

Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga, na Transferência e Toma da Medicação

Liliana Canas Rei

Orientador:

Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, março de 2024



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga, na Transferência e Toma da Medicação

Apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Liliana Canas Rei, nº5220087

Unidade Curricular:

Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final

Orientador:

Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, março de 2024

*“O sucesso é a soma de pequenos
esforços repetidos dia após dia”*

Robert Collier

AGRADECIMENTOS

Foi longa a jornada deste trabalho de mestrado, repleta de emoções e desafios, pelo que quero agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste projeto pessoal e profissional e aos que sempre estiveram lá para me apoiar.

Começo por agradecer à minha orientadora, professora doutora Teresa Kraus, pela sua amabilidade, qualidade da sua orientação, empenho e dedicação. E pela disponibilidade manifestada e pelas sugestões sempre oportunas.

À professora Maria dos Anjos Dixe pela sua disponibilidade e prontidão em ajudar.

Aos enfermeiros orientadores, Enfermeira Lucinda Ferreira e especialmente ao Enfermeiro Fernando Nogueira pela sua orientação e disponibilidade durante todo este processo, proporcionando momentos de grande aprendizagem, enriquecedores e determinantes para o meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

À equipa de USPMT e da UCC de Abrantes, que me receberam tão bem e acompanharam ao longo deste percurso, mantendo um espírito de interajuda.

À minha colega de mestrado Raquel Soares pelos momentos de amizade e partilha de emoções.

Aos meus amigos que me apoiaram desde sempre e prontificaram-se para ajudar no que fosse preciso.

Por último e a mais importante, à minha família, especialmente à minha filha, que mesmo pequenina teve paciência para os momentos mais difíceis e compreensão por todo o tempo que lhe deixei de dedicar, ao meu marido e companheiro de viagem desta jornada foi o pilar de todo este percurso, e claro sempre aos meus pais e irmão que sem eles nada disto seria possível, por todo o apoio que me deram e que sempre acreditaram em mim.

Eternamente grata a todos!

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

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

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

BCG - Bacilo Calmette–Guérin

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CPPP – Curso de Preparação para o Parto

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Estatuto do Cuidador Informal

EEESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ESSLEI – Escola Superior de Saúde de Leiria

H_0 – Hipótese nula

H_1 – Hipótese alternativa

HMP – Health Mental Positive

INE – Instituto Nacional de Estatística

Km – Quilómetros

n – Número

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. - Página

PAPAS – Projeto de Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga

PDF - Portable Document Format

PIE – Plano de Intervenção Específico

PLS – Plano Local de Saúde

PNGRH – Programa Nacional de Gestão de Resíduos Hospitalares

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSO – Programa Nacional de Saúde Oral

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s.p – Sem página

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SMP – Saúde Mental Positiva

SPSS - Statistical Package for the Social Science

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ULSMT – Unidade de Local de Saúde do Médio Tejo

UNICEF - Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

URAP – Unidade de Recursos de Apoio Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

USPMT - Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo

ÍNDICE

ÍNDICE TABELAS	VIII
INDICE QUADROS	VIII
INDICE GRÁFICOS	VIII
INDICE FIGURAS	IX
RESUMO.....	X
ABSTRACT.....	XII
INTRODUÇÃO	13
1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	16
1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	16
1.1.1 Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo.....	17
1.1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes	20
2. MODELO TEÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	22
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS.....	26
3.1.1 Responsabilidade ética e deontológica	26
3.1.2 Melhoria da qualidade.....	27
3.1.3 Gestão de Cuidados.....	28
3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	29
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	31
3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	32
3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	33
3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	34
3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	39
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	40
4.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	40
4.1.1 Caracterização da população do Concelho de Abrantes.....	40
4.1.2 Cuidadores Informais.....	43

4.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA METODOLOGIA PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	46
4.2.1 Diagnóstico de situação	47
4.2.2 Definição de prioridades	69
4.2.3 Fixação de objetivos	73
4.2.4 Seleção de estratégias	74
4.2.5 Elaboração de Programas e Projetos e Preparação para a Execução	84
4.2.6. Execução do Projeto de Intervenção PAPAS	89
4.2.7 Avaliação	91
4.2.8 Conclusão	96
CONCLUSÃO INTEGRATIVA	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	CVIII
ANEXO I – Organograma do ACES Médio Tejo	CIX
ANEXO II – Parecer da comissão de ética.....	CX
ANEXO III – Certificado de participação nas Jornadas Sociais e da Saúde de Abrantes.....	CXI
ANEXO IV – Certificado de participação no II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho.....	CXII
ANEXO V – Autorização para aplicação do Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal do Projeto Help2Care (Dixe et al., 2020)	CXIII
ANEXO VI – Índice de Barthel.....	CXV
ANEXO VII – Escala de avaliação das capacidades do Cuidador Informal do Projeto Help2Care (Dixe et al., 2020).....	CXVI
ANEXO VIII – Escala de avaliação da sobrecarga Zarit, traduzida e adaptada por Sequeira (2010)	CXXIII
APÊNDICES	CXXV
APÊNDICE I – Análise dos questionários de avaliação da satisfação dos utentes da UCC de Abrantes.....	CXXVI
APÊNDICE II – Sessão sobre gestão de conflitos	CXXXVI
APÊNDICE III – Sessão sobre “Pediculose: Falar do que vem à cabeça...”	CXLIV

APÊNDICE IV – Campanha da fórmula 5-2-1-0.....	CLVI
APÊNDICE V – Consentimentos informados	CLVIII
APÊNDICE VI – Guião de entrevista aos Cuidadores Informais	CLXII
APÊNDICE VII – Resumo dos artigos da revisão integrativa da literatura .	CLXIV
APÊNDICE VIII – Painel de delphi	CLXXX
APÊNDICE IX – Apresentação em <i>PowerPoint</i> do projeto à UCC de Abrantes e USP do Médio Tejo	CLXXXV
APÊNDICE X – Cronograma de atividades.....	CCIII
APÊNDICE XI – Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio no Autocuidado Transferencias).....	CCIV
APÊNDICE XII – Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio na toma da medicação – Complicações/Efeitos Secundários).....	CCXXI

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Frequência dos resultados do somatório do índice de Barthel.....	53
Tabela 2 - Estatística descritiva na área Cuidar: Alimentação (continua).....	54
Tabela 3 - Estatística descritiva na área Cuidar: Higiene Sanitária.....	56
Tabela 4 - Estatística descritiva na área Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto	57
Tabela 5 - Estatística descritiva na área Cuidar: Mobilidade	58
Tabela 6 - Estatística descritiva na área Cuidar: Transferências	59
Tabela 7 - Estatística descritiva na área Cuidar: Despir e vestir-se	60
Tabela 8 - Estatística descritiva na área Cuidar: Tomar a medicação (continua)	60
Tabela 9 - Estatística descritiva na área Cuidar: Gestão de Sintomas	61
Tabela 10 - Estatística descritiva na área Cuidar	63
Tabela 11 - Estatística descritiva na área Comunicação	64
Tabela 12- Definição de prioridades na área alimentação.....	70
Tabela 13- Definição de prioridades na área transferências.....	71
Tabela 14 - Definição de prioridades na área tomar a medicação.....	72
Tabela 15- Definição de prioridades na área gestão de sintomas	72
Tabela 16 - Objetivos específicos, indicadores e metas das necessidades priorizadas	74
Tabela 17 - Comparação dos dados pré e pós intervenção de "Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias"	93
Tabela 18 - Comparação dos dados pré e pós intervenção de "Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação"	94

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem sobre a problemática em estudo.....	68
Quadro 2 - Mnemónica PICo	75
Quadro 3 - Artigos incluídos na revisão da literatura	76
Quadro 4 - Plano de ação das necessidades priorizadas	86
Quadro 5 - Resultados da intervenção.....	91

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 - % de respostas na área cuidar de alimentação	55
Gráfico 2 - % de respostas na área cuidar de higiene sanitária	56
Gráfico 3 - % de respostas na área cuidados de higiene e conforto.....	57
Gráfico 4 - % de respostas na área cuidar mobilidade	58
Gráfico 5 - % de respostas na área cuidar transferências	59
Gráfico 6 - % de respostas na área de cuidar tomar a medicação	61

Gráfico 7 - % respostas na área de cuidar gestão de sintomas	62
Gráfico 8 - % de respostas na área cuidar	63
Gráfico 9 - % de respostas na área de cuidar comunicação	64

INDICE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide etária da população residente da área de abrangência do ACES Médio Tejo.	17
Figura 2 - Pirâmide etária da população residente da área de abrangência da UCC de Abrantes.	20
Figura 3 - Diagrama do Modelo Teórico da Promoção da Saúde de Nola Pender.....	24
Figura 4 - Diagrama da Teoria de Nola Pender sobre a problemática em estudo.....	68
Figura 5 – Pontuação que se atribui à magnitude do problema	69
Figura 6 - PRISMA <i>diagram flow</i> da revisão da literatura	76

RESUMO

Este relatório reflete todo o percurso realizado ao longo deste estágio, quanto à forma como as competências foram desenvolvidas e a prossecução dos objetivos foi alcançada. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública possui um conjunto de competências comuns e especializadas que lhe permitem desenvolver a sua prática clínica nos domínios da prevenção, promoção e proteção da saúde das pessoas, famílias, grupos e comunidades, com particular atenção para grupos de pessoas em risco e comunidades de vulnerabilidade acrescida.

Considerando os cuidadores informais (CI), um grupo de pessoas suscetíveis a situações de grande vulnerabilidade, pois a prestação de cuidados a uma pessoa dependente pode levar os cuidadores informais a enfrentar dificuldades físicas, psicológicas e emocionais. Desta forma o projeto de intervenção comunitária “Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga”, visa facilitar a operacionalização do apoio que é devido a estes cuidadores face ao anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Baseado na metodologia do planeamento em saúde, teve como principal objetivo: Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente. Dos 42 CI reconhecidos pelo estatuto no concelho de Abrantes, apenas 31 consentiram em participar no estudo e com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que contemplam a avaliação sociodemográfica do CI, o índice de Barthel, a avaliação das capacidades do CI do projeto Help2Care, a avaliação de sobrecarga de Zarit e 2 questões sobre o sentido de vida, de forma a compreender as necessidades reconhecidas pelos CI. O processo de tomada de decisão foi guiado pelo modelo teórico da Promoção da Saúde de Nola Pender, com a identificação dos comportamentos promotores de saúde (capacitação). Através do método de Hanlon, foram priorizadas as necessidades nas áreas de maior expressão das dificuldades nos autocuidados, Transferir: “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” e Tomar a medicação: “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”. A seleção das estratégias de intervenção foi sustentada na revisão integrativa da literatura, com vista a uma prática baseada na evidência. Apenas metade da amostra aderiu à intervenção, verificando-se uma ligeira melhoria nos resultados na capacidade de “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” e na capacidade de “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação” e no seu sentido de vida, e que corresponde a um nível mais elevado de sentido de vida.

Palavras-chave: Cuidador Informal; Apoio de Enfermagem; Sobrecarga; Capacidades.

ABSTRACT

This report reflects the entire journey undertaken during this internship, in terms of how the competences were developed and the objectives achieved. The Specialist Nurse in Community Health Nursing and Public Health has a set of common and specialised competences that allow them to develop their clinical practice in the fields of prevention, promotion and protection of the health of individuals, families, groups and communities, with particular attention to groups of people at risk and communities of increased vulnerability.

Informal carers (ICs) are a group of people susceptible to situations of great vulnerability, as caring for a dependent person can lead informal carers to face physical, psychological and emotional difficulties. In this way, the community intervention project "Support for Informal Carers: Prevention and Relief of Overload" aims to facilitate the operationalisation of the support owed to these carers in the light of the annex to Law no. 100/2019 of 6 September. Based on the methodology of health planning, its main objective was to promote support for informal carers in the municipality of Abrantes, enabling them to provide safe care for dependent people. Of the 42 ICs recognised by statute in the municipality of Abrantes, only 31 consented to take part in the study and semi-structured interviews were carried out with them, including the IC's sociodemographic assessment, the Barthel index, the Help2Care project's IC capabilities assessment, the Zarit overload assessment and 2 questions on the meaning of life, in order to understand the needs recognised by the ICs. The decision-making process was guided by Nola Pender's Health Promotion theoretical model, with the identification of health-promoting behaviours (empowerment). Using Hanlon's method, needs were prioritised in the areas of greatest expression of self-care difficulties, Transfer: "Transferring the dependent person to and from the necessary positions" and Taking medication: "Deciding what to do in the event of any complications/side effects from the medication". The selection of intervention strategies was based on an integrative literature review, with a view to evidence-based practice. Only half of the sample adhered to the intervention, with a slight improvement in results in the ability to "Transfer the dependent person to and from the necessary positions" and in the ability to "Decide what to do in the event of a complication/ medication side effect" and in their sense of life, which corresponds to a higher level of sense of life.

