições do domicílio

O local onde o seu familiar dependente permanece mais tempo e onde lhe são prestados os cuidados, deve ser um lugar seguro, amplo, arejado e confortável:

- Procure retirar móveis, que possam ser obstáculo à prestação de cuidados;
- Crie uma zona para os objetos pessoais do seu familiar,



- Coloque junto do seu familiar, uma mesa que esteja ao seu alcance, para que desta forma consiga alguma autonomia;
- Disponibilize junto do seu familiar, uma campainha ou sineta para que este possa pedir auxílio.



2.2 Cuidados de higiene e conforto

Higiene corporal

- Proporcionar banho diário ao seu familiar, que deverá ser adaptado à mobilidade, podendo ser duche ou banho na cama;
- Garantir privacidade;
- No final do banho deve secar bem a pele com uma toalha macia;
- Manter as unhas e o cabelo curtos facilita os cuidados de higiene.
- Mudar as roupas frequentemente.



Ajude o seu familiar, apenas naquilo que ele não consegue fazer sozinho, para que o seu familiar se adapte às suas incapacidades

Cuidados à pele

- Após o banho aplicar um creme hidratante nas zanas secas, com destaque para as pernas, pés e mãos. Nas zonas húmidas como as pregas da pele e a zona da fralda, deve ser aplicada uma pasta ou spray protetor da humidade.
- Aproveitar para observar toda a pele e verificar se existem alterações como feridas ou bolhas. Se existirem deve proteger com um penso ou compressa e pedir ajuda ao seu enfermeiro de referência.
- Sempre que a situação do seu familiar não lhe permita muita mobilidade, deve auxiliá-lo na alternância de decúbito ou usar equipamentos para alívio da pressão, aconselhando-se com o seu enfermeiro.



2.3 Cuidados na mobilização

As limitações na mobilidade são responsáveis pelo agravamento do estado de saúde do seu familiar dependente. Assim é muito importante posicionar e movimentar o seu familiar de uma posição para outra várias vezes ao dia. A transferência é mudar o seu familiar de uma superfície para outra, por exemplo da cama para a cadeira ou da cadeira para a sanita.

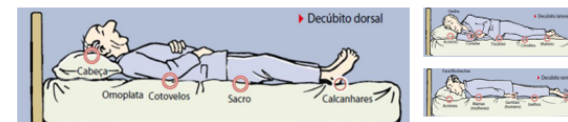
Estas movimentações ajudam a prevenir que o seu familiar venha a desenvolver complicações como:

- Perda da massa muscular e óssea;
- Dificuldade em libertar as secreções no trato respiratório;
- Infecções urinárias;
- Obstipação;
- Perda de apetite, insónia e depressão;



- Úlceras de pressão.

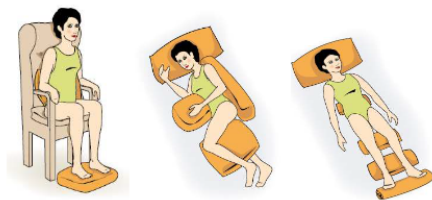
Locais do corpo mais sujeitas a úlceras por pressão



Imagens dos locais mais sujeitos a úlceras de pressão adaptado de: Gonçalves, J. L. (2018). Manual do Cuidar. 1–37.

Medidas para prevenir as úlceras de pressão

- Mudar a pessoa de posição a cada 3 horas;
- Manter a pele bem limpa e seca;
- Não arrastar a pessoa na cama, a fricção também causa lesão na pele.
- Usar dispositivos para alívio da pressão como colchões de pressão alternada e almofadas de gel.
- Usar almofadas para aliviar a pressão;



Posicionamento adequado com uso de almofadas para o alívio da pressão fonte: (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009)

Postura correta para prevenir lesões ao mobilizar o seu familiar:

- Costas direitas, evitando inclinação do tronco para a frente;
- Pés afastados à largura dos ombros;
- Fletir os joelhos e fazer força nas pernas.

Postura adequada para ajuste da posição da pessoa na cadeira



Postura adequada para ajuste da posição da pessoa na cama



Postura adequada para ajuda no levante da cama



Dixe, M. dos A., Quando, A. I., Almeida Pereira, C., Soares, E., Gomes, J., Conceição Teixeira, L., ... Peralta, T. (2018). De Utentes E Apoiar No Autocuidado De Utentes E Cuidadores Informais.