Keywords: Informal Caregiver; Nursing support; Overload; Capacities.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final, nos contextos da Unidade de Saúde Pública (USP) e da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrado no terceiro semestre da segunda edição do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública da Escola Superior de Saúde de Leiria. Que decorreu nas seguintes unidades funcionais: na Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo (USPMT), entre o dia 11 de setembro de 2023 até ao dia 27 de outubro de 2023, com a duração de 125 horas de contacto; e na UCC de Abrantes, entre o dia 30 de outubro de 2023 até ao dia 23 de fevereiro de 2024, com a duração de 250 horas de contacto, orientado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e supervisionado pela docente Professora Doutora Teresa Kraus. Este estágio pressupõe a continuidade do estágio anterior, no contexto na Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo,

A realização deste relatório de estágio teve como objetivos:

- Caracterizar os contextos de estágio USPMT e UCC de Abrantes;
- Analisar de forma crítico-reflexiva as atividades e competências desenvolvidas ao longo deste estágio na consecução dos objetivos propostos;
- Descrever todo o processo que esteve subjacente à concretização do projeto de intervenção comunitária.

A aquisição de competências, está diretamente relacionada com a formação e experiência profissional sendo que, está subjacente a influência de variáveis da organização e da cultura local. As análises, reflexões e estudos que dão visibilidade à enfermagem determinam o trabalho dos enfermeiros, mas contribuem essencialmente para o estudo da identidade da profissão, do ato de cuidar e na produção da sua formação reconstituindo e reconceptualizando as práticas de cuidados (Costa, 2002).

Sendo a competência um processo, “um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes no nível de desempenho adequado às circunstâncias “(Alarcão, 2001, p.53-54).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEESCSP), desenvolve assim a sua prática de uma forma globalizante focalizada na comunidade. As alterações demográficas, os indicadores de morbilidade e as emergências das doenças crónicas, exigem novas necessidades de saúde. Pelo que

os cuidados de saúde primários assumem uma crescente importância no tratamento da doença, mas sobretudo com elevada relevância na prevenção da doença. A enfermagem de saúde pública é a prática de promoção e proteção da saúde das populações, sendo fruto do seu conhecimento e experiência clínica, o enfermeiro especialista deve demonstrar um elevado entendimento e capacidade em responder de forma adequada às respostas humanas dos processos de vida e aos problemas de saúde associados, obtendo ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010; American Public Health Association, 2013, s.p.).

Os objetivos gerais deste estágio são: “Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista; desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública”.

Os objetivos específicos são: “Executar processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública evidenciando um conhecimento avançado dos referenciais teóricos da disciplina; utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos implementando programas e projetos de saúde de âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Elaborar um relatório crítico-refletivo da prática que evidencie o diagnóstico efetuado, o projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção, na comunidade”.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido assenta na metodologia do planeamento em saúde, e focaliza-se num grupo de indivíduos que frequentemente experimentam situações vulnerabilidade, tornando-se suscetíveis, que são os cuidadores informais.

Em Portugal e na Europa, a maioria dos cuidados às pessoas com alteração do grau de dependência, são prestados por familiares e amigos próximos (Teixeira et al., 2017; Relatório - A8-0352/2018). Decorrente das alterações demográficas, com forte tendência para o envelhecimento da população e incidência de doenças relacionadas com a idade, aumentam as necessidades em cuidados (Relatório - A8-0352/2018). A par da desajustada tentativa da sociedade em dar respostas a estas situações, perspetiva-se então uma crescente procura de cuidados informais (Sousa, 2021), assim como uma forte ascensão do Estatuto do Cuidador Informal.

A prestação de cuidados a uma pessoa dependente está associada a uma série de encargos que conduzem frequentemente a dificuldades físicas, psicológicas e

emocionais. Tendo em conta as dificuldades enfrentadas pelos prestadores de cuidados informais, saber em que áreas de funcionamento precisam de mais orientação pode ajudar a aliviar a sua sobrecarga (Dixe et al., 2019).

Neste sentido, a criação do projeto de intervenção comunitária visa facilitar a operacionalização do apoio que é devido a estes cuidadores informais face ao anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. De acordo com as necessidades previamente identificadas (através do instrumento de colheita de dados), acompanhado por um processo de tomada de decisão, guiado pelo Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, que compreende os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, assim como analisa o que motiva e desmotiva a adoção de comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons 2002). E através de uma revisão integrativa da literatura, foram selecionadas as estratégias de intervenção, partindo da seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que melhor apoiam os cuidadores informais nas suas capacidades para a prestação de cuidados, prevenindo e aliviando a sobrecarga?

Este relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos o primeiro capítulo corresponde à caracterização dos contextos de estágio, a Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo e Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes; o segundo capítulo descreve o Modelo de Referência de Enfermagem escolhido; o terceiro capítulo, contempla a análise-crítico reflexiva das atividades e competências desenvolvidas ao longo deste estágio na consecução dos objetivos propostos; e por fim o quarto capítulo com a descrição de todas as etapas do projeto de intervenção comunitária.

1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

A prática clínica deste Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública desenvolveu-se nos contextos de Unidade de Saúde de Pública do Médio Tejo no polo de Abrantes e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes, que passarei de seguida a descrever.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A USPMT e a UCC de Abrantes são unidades funcionais que se encontram integradas no ACES do Médio Tejo estando este último inserido na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Importa referir que os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, composto por diversas unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro). No caso do ACES Médio Tejo presta cuidados de saúde primários à maioria da população da região do Médio Tejo. Contextualizando, a região do Médio Tejo abrange 13 municípios, Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha, Vila de Rei e Sertã. Contudo a área de influência do ACES do Médio Tejo exclui os 2 últimos municípios (Vila de Rei e Sertã) por estarem sob a área de influência da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Deste modo o ACES do Médio Tejo é organizado da seguinte forma, por uma Diretora Executiva, um Conselho Clínico e de Saúde (1 presidente e 3 vogais) e pelo Conselho da Comunidade. É composto por 31 unidades funcionais (prestadoras de cuidados), sendo elas, 10 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 11 Unidades de Saúde de Familiares (USF), 8 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e 1 Unidade de Saúde Pública (USP), distribuídas por 12 centros de saúde (Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Fátima, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha) (ANEXO I) (BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2023).

De referir que a partir de 1 de janeiro de 2024, com a formação Unidade de Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT), houve a extinção do ACES do Médio Tejo, sofrendo alterações na sua área de abrangência, passando a incluir o município Vila de Rei e a excluir os municípios Ourém e Fátima.

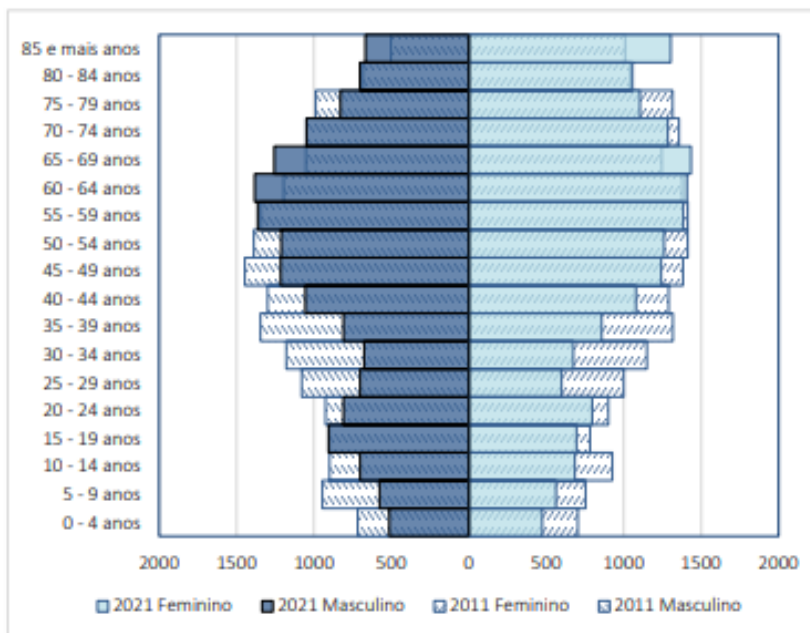
1.1.1 Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo

A USPMT intervém em toda a área geodemográfica de influência do ACES Médio Tejo, atualmente da ULSMT, num total 2.706 Km² de área geográfica (BI-CSP, 2023a).

A USPMT de acordo com os censos de 2021 serve uma população de 210.555 habitantes (PORDATA, 2023), correspondendo a uma densidade populacional de 77,8 habitantes/Km², estando inscritos nos serviços prestadores de cuidados de saúde primários 226.030 utentes, importa evidenciar que o índice de dependência dos utentes inscritos é bastante elevado, correspondendo ao total de 66,09%, sendo 18,46% o índice de dependência jovem e 45,64% o índice de dependência de idosos (BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2023b).

A seguinte pirâmide etária mostra a distribuição da população residente por sexo na área geográfica do ACES Médio Tejo em 2011 e 2021. Verifica-se que em 2021, 47,4% da população residente eram do sexo masculino e de 52,6% eram do sexo feminino.

Figura 1- Pirâmide etária da população residente da área de abrangência do ACES Médio Tejo.



Fonte: INE (2024)

Em 2021 é evidente o envelhecimento da população, com um decréscimo das camadas mais jovens e um crescimento acentuado nas faixas etárias acima dos 60-64 anos, acompanhado de um índice de envelhecimento elevado de 253,8 em 2021, significativamente acima da média nacional 182,1. Enquanto em 2011 havia uma maior distribuição da população residente nas faixas etárias abaixo dos 50-54 anos. Desta forma a região do Médio Tejo regista uma taxa de bruta de natalidade de 5,9%

em 2021 comparativamente abaixo da média nacional de 7,6% no mesmo período de temporal. Contando com uma taxa bruta de mortalidade superior no Médio Tejo (15,9%) à verificada em Portugal (12,0%). De acordo com o diagnóstico de saúde de 2021-2022 da USPMT, são os tumores malignos e doenças do aparelho circulatório que registam maiores taxas de mortalidade padronizadas, comparativamente a Portugal. Sobre morbilidade, observa-se que a alteração do metabolismo dos lípidos e a hipertensão arterial são os principais problemas ativos em 2022, seguindo-se as perturbações depressivas, a diabetes e o distúrbio do sono. Em relação aos determinantes em saúde, há um aumento no número de casos de “abuso de tabaco”, “excesso de peso”, “obesidade”, “abuso crónico de álcool”, “abuso de drogas”, “hipertensão arterial” e “alteração dos lípidos” no ACES Médio Tejo.

A sede a USPMT funciona nas instalações do Centro de Saúde de Alcanena. Também os concelhos de Tomar e Torres Novas tem instalações dedicadas ao funcionamento da USPMT. Nos restantes concelhos e em Fátima, os serviços de saúde pública funcionam na sede dos Centros de Saúde, consoante a necessidade e pertinência os profissionais desta unidade podem utilizar instalações em outros locais do ACES (BI-CSP, 2023a).

A USPMT é composta por equipas técnicas multidisciplinares, médicos de saúde pública (5), enfermeiros (6), preferencialmente, com especialidade em enfermagem de saúde pública/enfermagem de saúde comunitária e de outras especialidades com relevância ao desempenho desta unidade, por técnicos de saúde ambiental (12), higienistas orais (3), assistentes técnicas e outros profissionais (7) tendo em consideração as necessidades e características geodemográficas da sua zona de intervenção (BI-CSP, 2023a).

Relativamente aos enfermeiros, “de acordo com a legislação aplicável, em cada USP (27) deve ser observado, de forma indicativa e conforme as características geodemográficas da zona de intervenção, o seguinte rácio: 1 enfermeiro especialista/30.000 habitantes” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, s.p). Atualmente a USPMT conta com 6 enfermeiros/as (5 enfermeiros/as especialistas em Saúde Comunitária e/ou Saúde Pública e 1 enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia). Atendendo que existem, de acordo os últimos censos de 2021, 210.555 habitantes na região do Médio Tejo, e inscritos na plataforma BI-CSP 226.030 utentes no ACES Médio Tejo, o rácio calculado para ambos os utentes, para os utentes habitantes é de 7,0185 enfermeiros e para os utentes inscritos no ACES Médio Tejo é de 7,534 enfermeiros, pelo que encontra-se desajustado o rácio enfermeiro/habitantes, estando a faltar entre 1-2 enfermeiros, é de se reforçar a importância da necessidade

de dois enfermeiros ao invés de um, quando analisamos as características geodemografias, como a forte dispersão geográfica da população. Relativamente ao método de trabalho dos enfermeiros da USPMT, não se pode afirmar com clareza a utilização de um método de trabalho específico, pois a prática de enfermagem desempenhada neste contexto em USP, acaba por mobilizar de certa forma um pouco de todos os métodos de trabalho em enfermagem. Exemplifico: cada enfermeiro da USPMT está responsável por um programa de um ou mais concelhos, aqui está inerente o método individual/método de enfermeiro responsável, mas cada enfermeiro integra projetos que são compostos por equipa multidisciplinar e desempenha o seu papel em equipa, assim como desempenha funções à tarefa como a vacinação internacional englobada da consulta de enfermagem do viajante.

Importa referir ainda que esta unidade tem como missão:

contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Deverá igualmente garantir, de forma célere e efetiva, a proteção da saúde das populações, sempre que a mesma esteja em causa (BI-CSP, 2023a, p. 5).

E tem como objetivos:

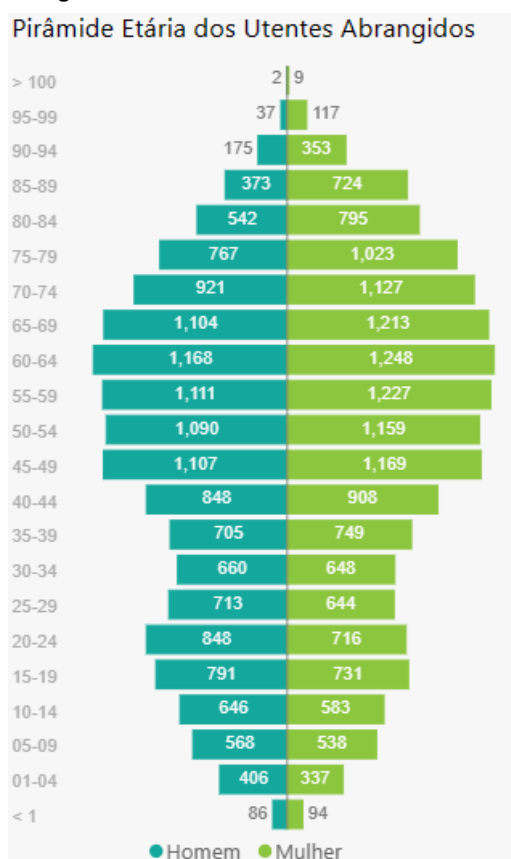
Desenvolver as diversas atividades de planeamento em saúde, incluindo a identificação das necessidades da população, colaborando e gerindo a sua implementação e proceder à avaliação do impacto das mesmas, na base das competências definidas no Regulamento Interno da Unidade; Gerir programas e projetos de intervenção, no âmbito da defesa, proteção e promoção de saúde da população (BI-CSP, 2023a, p. 5).

Integra uma vasta Carteira de Serviços, tais como: Vigilância Epidemiológica; Observatório de saúde; Plano Local de saúde (PLS); Resposta às emergências em Saúde Pública; Gestão de Programas: Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Programa Nacional de Gestão de Resíduos Hospitalares (PNGRH), Programa Nacional de Saúde Oral (PNSO), Programa Nacional de Vacinação (PNV); Gestão de planos de contingência; Proteção da saúde: ambiental, ocupacional, segurança alimentar (...); Consulta do Viajante e vacinação internacional; Autoridade de Saúde (BI-CSP, 2023b).

1.1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes

A UCC de Abrantes localiza-se nas instalações da sede do Centro de Saúde de Abrantes. Abrange uma área geográfica de 714.69 km, do concelho de Abrantes, contemplado 8 das 13 freguesias do concelho (União das Freguesias de Abrantes (São Vicente e São João) e Alferrarede, União das Freguesias de São Miguel do Rio Torto e Rossio ao Sul do Tejo, Tramagal, Pego, União das Freguesias de Alvega e Concavada, Bemposta, União das Freguesias de São Facundo e Vale das Mós e, Rio de Moinhos. Serve a população que se encontra inscrita na UCSP de Abrantes e nas USF's: Beira Tejo e D. Francisco de Almeida, contando com 30780 inscritos. Com um índice de dependência total de 68,75%, correspondendo 17,86% ao índice de dependência jovem e 50,89% ao índice de dependência de idosos (BI-CSP, 2023c). A pirâmide etária seguinte mostra a distribuição da população inscrita por sexo:

Figura 2 - Pirâmide etária da população residente da área de abrangência da UCC de Abrantes.



Fonte: BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2023c)

Verifica-se uma maior condensação da população entre as faixas etárias 40-44 e 65-69, com uma inflexão na faixa etária dos 60-64 anos. E uma diminuição da população abaixo dos 14 anos e acima dos 85.

A UCC de Abrantes conta com uma equipa multidisciplinar (6 enfermeiros, sendo que 2 deles encontram-se a exercer funções nesta unidade a tempo parcial, 1 assistente técnica e 1 assistente operacional). Refletindo sobre o rácio enfermeiro/utente, a dimensão da equipa multidisciplinar é avaliada anualmente, assegurando o ajuste dos recursos à evolução das necessidades em cuidados de saúde à comunidade. As UCC devem ser constituídas no rácio de, pelo menos 1 enfermeiro até 5.000 habitantes, preferencialmente enfermeiro especialista (na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública), dependendo das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar resultados (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Para os 30.688 utentes são necessários 6 enfermeiros, atendendo que a UCC de Abrantes conta com 6 enfermeiros, mas 2 deles são a tempo parcial, a realidade deste contexto encontra-se ajustada parcialmente quanto a dotação adequada.

A UCC de Abrantes incorpora uma carteira de serviços, tais como: Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade; Curso de Recuperação Pós-Parto; Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés; Programa Nacional de Saúde Escolar; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância/Equipa Local; e Rede Social (BI-CSP, 2023c).

A UCC tem como missão:

Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente em oito freguesias do Concelho de Abrantes, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência (BI – CSP, 2023c, s.p.).

2. MODELO TEÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Existem diversos modelos e teorias de enfermagem, que servem de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão dos cuidados de enfermagem (Mendes, 1997).

Os modelos e teorias no âmbito da promoção da saúde facilitam a compreensão dos determinantes dos problemas em saúde, assim como orientam para as respostas às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Assim como também contribuem para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, permitindo um maior alcance dos objetivos propostos, quer para a promoção da saúde como para a prevenção da doença (Naidoo & Wills, 1994; Freudenberg, Flay, Parcel, Rogers & Walltersin, 1996).

Pelo que houve uma crescente participação dos enfermeiros em atividades que conduzem a promoção da saúde (Meles & Zago, 1999; Kohlrausch & Rosa, 1999; Vitor, 2002).

A promoção da saúde é considerada como o processo de capacitação dos indivíduos e/ou comunidades alcançado a sua qualidade de vida, com enfoque no seu envolvimento através de uma maior participação e controlo deste processo, de forma atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Pelo que os indivíduos e grupos devem identificar e satisfazer as suas necessidades e modificar favoravelmente o seu meio ambiente. A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas também da adoção de estilos de vida saudáveis com direção ao bem-estar geral (Ministério da Saúde, 2002).

Dos vários modelos e teorias de enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, este trabalho focaliza as conceções do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, por fornecer uma estrutura simples e clara, possibilitando ao enfermeiro um cuidar individual às pessoas, e/ou reunindo-as em grupo, permitindo o planeamento, intervenção e avaliação das suas ações (Warren, 1993; Stutts, 1997; Pender & Yang, 2002).

Fazendo uma breve contextualização, Nola J. Pender professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan nos Estados Unidos, integra a conceção de promoção da saúde, como atividades dirigidas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou fortaleçam o bem-estar do individuo. Assim, Pender desenvolveu na década de 80, o modelo Teórico de Promoção da Saúde, o modelo emerge como proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar

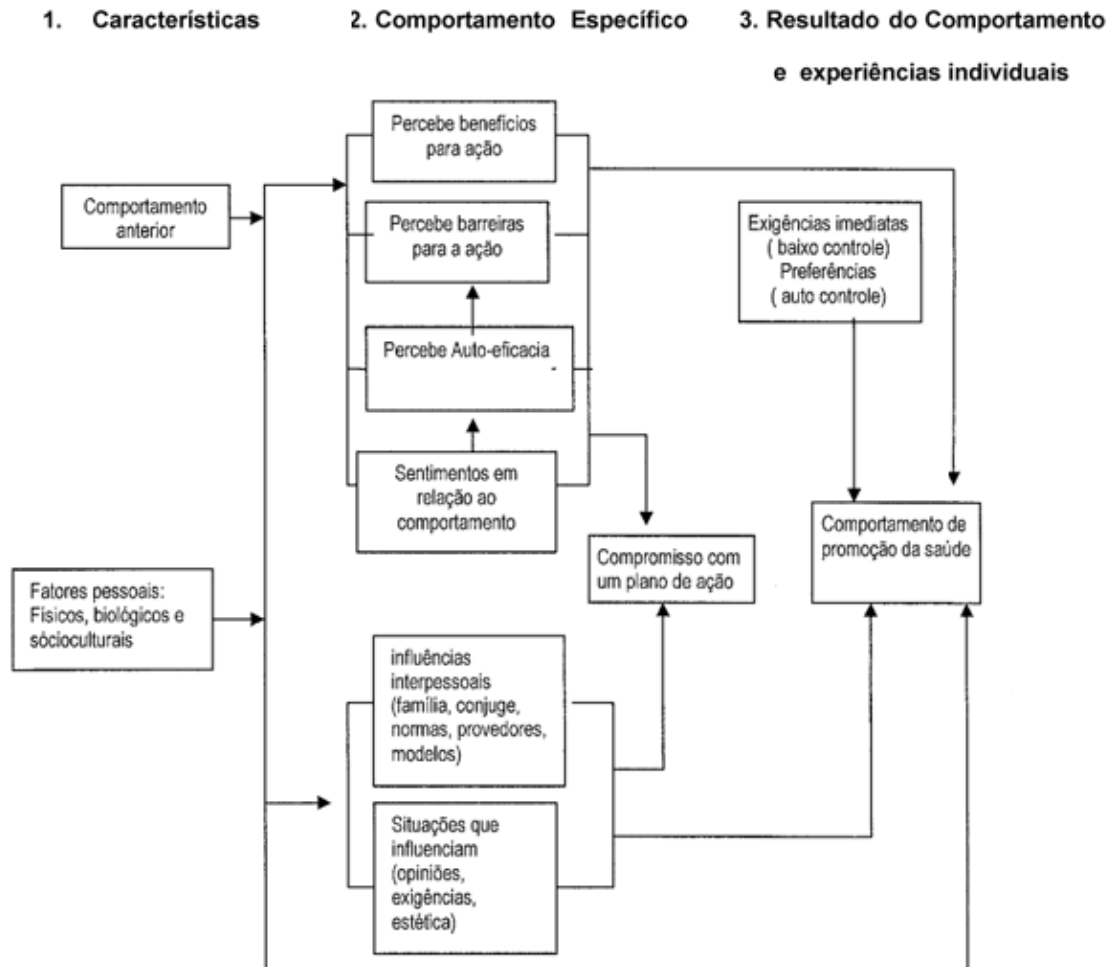
o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a adotarem comportamentos produtores de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons 2002).