Postura adequada para a transferência da cama para a cadeira



Postura adequada para a transferência da cama para a cadeira; adaptado de: (Fernandes, Leite, Nascimento, & Baciuk, 2011)

2.4 Cuidados com a alimentação

A alimentação é essencial para a recuperação e manutenção física e do bem-estar. Em situação de doença a pessoa pode perder o apetite e esquecer-se de comer. Deve então:

- Oferecer as refeições a horas e não espere que o seu familiar manifeste fome;
- Acorde e sente o seu familiar na hora da refeição;
- sempre que possível prepare os alimentos e incentive que o seu familiar se alimente sozinho;
- Após as refeições, deve manter o seu familiar sentado, durante cerca de 30 minutos, para facilitar a digestão;
- Se o seu familiar se engasgar frequentemente quando come ou deve procurar ajuda com o seu enfermeiro de referência.

Como proporcionar uma alimentação equilibrada

- Escolha os alimentos favoritos do seu familiar e confecione-os da forma como ele gosta;
- Disponibilize cinco ou seis pequenas refeições ao longo do dia;
- Aposte em reforçar o pequeno-almoço, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- Prefira alimentos fáceis de mastigar; pastosos ou líquidos ligeiramente espessos, tais como sopas, iogurtes ou batidos;
- Utilize uma colher na alimentação, para evitar ferimento com os dentes do garfo;
- Ofereça água, procurando que ao longo do dia, o seu familiar ingira cerca de 1,5 litros.

2.4 Cuidados com a eliminação na pessoa dependente

O processo de eliminação da urina e fezes é habitualmente algo que o organismo faz naturalmente, contudo este processo pode ser alterado devido a doença, imobilidade ou medicação.

Principais alterações ao padrão de eliminação:

- Incontinência urinária e fecal que determinam o uso de fralda.
- Necessidade de uso de algália que pode ser temporária ou definitiva e esta relacionado sobretudo com a retenção urinária.
- Obstipação ou prisão de ventre, é importante nesta situação incentivar a ingestão de 1,5 l a 2 litros de água por dia e ao aumento de alimentos ricos em fibras. É por vezes necessário recorrer ao uso de laxantes, mas neste caso deve procurar apoio de um profissional de saúde.
- Diarreia, considera-se preocupante se as fezes são líquidas e ocorrem mais de 3 vezes ao dia. Neste caso é importante suspender a ingestão de legumes verdes e de leite, reforçar a ingestão de líquidos. Se a situação se prolongar ou se o seu familiar ficar mais prostrado, deve procurar ajuda de um profissional de saúde.



3. Apoios sociais

3.1 Produtos de apoio

Os produtos de apoio, também conhecidos como ajudas técnicas, destinam-se a atenuar ou compensar as limitações associadas à deficiência.

Os mais simples podem ser prescritos pelo médico de família nos centros de saúde (nível 1) e são totalmente comparticipados, os mais complexos são prescritos nos hospitais distritais e centros (nível 2 e 3). Depois de ter a prescrição, pode requerer financiamento do produto de apoio através do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.

A lista homologada de produtos de apoio pode ser consultada na página - www.inr.pt do Instituto Nacional para Reabilitação.



3.2 Prestações sociais

Subsídio por assistência de 3ª pessoa

Prestação destinada a compensar as famílias com **descendentes** a receber abono de família com bonificação por deficiência, que se encontrem em situação de dependência e que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa.

Complemento por dependência

Prestação **em dinheiro** atribuída a pensionistas e não pensionistas dos regimes de Segurança Social que se encontrem em situação de dependência e que necessitem da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana.

Subsídio de apoio ao cuidador informal principal - o que é e quais as condições para ter direito?