Este modelo da promoção da saúde, pressupõem três principais componentes:

1. **Características e experiências individuais**, que compreende o “comportamento anterior” que deve ser mudado prezando os fatores pessoais, que incluem os fatores biológicos como por exemplo a idade, IMC, agilidade; os fatores psicológicos, como a auto-estima, a auto-motivação; e os fatores socioculturais, a educação, nível socioeconómico;
2. **Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento** que se pretende alcançar, sendo este pressuposto o núcleo central do diagrama, que é composto pelas seguintes variáveis: perceber os benefícios para ação, as percepções positivas, que reforçam o impacto do comportamento adotado; perceber barreiras para a ação, são as percepções negativas associadas ao comportamento, como as dificuldades e custos pessoais; perceber a auto-eficácia, é a capacidade de organizar e executar ações; sentimentos em relação ao comportamento, reflete a reação emocional direta, que pode ser positiva, negativa, agradável ou desagradável; as influências interpessoais, o comportamento pode ser ou não influenciado por outras pessoas ou por normas/modelos sociais; e as influências situacionais, como o ambiente pode ser facilitador ou impeditivo de determinados comportamentos de saúde;
3. **Resultados do comportamento**, que é constituído pelo: compromisso com o plano de ação ou seja as ações permitem o individuo manter o comportamento de promoção da saúde esperado (as intervenções de enfermagem); as exigências imediatas e preferências, pelo que os comportamentos que requerem mudanças imediatas existe pouco controlo sobre os mesmos, já as preferências pessoais tem um grande controlo sob as ações de mudança de comportamento; e pelo comportamento de promoção da saúde, são o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde.

O seguinte diagrama mostra a representação gráfica do modelo assim como a compreensão dos seus componentes:

Figura 3 - Diagrama do Modelo Teórico da Promoção da Saúde de Nola Pender.



Fonte: Pender, N. J, Murdaugh, C. L & Parsons M. A. (2002)

Uma vez que conceitos de saúde, ambiente, pessoa e enfermagem facilitam a compreensão das diferentes variáveis do modelo. Pender faz referência aos mesmos ao longo do seu livro, o conceito **saúde** é entendido como o desenvolvimento de capacidades que contribuem para a melhoria do bem-estar e não meramente a ausência de doença, pelo que devem ser tidos em conta os aspetos individuais, familiares e comunitário, como a idade, raça e cultura, numa perspetiva holística. Quanto ao **ambiente** deve ser entendido como o resultado da relação entre o individuo e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, o objetivo é proporcionar uma relação de ambiente saudável. O conceito **pessoa**, é definido como aquele que tem a capacidade de tomar decisões, resolver problemas, com especial enfoque na sua potencialidade de mudança de comportamentos de saúde. Por fim a **enfermagem**, consiste nas intervenções e estratégias utilizadas pelos enfermeiros

para promover a adoção de comportamentos no âmbito da promoção da saúde, estimulando o autocuidado (Pender, Murdaugh & Parsons 2002).

Pender, Murdaugh & Parsons (2015) focalizam o conceito de saúde em contexto comunitário, e definem saúde comunitária como a satisfação das necessidades coletivas dos seus membros através da identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade e entre a comunidade e a sociedade em geral. A saúde comunitária é mais do que a soma dos estados de saúde dos seus membros individuais, abrange características da comunidade como um todo. O indivíduo, família e comunidade estão intimamente relacionados. Mas a saúde de uma comunidade depende também da saúde individual, os aspetos físicos, sociais, económicos e políticos permitem que os indivíduos vivam de forma saudável. As características da comunidade tem uma influencia importante na saúde individual e nos comportamentos de risco. Comunidades saudáveis apoiam estilos de vida saudáveis. Intervenções eficazes de promoção da saúde ter como base a avaliação do ambiente social de uma comunidade, bem como das condições sociais, físicas e ambientais.

Este modelo teórico propõem integrar a ciência do comportamento às teorias de enfermagem, através da identificação de fatores que influenciam comportamentos saudáveis compreendendo o contexto biopsicossocial. Como enfoque a promoção da saúde através de intervenções dirigidas para o desenvolvimento de recursos que mantenham e aumentem o bem-estar da pessoa (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

É neste capítulo que irei analisar de forma reflexiva sobre as atividades desenvolvidas neste estágio que estiveram inerentes à aquisição de competências do EEESCSP.

Os cuidados de saúde, bem como os cuidados de Enfermagem, atualmente assumem cada vez mais uma maior importância e exigência quer a nível técnico, quer a nível científico, sendo a diferenciação e a especialização, que mais traduz a realidade de todos os profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/201, 2019).

Desta forma, o enfermeiro especialista é quem possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/201, 2019).

Do conjunto de competências que lhe são reconhecidas, partilha competências comuns a todas as áreas de especialidade, assim como possui competências específicas que se distinguem de todas as outras especialidades.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

As competências comuns do Enfermeiro Especialista,

são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/201, 2019, p.4744).

3.1.1 Responsabilidade ética e deontológica

Neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal integra as competências:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

É um dever de todos os enfermeiros, quer seja especialista quer seja generalista de prestar cuidados respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão.

O desenvolvimento da profissão pauta-se em vários níveis, destacando para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica de todos os enfermeiros, de forma normativa e vinculativa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A profissão de enfermagem consiste em prestar cuidados às pessoas de forma que mantenham, melhoram e recuperem a sua saúde, ajudando-os a alcançar máximo de capacidade funcional, o mais rápido possível, sempre com a preocupação do bem-estar dos outros, exigindo qualidade humana e humanizadora. Cumprindo com um conjunto de deveres, que emergiram do seu mandato social, que correlacionados inclui também um conjunto de direitos, que comprometam a dignidade profissional, no âmbito excelência do exercício, como forma de garantir o direito dos clientes e qualidade os cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

É uma profissão com “autonomia técnica e científica e respeitando o direito à proteção da saúde dos utentes e da comunidade” (Decreto-Lei n.º 248/2009, p. 6762).

Pelo que ao longo de toda a minha prática clínica, quer em contexto profissional quer académico, adotei uma conduta com responsabilidade ética e deontológica, atendendo os princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando os direitos humanos. Um exemplo bem claro, no início do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária foi elaborado um protocolo e solicitado parecer do mesmo à comissão de ética da ARSLVT, que se encontra em ANEXO II, de forma que cumprisse com todos os requisitos éticos e legais aplicáveis. Assim como, foram fornecidos consentimentos informados à população-alvo e informadores chave (APÊNDICE V) acerca do projeto em estudo.

3.1.2 Melhoria da qualidade

Este domínio, relaciona-se com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, perspetivando a melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar aos cidadãos refletindo sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Que integra as seguintes competências:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), criar sistemas de qualidade em saúde torna-se uma ação prioritária. Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional, obviamente que a qualidade em saúde não se resume apenas a prática de enfermagem, no entanto o exercício profissional de enfermagem não pode

ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde. Pelo que cabe às instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade.

Neste contexto procurei ter sempre uma postura reflexiva sobre os processos de tomada de decisão e da prestação dos cuidados. Pelo que foi essencial conhecer os protocolos das unidades, assim como realizar pesquisas bibliográficas que sustentassem o meu conhecimento nas diferentes áreas de intervenção, partilhando normas, reflexões, experiências, documentos com os enfermeiros orientadores, favorecendo a aquisição de conhecimento. Tive a oportunidade em ambos os contextos USP e UCC de participar nas reuniões de serviço, que eram momentos de reflexão sobre atividades desenvolvidas e prospetivas futuras, considerando sempre sugestões de melhoria. Colaborei na análise dos questionários de satisfação dos utentes da Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes, que se encontra em APÊNDICE I, foram 25 os utentes que responderam ao questionário e a maioria encontram-se satisfeitos com os cuidados prestados pela UCC, e sugerem melhorias ao nível da estrutura física da unidade, acessibilidade (contemplar um elevador), localização (mais estacionamento), atendimento (diminuição do tempo de espera) e dinamização do serviço através das redes sociais.

3.1.3 Gestão de Cuidados

O domínio da gestão de cuidados é uma área de intervenção da Enfermagem considerada uma importante estratégia e essencial para a qualidade dos cuidados prestados para qualquer unidade de saúde. Conducente a uma maior eficiência, melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em conta o fator económico. Atualmente a gestão de serviços de saúde assume um papel preponderante numa maior e melhor eficiência e qualidade dos cuidados prestados ao utente/cliente. Têm influência nos ganhos em saúde do individuo família e comunidade.

O Enfermeiro Especialista participa na gestão e organização dos cuidados, dos recursos materiais e humanos tendo como objetivo a otimização da qualidade e da segurança dos cuidados.

Posto isto este domínio da gestão de cuidados de saúde integra as seguintes competências:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Esteve premente a aquisição destas competências ao longo dos estágios, um exemplo prático da gestão de cuidados de enfermagem, são as visitas domiciliárias no contexto da UCC eram realizadas diariamente por um enfermeiro diferente, pelo que era necessário articular com todos os cuidados realizados para haver uma continuidade dos mesmos, de forma a obter-se ganhos em saúde.

Embora sejam competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, algumas delas são desenvolvidas mais em detalhe pelos enfermeiros gestores, nos estágios realizados na USP e UCC tive a oportunidade de acompanhar de perto algumas atividades relacionadas com a gestão de cuidados, sobretudo a gestão de recursos, uma vez que os meus enfermeiros orientadores para além de especialistas exerciam funções de gestão das unidades, assim também perceber os indicadores de desempenho que as unidades se propuseram a desenvolver e alcançar. Assim como integrar os sistemas de informação das unidades, como por exemplo o SClinico. Em complementaridade foi proposto pela equipa da UCC uma formação no âmbito do domínio da gestão de cuidados, com a mobilização dos conteúdos nas aulas teóricas, pelo que se realizou uma formação sobre gestão de conflitos à equipa, que se encontra em APÊNDICE II. O feedback foi bastante positivo, consideraram essencial, uma vez que existem sempre conflitos entre pares e nem sempre sabem como lidar com as situações.

3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este último domínio partilhado pelos enfermeiros especialistas, integra as competências:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

A complexa prática de enfermagem exige que o enfermeiro exerça a sua atividade profissional, assente em conhecimentos científicos e tecnológicos, de forma a respeitar a vida, promover a dignidade humana, a saúde e bem-estar dos indivíduos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo necessário estar em constante atualização dos seus conhecimentos (Artigo 76.º e Artigo 88.º Estatuto da OE [EOE], citado por Vieira, 2009).

O enfermeiro especialista deverá saber agir com responsabilidade de forma reconhecida, o que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades (Martins, Kobayashi, Ayoub, Leite, 2006). Possui conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem atendendo às respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde, experimentando níveis elevados de

julgamento clínico e tomada de decisão, reconhecidos como um conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº 122/2011, 2011).

Foi evidente o desenvolvimento destas competências ao longo deste meu percurso académico, pautado por grandes momentos de aprendizagem. Tentei ao máximo acompanhar e participar na maioria das atividades desenvolvidas em ambos os contextos onde decorreu o estágio, de forma a obter o máximo de conhecimento relacionado com a realidade da prática clínica.

Segundo Bártolo (2007) a aprendizagem em contexto de trabalho possibilita ao profissional de saúde desenvolver competências individuais e coletivas. É através das suas ações e experiência no cuidar, que aprende, reflete na sua ação e mobiliza os conhecimentos provocando um processo dinâmico em que o indivíduo, a equipa e a organização partilham aprendizagens.

Neste estágio tive a oportunidade de frequentar formações enquadradas nesta área de prestação de cuidados, nomeadamente as Jornadas da Socia e da Saúde de Abrantes onde tive a oportunidade de conhecer alguns programas e projetos que decorrem na comunidade, tais como: “Papys and Babys”, “Preparação para o nascimento e parentalidade, método de Gentlebirth”, “Programa mais vida”, “Walk With a Doc”, “A Realidade da prestação de cuidados da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos da Lezíria”, “Paliativos intra-hospitalar”. Participei na Ação de Formação em Segurança e Saúde no Trabalho, dinamizada equipa da USPMT, que teve como objetivo “dotar os participantes de conhecimentos sobre os principais riscos laborais a que estão expostos e respetivas medidas de prevenção, contribuindo assim para que os seus locais de trabalho se tornem mais seguros e saudáveis e para o aumento do seu desempenho profissional”, nesta ação de formação foram identificados os riscos laborais no contexto da USP, especificado para cada grupo profissional, bem como foram apresentadas sugestões de estratégias de intervenção para a prevenção destes mesmos riscos. Ainda neste contexto da saúde no trabalho participei no II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho, na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei).

Segundo Hesbeen (2000) o enfermeiro obtém o conhecimento e a capacidade de decidir através de um processo que permite ao enfermeiro aumentar as suas competências individuais no cuidar. É essencial para este processo, observar, analisar, debater e apreciar a prática clínica e a própria estrutura da instituição em que se encontra inserido. A formação possibilita ao profissional adquirir conhecimentos e

desenvolver competências, adotando atitudes que promovem as alterações de comportamentos. Estando na base da prestação de cuidados de enfermagem com segurança e de qualidade.

Importa referir que o desenvolvimento destas competências esta intrinsecamente relacionado com o processo de investigação que é realizado, para obtenção de conhecimento científico e tecnológico. O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária traduz bem esse processo de investigação que esteve subjacente, de forma a sustentar tomada de decisão e uma prática baseada na evidência, com a realização por exemplo de uma revisão integrativa da literatura.

Segundo Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p. 10), a Prática Baseada na Evidência consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Desta forma as competências específicas do enfermeiro especialista,

são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/201, 2019, p.4744).

Com a evolução dos tempos, os cuidados de saúde primários têm assumido uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, e significativamente relevante, na sua prevenção (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Neste sentido o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública integra as seguintes competências:

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

3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, enquanto área especializada de Enfermagem, tem competências bem explícitas e publicadas no quadro legislativo português. Das muitas intervenções fundamentais nesta área, é competência do EEESCSP a avaliação do estado de saúde da comunidade, elaborando diagnóstico de saúde da mesma, tendo em conta os determinantes da saúde, variáveis socioeconómicas e ambientais e identificando assim as necessidades em saúde de grupos e comunidades, entre outros (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Atendendo à complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública efetua o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Esta competência foi bem desenvolvida ao longo deste estágio clínico com a execução do projeto de intervenção comunitária PAPAS, assente na metodologia do Planeamento em Saúde, que se encontra descrito ao detalhe no capítulo 4, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, consiste na realização do diagnóstico de situação de uma amostra da população-alvo, neste caso dos cuidadores informais do concelho de Abrantes, por serem um grupo vulnerável, pois decorrente da prestação de cuidados a uma pessoa dependente surgem dificuldades físicas, psicológicas e emocionais (Dixe et al, 2019). Através da mobilização de instrumentos de colheita de dados (entrevista) identificou-se as necessidades dos CI em matéria de cuidados e suportado pelo Modelo Teórico de Nola Pender chegou-se ao diagnóstico principal de capacidade do cuidador informal para tomar conta comprometido. Posteriormente essas mesmas necessidades foram priorizadas através do método de Hanlon, resultando como foco de intervenção a capacitação dos cuidadores informais, na capacidade da área do Transferir, “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” e da área de Tomar a medicação, “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”. Foram fixados os objetivos, sendo o objetivo geral: Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente. Seguidamente foram selecionadas as melhores estratégias de intervenção no âmbito capacitação do cuidador informal, de acordo com a revisão integrativa da literatura. Pelo que foram realizadas 2 sessões de formação como forma de capacitação dos cuidadores informais, no âmbito das transferências e dos efeitos secundários da medicação. E por fim foi avaliada essa

mesma intervenção com os mesmos instrumentos de colheita de dados usados no início para a identificação das necessidades dos cuidadores informais.

Para além do projeto de intervenção comunitária, também alinhado com o desenvolvimento desta competência, avaliação do estado de saúde de uma comunidade, tive a oportunidade de colaborar no Plano Local de Saúde e acompanhar as duas primeiras etapas do planeamento em saúde, com a conclusão do diagnóstico de situação de saúde 2021-2022 do Médio Tejo, participei ativamente em quase todas as reuniões até ao final do contexto de USPMT no âmbito do plano local de saúde, em conjunto com a equipa do PLS, no sentido de se começar a construir o documento final do plano local de saúde. O plano local de saúde, é um plano de orientação das intervenções comunitárias para maximizar os ganhos em saúde da comunidade local, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os parceiros internos e externos aos serviços de saúde locais (BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2023d). Analisámos a mortalidade e morbilidade ao pormenor, objetivamente as causas de morte por sexo, calculou-se o número de anos de vida perdidos por causas de morte precoce (abaixo dos 65 anos) também por sexo. Relativamente à morbilidade associamos os determinantes em saúde à proporção de incidência por problemas ativo no ACES Médio Tejo. Também selecionamos o melhor método de priorização a utilizar para priorizar problemas em saúde (segunda etapa do planeamento em saúde), neste caso específico do ACES Médio Tejo.

3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Esta competência à semelhança da anterior foi bem desenvolvida com o projeto de intervenção uma vez que o foco da intervenção foi a capacitação dos cuidadores informais do concelho de Abrantes através de 2 sessões de formação. Que vai ao encontro dos princípios consagrados do estatuto do cuidador informal, do Plano Nacional de Saúde (21-30), do Programa Nacional para as Pessoas Idosas e da Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025), que visam promover a capacitação, valorização e premiação dos cuidadores informais.

A capacitação é um processo de promoção da saúde que utiliza estratégias de forma a melhorar os comportamentos de autocuidado e a capacidade de prestação de cuidados, assim como gestão de stress (Moreira, 2023).

Ainda no contexto de UCC tive a oportunidade em conjunto com o meu colega de estágio realizar uma sessão de educação online dirigida aos pais e encarregados de educação dos agrupamentos de escolas de Abrantes, também no âmbito da

capacitação, sobre pediculose “Pediculose: Falar do que “vem à cabeça...”, teve como objetivo geral: Sensibilizar para a problemática da pediculose considerada doença de Saúde Pública de forma a travar cadeiras de transmissão, encontra-se em APÊNDICE III o plano de sessão, a sessão e o cartaz de divulgação da mesma. A pediculose é uma doença provocada pelo piolho, decretada como uma doença de saúde pública. As infestações relacionam-se sobretudo com o aumento da população humana, novos hábitos sociais, nas escolas salas de aulas pequenas e cheias, banalização da inspeção, uso de transportes públicos, resistência a inseticidas (Carvalho et al., 2020). A forma de reduzir a proporção de crianças infestadas com piolhos e prevenir o aparecimento de estirpes resistentes aos pediculicidas é de extrema importância um envolvimento mais ativo das autoridades sanitárias, educativas, bem como dos pais (Mumcuoglu et al., 2007). Atendendo que é problemática vivida nos agrupamentos de escolas de Abrantes, foi de todo pertinente a realização desta sessão, o feedback foi bastante positivo, e adesão foi superior ao expectável.

Também tive a oportunidade de colaborar em conjunto com a enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na sessão **COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS NA INFÂNCIA – “Vamos conhecer as Emoções”**, dirigida as crianças em idade escolar, com o objetivo geral: Promover o desenvolvimento de competências socio emocionais na criança aumentando o bem-estar e a saúde mental. Neste contexto foram realizadas 4 sessões aos alunos do 1º ciclo, a duas turmas do 1º ano e a duas turmas do 4º ano, do agrupamento Nº 1 de escolas de Abrantes. De forma a capacitar as crianças a desenvolver as suas competências socio emocionais assim como a gerir as suas emoções, no fim foram disponibilizados conteúdos acerca do tema aos professores para desenvolverem posteriormente em sala de aula. Este projeto enquadra-se no Programa Nacional de Saúde Escolar, na área de intervenção de Saúde Individual e Coletiva, que visa promover a saúde mental na escola, através da implementação de projetos, como o Desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos (Despacho n.º 12.045/2006, 2006).

3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Como já referido anteriormente também o projeto de intervenção comunitária esteve na base do desenvolvimento desta competência, a concretização do projeto de apoios aos cuidadores informais do concelho de Abrantes, que foi ao encontro do estatuto do cuidador informal, do Plano Nacional de Saúde (21-30), do Programa Nacional para as Pessoas Idosas e na Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável

(2017-2025). Para além deste projeto tive a oportunidade de integrar os inúmeros programas e projetos que são desenvolvidos na USPMT e na UCC de Abrantes.

Neste estágio em contexto de USPMT, colaborei na vacinação contra a tuberculose, participei na consulta de enfermagem e administração da vacina do BCG, com a rutura de stock da vacina em 2016, desde então a OMS e UNICEF recomendam que os países com baixa incidência e que cumpram os critérios de controlo da tuberculose adotem uma estratégia de vacinação de grupos de risco, crianças com idade < 6 anos (5 anos e 364 dias) pertencentes aos grupos de risco definidos na norma, sendo estas crianças ativamente identificadas e encaminhadas para a vacinação. Pelo que em 2016 a Direção Geral da Saúde (DGS), emitiu a norma 006/2016 sobre Estratégia de vacinação contra a turberculose com a vacina BCG, esta norma tem vindo a ser atualizada ao longo destes últimos anos, sendo a última emitida em 2023.

Ainda no âmbito da Vacinação, na época Outono-Inverno, em setembro de 2023 iniciou-se a campanha de vacinação sazonal contra a Gripe e COVID-19, deste modo a Direção Geral de Saúde emitiu as seguintes normas: 005/2023 (Campanha de vacinação sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2023-2024) e 006/2023 (Campanha de vacinação sazonal contra a Gripe: Outono-Inverno 2023- 2024), pelo que analisei as normas em conjunto com o enfermeiro orientador, responsável pelo programa/projeto no ACES Médio Tejo. Ambas as campanhas de vacinação têm como objetivo de maximizar a proteção das populações mais vulneráveis, prevenindo a doença grave e complicações, bem como atenuar o seu impacte no sistema de saúde (Direção Geral de Saúde, 2023; Direção Geral de Saúde, 2023a). Neste seguimento participei na reunião dirigida pelo enfermeiro orientador sobre a campanha sazonal da Vacinação contra a Gripe e Covid19, destinada aos enfermeiros do ACES Médio Tejo, que teve como objetivo, esclarecer aspetos operacionais da Campanha Sazonal da Vacinação contra a Gripe e Covid19. Assim como colaborei na vacinação dos grupos de pessoas elegíveis para vacinar em Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI) e similares (Casas de acolhimento).

Também participei nas reuniões no âmbito do Projeto Fenómenos Climáticos Extremos, de fecho e balanço do plano de contingência para a resposta sazonal em saúde - módulo verão. Neste verão foi emitido um alerta vermelho pela DGS e emitidos três alertas amarelos/laranjas para a região do Médio Tejo. Nesta reunião analisou-se a mortalidade (nº de óbitos/diários) paralelamente com duas variáveis, a oscilação das temperaturas (subida e picos) e o sistema de alerta, verificou-se que quando há uma elevação de temperatura abrupta (de pelo menos 10°C) perto dos 38°C, após o terceiro dia aumenta exponencialmente o número de óbitos, atingindo picos de

mortalidade, e que o sistema de alerta, é acionado muito tardiamente. Após a análise destes dados concluiu-se, que o universo do médio tejo não reflete certas zonas da região, que atingem picos de temperatura bastante elevados e que um sistema de alerta a nível local seria mais eficaz ao invés do regional; o nível de alerta ainda não está ajustado às necessidades, e o método utilizado de sistema de alerta é ativado muito tardiamente, devendo-se adotar uma estratégia mais eficaz. Os fenómenos extremos de calor têm se verificado em vários países (Patz, Frumkin, Holloway, Vimont & Haines, 2014).

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, tive a oportunidade de participar e colaborar com a equipa de saúde escolar, no acompanhamento de uma criança com necessidades específicas de saúde, com diabetes. Analisou-se e atualizou-se o seu plano individual de saúde, uma vez que esta criança iria ingressar pela primeira vez no jardim de infância, preparou-se previamente a comunidade escolar (docentes e não docentes) para acolher esta criança na escola em segurança, pelo que realizámos a sua integração na escola com a comunidade escolar, envolvendo sempre família em todo este processo (neste caso a mãe), através de formação no âmbito da diabetes (monitorização de glicemia e monitorização de glicemia com sensor, manuseamento e cuidados com a bomba de infusão de insulina, administração de insulina, sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, administração de glucagon, alimentação, exercício físico...) e esclarecimento de dúvidas. De forma que esta criança iniciasse a atividade letiva em segurança. Esta atividade foi ao encontro das seguintes finalidades deste programa: “Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; Promover um ambiente escolar seguro e saudável” (Direção Geral de Saúde, 2023b, s.p.).