É um subsídio atribuído aos cuidadores informais principais que reúnam as seguintes condições:

- Pessoas a quem foi reconhecido o Estatuto do Cuidador Informal principal
- Tenham idade entre os 18 anos e a idade legal de acesso à pensão de velhice
- Cumpram a condição de recursos: os rendimentos de referência do agregado familiar do cuidador informal principal têm que ser inferiores a 531,84 € (1,2 vezes o valor do Indexante dos Apoios Sociais – IAS). Informação proveniente e disponível em: <https://www.seg-social.pt/subsidio-de-apoio-ao-cuidador-informal-principal>

4. Recursos da sua Comunidade

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados- RNCCI da qual fazem parte as seguintes tipologias de apoio:

- **ECCL**, é a equipa que presta cuidados domiciliários de enfermagem, médicos, de fisioterapia e apoio social;
- **Unidade de internamento: Unidade de Cuidados Paliativos; Unidade de convalescença; Unidade de Média duração e reabilitação e Unidade de longa duração e manutenção;**
- **Descanso do cuidador** é uma tipologia de internamento da pessoa dependente durante 30 dias, pode ser solicitado até três vezes por ano.

Linhas de apoio

- A **Linha 65** (800 20 88 75), destina-se a adultos com mais de 60 anos e diz respeito às refeições e sua distribuição. O horário de funcionamento desta linha é das 9h30 às 12h30 e das 14h às 18h.

IPSS- Instituições Particulares de solidariedade social prestam apoio:

- Domiciliário, para os cuidados de higiene e alimentação;
- Centros de dia.

ARIFA - Associação de Reformados e Idosos da Freguesia de Amora
ARPIA - Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Arrentela
ARPIF - Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Fogueteiro
ARPIFF - Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Fernão Ferro
ARPIPF - Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Pinhal dos Frades
AURPIA - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Amora
AURPIC - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Corroios
AURPICM - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Casal do Marco
AURPIM - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Miratejo
AURPIPP - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Paio Pires
AURPIS - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos do Seixal
AURPITM - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos da Torre da Marinha
CAPA - Centro de Assistência Paroquial de Amora
Centro de Solidariedade Social de Pinhal dos Frades
Centro Paroquial de Bem-Estar Social da Arrentela
Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Fernão Ferro
Centro Paroquial e Social da Sagrada Família do Miratejo e Laranjeiro
Centro Social e Paroquial de Corroios

Criar-t, Associação de Solidariedade
Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo do Seixal

Referências bibliográficas

- Grupo de trabalho de úlceras de pressão (UPP) de La Rioja. Guia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño:Conserjería de Salud de la Rioja;2009
- Dixe, M. dos A., Querido, A. I., Almeida Pereira, C., Soares, E., Gomes, J., Conceição Teixeira, L., ... Peralta, T. (2018). *De Utentes E Apoiar No Autocuidado De Utentes E Cuidadores Informais*.
- Fernandes, F., Leite, J., Nascimento, B., & Baciuk, É. P. (2011). Atuação fisioterapêutica em imobilismo no leito prolongado. *Revista Intellectus*, 9(25), 1–15.
- Gonçalves, J. L. (2018). *Manual do Cuidar*. 1–37. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061051/Documents/Manual do Cuidar UCCNM.pdf>

Apêndice 14- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinalar em "li e aceito".

Título do estudo: Capacitar os Cuidadores Informais de pessoas dependentes no Domicílio: Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária no Concelho do Seixal

Enquadramento: Realizado na unidade de cuidados na comunidade do Seixal, sob a orientação do Professor Doutor José Edmundo Sousa e da Enfermeira Especialista Vera Sofia Tiago Graça Durão.

Explicação: É-lhe solicitado o preenchimento de um questionário sobre o tema em estudo. Solicito que o preencha na sua totalidade. Este estudo tem como objetivo, identificar em que dimensão, a qualidade de vida das cuidadoras informais de doentes dependentes residentes no conselho do Seixal, é mais afetada por esta condição.

Condições e Financiamento: A sua participação no estudo é voluntária e anónima. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

Confidencialidade e Anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes.

Muito obrigada pela colaboração.

Enfermeira – Rosa Bernardino Amaro Assinatura -----

Contato telefónico- 966484409

Após ter lido o Consentimento Informado

☐ Li e aceito responder ao questionário-Assinatura- -----

O presente questionário surge no âmbito do projeto de intervenção em saúde comunitária no concelho do Seixal, com o intuito de intervir na capacitação dos cuidadores informais de pessoas totalmente dependentes em domicílio. A sua concretização apenas será possível com a sua colaboração no seu preenchimento, de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadrícula (□), deve assinalar com uma cruz a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve responder de forma clara e legível. Para garantir a validade dos resultados deste questionário, por favor não deixe nenhuma questão por responder e não escreva o seu nome.

¹
http://portal.arsnorte.min.saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