Ainda neste âmbito da saúde escolar, em conjunto com o meu colega de estágio, foi nos proposto elaborar um documento informativo (APÊNDICE IV) para os docentes da comunidade escolar de Abrantes sobre a campanha da fórmula 5-2-1-0, esta campanha foi lançada no início deste ano letivo (2023/2024) pela Direção Geral de Saúde (DGS), no âmbito do Programa Nacional para a Promoção de Alimentação Saudável e do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, que promove mais atividade e bons alimentos e menos sedentarismo, privilegiando a alimentação saudável e boas práticas de saúde e bem-estar, de forma a prevenir e reduzir a obesidade, proporcionando um crescimento saudável às nossas crianças e adolescentes. Através da elaboração deste documento pretendia-se que esta campanha fosse divulgada e dinamizada pelos docentes da comunidade escolar com

as crianças e famílias, durante as rotinas escolares, de forma a criar hábitos de vida saudáveis às nossas crianças e adolescentes.

No contexto de UCC integrei e colaborei nos seguintes programas e projetos: o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, este curso é realizado pela Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, que tem como principais objetivos, Capacitar a mulher/casal para a vivência e experiência de um parto positivo e responsável; Promover uma vivência gratificante da maternidade/paternidade. Este curso abrange todas as grávidas/casais entre as 28 e as 30 semanas de idade gestacional (IG), inscritas nas unidades de saúde do concelho onde se realiza o curso. Se a capacidade não estiver esgotada podem frequentar o CPPP, grávidas não inscritas nas UF, a residirem ou trabalharem na área geográfica do ACES. O curso realiza-se 3 vezes por semana (2ª feira, 4ª feira e 6ª feira), pelo que tive a oportunidade de acompanhar 2 grupos de grávidas. O enfermeiro especialista em Saúde Comunitária tem um campo de atuação que cruza com diferentes áreas de saúde especializadas, incluído Saúde Materna e Obstétrica, é clara a responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade em que se insere, pelo que deve conhecer as suas necessidades e realizar intervenções de promoção da saúde e respostas adequadas às necessidades de saúde. Pelo que é sua obrigação colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Ainda neste contexto participei no projeto de PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PERÍODO PERINATAL – Módulo I - “Grávid@Mente Saudável”, também realizado pela enfermeira de Saúde Mental e Psiquiátrica, que tem como objetivo, promover a literacia em SM Materna, capacitando a grávida /companheir@ para um processo de ajustamento saudável à maternidade/parentalidade.

Também participei noutro projeto de promoção da saúde o curso de massagem infantil realizado por uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, que tem como objetivo, capacitar a mãe/casal para a prática da massagem no seu bebé, promover a vinculação segura entre bebé/cuidador e promover uma vivência gratificante da parentalidade.

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, como já referi no subcapítulo anterior, realizei em conjunto com o meu colega de estágio uma sessão sobre pediculose, dirigida aos pais e encarregados de educação. Assim como colaborei no projeto “COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS NA INFÂNCIA – “Vamos conhecer as Emoções”, também referido anteriormente. Ainda na mesma área de intervenção tive a

oportunidade participei numa sessão do projeto “MENTES ONLINE – Impactos na Saúde Mental”, a uma turma do 9º ano, este projeto consiste na realização de uma sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano e secundário dos Agrupamentos de Escolas de Abrantes, tem como objetivo geral, promover a literacia em Saúde Mental relacionada com o uso excessivo das tecnologias de informação e comunicação.

Em colaboração com a Enfermeira Orientadora e equipa gestora realizei visitas domiciliárias aos cuidadores informais decorrente do Acompanhamento, Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal. Neste sentido em conjunto com o meu colega foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária (PAPAS), com base na metodologia em planeamento em saúde.

No âmbito do Programa Nacional da Diabetes, participei em 3 sessões de formação destinada a pessoas diabéticas e/ou pessoas em risco de se tornarem diabéticas, suas famílias e pessoas que apoiam idosos diabéticos. Sobre a fisiopatologia da diabetes, Gestão do Regime Terapêutico – Diabetes, Alimentação saudável e Tratamento e Cuidados aos pés e Exercício físico.

Nos últimos anos, temos assistido a uma rápida evolução nos métodos de monitorização, tratamento farmacológico e tecnologias na área da Diabetes. Esta evolução deverá permitir melhorar o controlo da doença, reduzir as complicações e melhorar a qualidade de vida das pessoas com Diabetes. A par destes desenvolvimentos, a promoção de um estilo de vida saudável, a educação terapêutica e os rastreios, mantêm-se como fundamentais para um controlo adequado da doença e prevenção das suas complicações (Programa Nacional para a Diabetes, 2023, p.59).

Por fim, em colaboração com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC de Abrantes, realizámos visitas domiciliárias a utentes com um dos seguintes critérios de elegibilidade: risco de queda/ulcera de pressão médio/alto; grau de dependência elevado; situação de vulnerabilidade; necessidade de tratamentos diários/bidiários com uma duração igual ou superior a 1 hora; com necessidade de intervenção multidisciplinar.; Os cuidados prestados em contexto domiciliário, foram sobretudo, tratamento de feridas, administração de injetáveis, vigilância e monitorização de utente com diabetes.

A ECCI insere-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Tem como objetivo “promover e/ou recuperar a saúde dos utentes com necessidade de cuidados continuados, em situação de dependência ou em risco de perda de

autonomia até aos cuidados terminais e paliativos, mantendo a sua autonomia no seu ambiente habitual de vida” (ULSM, 2024, s.p.).

3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

No âmbito da Vigilância Epidemiológica, colaborei no projeto das doenças de notificação obrigatória, que é dinamizado por uma Enfermeira Especialista em Saúde Pública, por uma Médica de Saúde Pública e por uma Técnica de Saúde Ambiental. Este projeto visa a vigilância epidemiológica com a monitorização dos casos de doença transmissível sujeitos a notificação obrigatória na área geográfica do ACES Médio Tejo, atualmente da ULS do Médio Tejo. Tendo em conta as doenças transmissíveis mais notificadas na região, desenvolver atividades de divulgação de informação e controlo de contactos. Neste contexto colaborei na validação de alguns processos de casos de doenças de notificação obrigatória, como por exemplo Tuberculose, HIV, Doença Invasiva Pneumocócica e participei no preenchimento do inquérito epidemiológico na plataforma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) destes processos. Sempre que seja identificada e notificada na região do ACES Médio Tejo/ ULSMT, uma situação de doença de notificação obrigatória, cabe ao enfermeiro de saúde pública, preencher, validar e/ou completar inquérito epidemiológico no SINAVE, pelo que muitas vezes é necessário realizar contactos para a colheita dos dados.

Paralelamente às competências comuns e específicas do EEESCSP, desenvolvi os 5 descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de estudos do Ensino Superior (Mestrado), emanados no processo de Bolonha, sendo eles:

1. Conhecimento e capacidade de compreensão;
2. Aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão;
3. Realização de julgamento/tomada de decisões;
4. Comunicação;
5. Aptidões para a aprendizagem. (Comissão Europeia, 2008, p.10)

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Este capítulo reflete pormenorizadamente o desenvolvimento de todas as competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, assim como todas as etapas do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, baseado na metodologia de planeamento em saúde.

A prática baseada na evidência é um processo de tomada de decisão assente na melhor evidência científica, de acordo com a experiência clínica e preferências do utente no contexto da prestação de cuidados. Estabelecendo práticas profissionais consideradas as mais adequadas, com garantia dos melhores resultados, otimizando os recursos disponíveis, com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e da tomada decisão (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

4.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Como introdução ao projeto de intervenção comunitária desenvolvido, foi realizada uma contextualização teórica através de uma revisão da literatura sólida, justificando a sua pertinência científica e valorização social.

4.1.1 Caracterização da população do Concelho de Abrantes

Importa começar com uma breve caracterização da população do concelho de Abrantes, pois é onde se encontra inserida a comunidade alvo do presente projeto de intervenção comunitária.

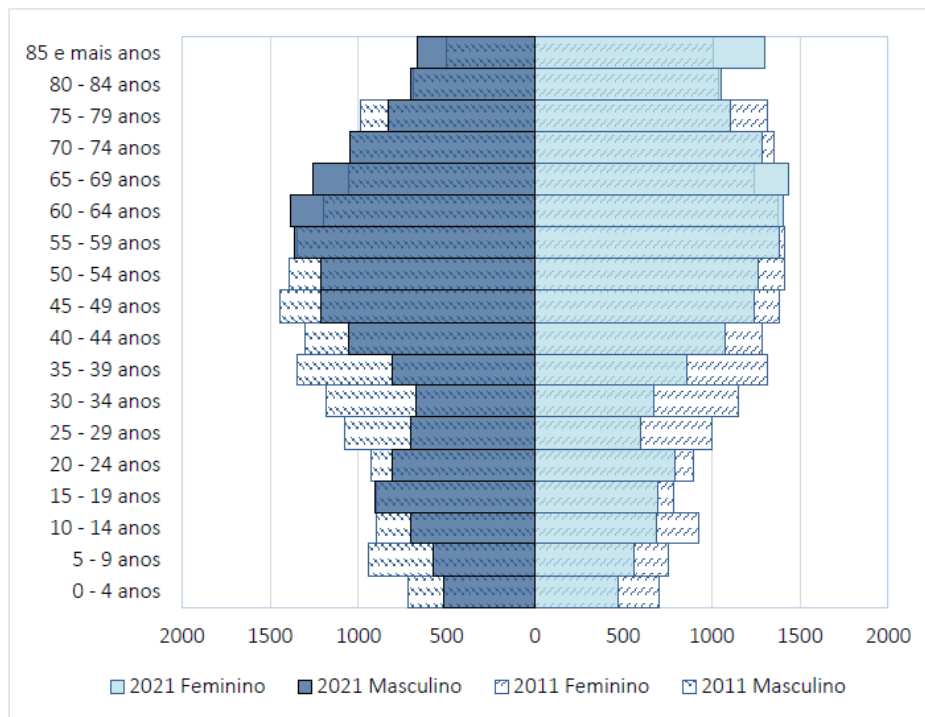
Abrantes é cidade e sede de concelho, localizada na região Centro do país (NUTTS II), especificamente na sub-região do Médio Tejo (NUTTS III), ocupa uma área total de 714,7km², é composta por treze freguesias: Bemposta, Carvalhal, Fontes, Martinchel, Mouriscas, Pego, Rio de Moinhos, Tramagal, União das Freguesias de Abrantes (São Vicente e São João) e Alferrarede, União das Freguesias de Aldeia do Mato e Souto, União das Freguesias de Alvega e Concavada, União das Freguesias de São Facundo e Vale das Mós e União das Freguesias de São Miguel do Rio Torto e Rossio ao Sul do Tejo (Comunidade Intermunicipal Médio Tejo, 2024).

Segundo os Censos de 2021, Abrantes contabiliza 34.329 habitantes residentes, 16 434 homens (47,9%) e 17 895 mulheres (52,1%), correspondendo a uma densidade populacional de 48 habitantes/Km² (Pordata, 2024a, b). Em 2021 existiam 10,2% de jovens com menos de 15 anos, havendo uma descida de 2,4% em relação a 2011 (12,6%), o mesmo acontece com a população em idade ativa entre os 15 e os 64 anos com 58,6%, menos 2,8% que em 2011 (61,4%), contudo verifica-se o inverso na

população idosa com 65 e mais anos, que cresceu de 2011 (26,0%) para 2021 (31,1%) (Pordata, 2024c).

A figura seguinte mostra pirâmide etária da população de Abrantes:

Figura 4 – Pirâmide etária da população residente do concelho de Abrantes, por sexo, em 2011 e 2021.



Fonte: INE (2024)

Esta pirâmide etária compara os dados com os últimos censos de 2021 e os censos de 2011, e reforça o anteriormente referido, verifica-se um decréscimo da população com maior expressão nas faixas etárias dos 0 aos 49 anos. Assim como o aumento considerável na faixa etária acima dos 85 anos, sendo mais evidente no sexo feminino. Observa-se também uma inflexão da pirâmide etária de população residente na faixa dos 20 aos 34 anos. E uma segunda inflexão é observável na faixa etária dos 60 aos 64 anos, inflexão que em 2011 ocorria na faixa etária dos 45 aos 49 anos.

Em complementaridade, a taxa de crescimento anual médio da população (%) é negativa de -1,3% (Pordata, 2024). Acompanhada com um aumento da taxa bruta de mortalidade de 17,9% em 2021, comparativamente a 2011 de 14,3%, sendo o terceiro concelho da região do Médio Tejo com esta taxa mais elevada, destacando-se as doenças do aparelho circulatório com a maior taxa bruta de mortalidade (458,9), seguidas dos tumores malignos (340,8) e das doenças do aparelho respiratório (149,0), no ano de 2020. Enquanto a taxa bruta de natalidade é de 4,8% em 2021 desceu relativamente ao ano de 2011 de 5,9%.

A par destes dados, a população de Abrantes apresenta um índice de envelhecimento substancialmente elevado de 304,1, ou seja, em cada 100 jovens existem aproximadamente 304 idosos acima dos 65 anos. O que remete para um índice de longevidade elevado de 53,0, o número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa.

Relativamente ao índice dependência total, a população de Abrantes registou 70,6, ou seja, em cada 100 pessoas em idade ativa aproximadamente 71 pessoas eram dependentes jovens e/ou idosos. Sendo que, 53,1 corresponde ao índice de dependência de idosos, é um valor positivo, ou seja, superior 1, o que não é desejável, isto significa que em cada 100 pessoas idade ativa aproximadamente 53 são pessoas idosas acima dos 65 anos. E 17,5, corresponde ao índice de dependência de jovens, é um valor positivo não muito elevado, o que significa que existe um equilíbrio nesta dependência é expectável que existam jovens dependentes, mas não muitos como por exemplo nas idades menores, portanto em cada 100 pessoas em idade ativa aproximadamente 18 são pessoas jovens dependentes.

É de realçar que ao nível de educação, a perspetiva é bastante positiva, com aumento do nível de escolaridade em todos os níveis do ensino, o qual é acompanhado da descida da taxa de analfabetismo, de 4,1 em 2021 para 6,2 em 2011.

Com a globalidade destes dados é perceptível um declínio da população do concelho de Abrantes, assim como um forte predomínio das faixas etárias mais velhas, enfatizando o fenómeno do envelhecimento da população, tudo isto leva a enfrentar complexos desafios.

De acordo com OMS (2015) a amplitude das oportunidades que surgem do aumento da longevidade dependerá de um fator fundamental: saúde.

Associado ao envelhecimento destaca-se o aumento das necessidades de saúde dos idosos e as doenças crónicas. Levando um aumento do risco de uma maior dependência na satisfação das necessidades humanas básicas, necessitando de apoio de terceiros para a sua satisfação. Contudo, mantém-se desajustada a resposta da sociedade em relação às pessoas idosas com dependência. A família é quem acaba por prestar os cuidados aos idosos dependente, assumindo um papel para o qual nem sempre se está preparado (Sousa, 2021).

Tornando assim os cuidadores informais um grupo de maior vulnerabilidade face ao desempenho do seu papel.

Desta forma a UCC de Abrantes, direciona a sua intervenção interdisciplinar às pessoas em situação de dependência, risco e vulnerabilidade, dando resposta às duas necessidades, como é o caso dos cuidadores informais e das pessoas dependentes a seu cargo recetoras dos seus cuidados.

4.1.2 Cuidadores Informais

Partindo de alguns dados, na União Europeia 80% dos cuidados são prestados por cuidadores informais não remunerados (Relatório - A8-0352/2018).

Estima-se que 80% dos cuidados em Portugal sejam prestados por não profissionais, sendo maioritariamente mulheres (Teixeira et al., 2017). E calcula-se que existam cerca de 800 mil cuidadores informais. O que corresponde a 8% da população portuguesa, que presta cuidados a familiares e a pessoas próximas, sem receber algo em troca. Correspondendo 25% “a tempo inteiro” (cerca de 200 mil pessoas) (Cuidadores Informais, 2023).

Entende-se como Cuidador informal “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, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do Estatuto” (Lei 100/2019, p.9).

Em Portugal as políticas de saúde aconselham sempre que possível, a permanência da pessoa dependente no domicílio junto do seu seio familiar (Teixeira et al., 2017). A par disto, também continua desajustada a tentativa da sociedade em dar resposta as pessoas com alteração do grau de dependência. Assumir um papel de cuidador para o qual nem sempre se está preparado (Sousa, 2021). Por falta de conhecimento, experiência, informação sobre os cuidados e as redes de apoio, dificuldade em conciliar a vida profissional e social, ou mesmo falta de motivação (Sousa, 2021). Pelo que a capacitação do cuidador informal é fundamental para dar continuidade aos cuidados em segurança, mas também que adquiram estratégias para gerir a sobrecarga física e psicológica resultantes do cuidar. O Enfermeiro pela proximidade que tem do cuidador informal, deve promover a adaptação à nova realidade, incentivar para a literacia em saúde e uso adequado dos serviços. A promoção do papel de cuidador informal pode ser estruturada em três áreas: apoio em termos de informação e orientação, apoio emocional e apoio instrumental, através reuniões familiares, sessões individuais ou em grupo e grupos comunitários de apoio, fazendo uso das tecnologias de informação, comunicação, telefone e internet. (Sequeira, 2010; Peixoto & Machado, 2016; Schaller et al., 2015; Yu et al., 2019).

Paralelamente quem presta cuidados informais vive com frequência numa condição de exclusão do emprego, por ser incompatível com o trabalho não remunerado dos cuidados, “numa remissão à família acentuada sempre que, em contexto de crise, se assiste à retração do Estado social e dos serviços públicos” (Araújo & Soeiro, s.p., 2021).

Tendo sido realizados esforços políticos para enquadrar e reconhecer legalmente o estatuto do cuidador informal. Aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, o Estatuto do Cuidador Informal (ECI), regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, define as medidas de suporte, capacitação e apoio aos cuidadores informais e simplifica a ativação de recursos da comunidade (apoio técnico especializado, através dos profissionais de referência da saúde e da segurança social, nos termos a definir no Plano de Intervenção Específico (PIE), e incentivar os cuidados informais promovendo a manutenção das pessoas cuidadas no domicílio, com respeito à vontade da própria pessoa cuidada e da avaliação efetuada no PIE).

Assim com base neste estatuto, os direitos, devidos, aos cuidadores informais são os seguintes:

- a) Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
- b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;
- c) Receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social;
- d) Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;
- e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;
- f) Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;
- g) Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;

- h) Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto;
- i) Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal;
- j) Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;
- k) Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro).

De acordo com os peritos (profissionais de saúde e da segurança social) atualmente o concelho de Abrantes conta com 42 cuidadores informais reconhecidos pelo estatuto do cuidador informal.

Perspetiva-se uma forte ascensão deste estatuto, relaciona-se com o fenómeno global do envelhecimento a “globalização do envelhecimento” (Leão, 2011 cit. por Carvalho, 2015, p. 253).

A Europa enfrenta mudanças demográficas que conduzem a um aumento da incidência de doenças relacionadas com a idade e a um envelhecimento da população, que leva ao aumento das necessidades em matéria de cuidados, por sua vez aumenta a procura de cuidados, bem como a prevalência da prestação informal de cuidados na Europa e a pressão sobre a despesa pública em alguns países tornarão a prestação informal de cuidados cada vez mais importante no futuro. Assim, será manifestamente necessário apoiar a prestação informal de cuidados, sendo imprescindível a adoção de medidas (Relatório - A8-0352/2018).

Destacamos para os últimos dados, em 2022 o índice de envelhecimento em Portugal é elevado de 183,5 e particularmente maior no concelho de Abrantes de 309,3 (Portada, 2023). Este índice é duas vezes superior nas freguesias rurais do que na da cidade. (Mourato, 2022). A estes dados junta-se o índice de dependência total de 71,5, sendo 17,5 o índice de dependência de jovens, e 54 o índice de dependência de idosos superiores à média nacional (Portada, 2023).

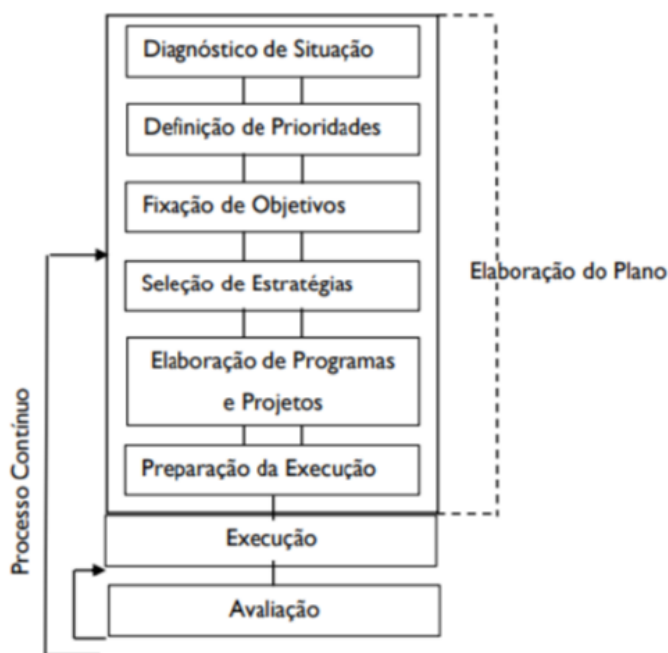
Neste sentido e no âmbito dos princípios consagrados no estatuto do cuidador informal, no Plano Nacional de Saúde (21-30), no Programa Nacional para as Pessoas Idosas e na Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025), visam promover a capacitação, valorização e premiação dos cuidadores informais.

4.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA METODOLOGIA PLANEAMENTO EM SAÚDE

Tal como referido anteriormente o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária seguiu como linha orientadora a metodologia de planeamento em saúde, de Emílio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes (1986).

O planeamento em saúde pode ser definido “como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, p. 6, 1986). Considerado como um processo contínuo e dinâmico e como tal pressupõem uma serie de etapas, sendo as principais: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1986).

Figura 5 - Etapas do Planeamento em Saúde.



Fonte: Imperatori & Giraldes (1993)

Segue-se de seguida o desenvolvimento detalhado de cada etapa deste projeto de intervenção comunitária tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, descrita.

Importa mencionar que para a realização deste projeto foi elaborado previamente, no início do estágio I de USP, um protocolo do presente projeto e solicitado parecer à

Comissão de Ética da ARSLVT no dia 26/06/2023, merecendo de parecer intermédio no dia 15/09/2023 e parecer favorável a 13/10/2023.

Este projeto pressupõem a realização de dois estudos, um primeiro estudo quantitativo observacional e quasi-experimental, com análise de estatística descritiva e um segundo estudo qualitativo, de orientação logoterapêutica, com análise de conteúdo das descrições livres referentes às repostas abertas.

4.2.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa do planeamento em saúde, e consiste na identificação dos problemas em saúde da população em estudo e na determinação das suas necessidades (Tavares, 1990). A consonância entre o diagnóstico e as necessidades dirá a relevância do plano, programa ou atividades (Imperatori & Giraldes, 1986).

Esta etapa teve início no estágio I na Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo em articulação e colaboração com a UCC de Abrantes com a seleção da temática em estudo, que surge de uma necessidade reconhecida pela UCC, que decorre do Acompanhamento, Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal com a equipa gestora local, de acordo com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprovou o Estatuto do Cuidador Informal, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, instituindo medidas de apoio que carecem de regulamentação, através do desenvolvimento e acompanhamento projetos-piloto dirigidos aos cuidadores reconhecidos pelo Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, 2019).

Neste sentido o desenvolvimento deste projeto de intervenção visa facilitar a operacionalização do apoio que é devido a estes cuidadores informais face ao anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro.

População-alvo e Amostra

Portanto a população-alvo estudada são os Cuidadores Informais, localizados no concelho de Abrantes inclusive nas diferentes freguesias que integram área de abrangência da UCC de Abrantes, fazendo estes, parte da comunidade de Abrantes, caracterizada no capítulo anterior. Inicialmente a população acessível era constituída por 42 cuidadores-informais com o estatuto de cuidador informal formalizado. Desta forma foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de Inclusão:

- Os cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes com o estatuto de cuidador informal;
- Os cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes, com o estatuto de cuidador informal, que se voluntariem para integrar o estudo e assinem o consentimento informado e esclarecido;

Critérios de Exclusão:

- Os cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes sem reconhecimento do estatuto do cuidador informal;
- Os cuidadores informais ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes que não consentirem participar no estudo e não assinem o consentimento informado e esclarecido;

Destes 42 cuidadores informais com estatuto formalizado 11 não consentiram participar no presente estudo de investigação em Enfermagem, pelo que a amostra ficou reduzida a 31 cuidadores informais que consentiram, assinaram em participar no estudo e responderam ao guião de entrevista previamente definido como instrumento de colheita de dados.

A participação da população alvo está expressa no consentimento livre e informado, elaborado segundo normas e regras previstas no artigo 13.º do RGPD (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, 2016).

Será garantido que todas as pessoas ou entidades com acesso aos dados pessoais a sujeição ao sigilo profissional.

Instrumentos de colheita de dados

Como tal nesta fase do planeamento em saúde (diagnóstico de situação) foi necessário a realização de uma colheita de dados junto dos 31 cuidadores informais que compõem a amostra da população-alvo, de forma a determinar os dados socio demográficos e profissionais dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes; assim como avaliar a perceção dos cuidadores informais quanto às suas necessidades de apoio em termos de cuidados à pessoa a seu o cuidado; e conhecer a opinião de informadores-chave dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes e peritos profissionais de saúde e da segurança social sobre estratégias/intervenções de apoio às necessidades identificadas e priorizadas; de maneira a desenvolver um Projeto de Intervenção que promova os apoios definidos, relativos às necessidades gerais identificadas e prioritárias dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes,

para posteriormente intervir junto dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes e avaliar a eficácia da intervenção.

A realização da entrevista estruturada decorreu durante as visitas domiciliárias, no acompanhamento dos cuidadores informais, avaliação e monitorização do Estatuto do Cuidador Informal.

Como tal foi elaborado um guião de entrevista (APÊNDICE VI) encontra-se estruturado em 5 partes:

- Caracterização sociodemográfica e profissional do cuidador informal (elaborada pelos responsáveis pelo projeto);
- A avaliação do grau de dependência da pessoa dependente de cuidados através do Índice de Barthel, da autoria de Mahoney & Barthel (1965), esta escala está traduzida e validada para Portugal, recomendada pela DGS (na norma Número 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação) e integra alguns sistemas de informação da prática clínica, como por exemplo o Sclínico. Esta escala avalia o nível de independência dos indivíduos em dez atividades de vida diárias: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada item é pontuado de acordo com uma escala de resposta tipo Likert. A soma dos valores dará uma pontuação, que varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos), a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas.

De acordo com (Dixe et al., 2019) é fundamental compreender o nível de dependência global de uma pessoa assim como as atividades específicas do autocuidado onde tem dificuldade em executar.

- A avaliação das capacidades do cuidador informal, uma escala portuguesa do projeto Help2Care, da autoria de Dixe et. al (2020), que é constituída por 101 itens organizados em 9 áreas de habilidades avaliados através de perguntas de resposta tipo likert com 5 opções de resposta: Discordo Totalmente; Discordo; Concordo; Concordo Totalmente e Não aplicável. As áreas de capacidades para o autocuidado são: alimentação (19 itens); higiene sanitária (10 itens), higiene e conforto (12 itens), mobilidade (12 itens); transferências (10 itens); vestir e despir (6 itens); gestão da medicação (10 itens); gestão de sintomas (17 itens) e comunicação (5 itens). A escala está construída de forma que valores mais elevados significam maior perceção da capacidade dos cuidadores para cuidar a pessoa com dependência.

Estudos realizados com cuidadores informais, revelam que para melhor compreensão das áreas de autocuidado de uma pessoa dependente que normalmente estão comprometidas, assim como onde os cuidadores apresentam mais dificuldades na prestação de cuidados são nos cuidados de higiene, mobilidade, transferências (transferir-se da cama para uma cadeira ou ir à casa de banho), vestir e despir, cuidados associados à alimentação, medicação, eliminação, tratamento de feridas e monitorização de equipamento (Dixe et al., 2019).

- A avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit (Steve Zarit, 1983), adaptada e validada para Portugal por Sequeira (2010). Que também integra o sistema de informação da prática clínica, como por exemplo o Sclinico. Esta escala é constituída por 22 questões, “avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal inclui informações sobre: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.” (Sequeira, p. 237, 2018) na qual cada item é pontuado de acordo com uma escala também de resposta tipo Likert: 1=Nunca, 2=Raramente, 3=Às vezes, 4= Muitas vezes, 5=Quase sempre. Em que a soma dos valores dará uma pontuação, em que os valores: < 46 – Sem sobrecarga; 46 a 56 – Sobrecarga ligeira; > 57 – Sobrecarga intensa.

“As alterações sociais conduziram ao crescendo das pessoas dependentes no autocuidado, com necessidade de apoio de um cuidador familiar/informal (CI). O desempenho deste papel pode conduzir à sobrecarga e exaustão” (Dixe & Querido, 2020, p. 1).

As consequências associadas ao cuidar podem ser consideradas como sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se à situação de doença, incapacidade, ao tipo de cuidados prestados, tipo de dependência e comportamento do doente (Figueiredo, 2007) e às repercussões da situação na vida do cuidador informal, no que diz respeito à saúde, emprego, vida social, aspetos financeiros, etc (Brito, 2000). Enquanto que a sobrecarga subjetiva relaciona-se com as atitudes e respostas emocionais do cuidador à prestação de cuidados (Figueiredo, 2007), como a perceção do distress psicológico, desmoralização, ansiedade e depressão (Loureiro, 2009). Na generalidade, a sobrecarga subjetiva é a perceção do cuidador informal das consequências da prestação de cuidador (Sequeira, 2010).

De acordo com Dixe & Querido (2020) os cuidadores informais gastam em média de 15 horas por dia para cuidar do seu familiar; que é dependente há vários anos (Pérez-Cruz et al., 2017, Mendes et al., 2019). Este número leva a que os cuidadores informais disponham de muito pouco tempo para cuidar de si e a um aumento da sobre-

carga (Mendes et al., 2019). Das 24 horas diárias restam apenas 8 horas para dormir, não havendo tempo para o descanso do cuidador. Mais de metade dos cuidadores informais apresentam sobrecarga intensa (Rodríguez-González et al., 2017).

Deste modo utilizou-se a escala Zarit (adaptada e validada por Sequeira (2010) para avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de Abrantes.

- Por fim 2 questões de resposta aberta de Kraus (2014), “Qual é, o seu objetivo de vida?”, “O que tem feito para o alcançar?”. Com estas questões permitem caracterizar o objetivo de vida dos cuidadores informais, cujo tratamento será através da análise de conteúdo.

De acordo com Seco et al. (2005), o sentido de vida pode ser definido ao longo das várias etapas da vida. Pelo que o papel do prestador de cuidados poderá ter impacto no sentido vida da pessoa que é cuidador informal.

Vicktor Frankl, define o sentido de vida como o motivo, a razão, o que nos leva a atingir algo ou para ser de uma determinada maneira, ou seja, o que nos orienta e guia (Ortiz, 2007).

Análise dos dados

Passando de seguida à análise dos dados colhidos nas entrevistas realizadas aos 31 cuidadores informais, de acordo com o guião elaborado. É de salientar que a análise estatística descritiva dos dados, foi possível através do uso da plataforma informática SPSS *Statistics* versão 29.0.1.0. Em que tratamento de dados, foi realizado tendo em conta os princípios éticos da declaração de Helsínquia, das normas e regras do artigo 5.º, 6.º e 9.º do Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD) - (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, 2016).

Uma vez que a amostra da população-alvo, integra a comunidade do concelho Abrantes, importa antes demais analisar a sua localização quanto à dispersão geográfica relativamente às freguesias do concelho. Dos 31 cuidadores informais, 4 localizam-se na freguesia de Tramagal, 1 na freguesia de Bemposta, 1 na união de freguesia de São Facundo e Vale das Mós, 2 na freguesia do Pego, 4 na união de freguesias de São Miguel de Rio Torto e Rossio ao Sul do Tejo, 1 na freguesia de Mouriscas, 1 na freguesia de Alvega e Concavada, 13 na região urbana do concelho na união de freguesias de São Vicente, São João e Alferrarede, 3 na união de freguesias de Rio de Moinhos e por fim 1 na união de freguesias de Aldeia do Mato e Souto. O que significa que aproximadamente 58% dos cuidadores localizam-se nas freguesias rurais do concelho, refletindo mais de metade da amostra.

Começando com a caracterização sociodemográfica dos CI, estes apresentam idades compreendidas entre os 34 anos e os 80 anos, situando-se numa média de idades aproximadamente de 55 anos, na faixa etária adulta entre os 15 e os 64 anos.

Pelo que 83,9% (n=26) dos cuidadores informais são do sexo feminino, ou seja, são maioritariamente mulheres. O que vai ao encontro de outros estudos realizados, os principais cuidadores continuam a ser mulheres ((Dixe & querido (2020), Sequeira (2013), Pérez-Cruz, Muñoz-Martínez, Parra-Anguita, & del-Pino-Casado (2017)).

61,3% (n=19) dos CI são casados/união de facto, 32,3% (n=10) são divorciados ou separados e 6,5% (n=2) são solteiros.

Quanto ao grau de escolaridade, 32,3% (n=10) dos CI possuem o 9º ano/3ºciclo, 25,8% (n=8) o 12º ano/ensino secundário, 16,1% (n=5) 4ª classe/1º ciclo/ensino básico, 12,9% (n=4) curso superior, 9,7% (n=3) ensino preparatório/2º ciclo e por fim 3,2% curso médio (n=1), é de destacar que 58,1% dos CI não concluíram o ensino secundário, o que pode revelar baixa literacia. Ao longo dos tempos, observámos uma crescente alfabetização da população com a criação de diversas oportunidades de ensino, conseguindo-se um grande marco histórico na humanidade. É um facto que a alfabetização assume-se como uma ferramenta que possibilita a facilidade de aquisição de conhecimento, a par disto a crescente evolução tecnológica que permite a disponibilização aos mais diversos tipos de conhecimento. Contudo existe uma percentagem ainda que considerada residual de analfabetismo em Portugal, a taxa de analfabetismo diminuiu de 5,2% em 2011 para 3,1% em 2021 (Portada, 2023a), o que significa que em cada 100 pessoas aproximadamente 3 não sabem ler nem escrever, continuando associado às faixas etárias mais elevadas, às pessoas idosas. E grande parte da cultura moderna é transmitida pelos meios de comunicação e multimédia, que tem implicações tanto positivas como negativas para a saúde das pessoas, pelo que a literacia em saúde tem demonstrado ter um papel importante no sentido de melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida do indivíduo e da comunidade.

Melhorar os níveis de literacia na população implica desenvolver e melhorar o acesso efetivo à educação, quer na idade escolar, quer na idade adulta. Quando isso não é possível, atingir níveis elevados de Literacia em Saúde poderá ser colocado em causa. Não considerar a Literacia em Saúde um objetivo fundamental nas políticas de saúde, poderá ter efeitos nefastos nos sistemas de saúde, mas o investimento na educação para a saúde produzirá efeitos positivos e benéficos na saúde pública da comunidade (Nutbeam, 2009).

Relativamente a situação profissional dos CI cerca de 48,4% (n=15) são desempregados, 29% (n=9) são doméstico(a), 16,1% (n=5) são reformado(a)/invalido(a) e 6,5% (n=2) trabalhadores por conta de outrem, realço para as últimas duas percentagens, que espelha a baixa % de CI com rendimentos fixos, de acordo com os achado teóricos, os cuidadores informais vive com frequência numa condição de exclusão do emprego (Araújo & Soeiro, 2021). Quanto ao grau de parentesco do CI relativo à pessoa cuidada, 41,9% (n=13) são filhos, 25,8% (n=8) são outro grau de parentesco não especificado, 19,4% (n=6) são cônjuge, 9,7% (n=3) genro/nora e 3,2% (n=1) irmão/a, portanto maioritariamente dos CI são familiares próximos da pessoa cuidada. Sendo que 90,3% (n=28) co-habitam com a pessoa cuidada. Ainda 51,6% (n=16) ou seja mais de metade dos CI revelam não ter ajuda de familiares/amigos para cuidar da pessoa dependente e 87,1% (n=27) dos CI não tem apoio de alguma rede de apoio. Quanto ao número de anos em que a pessoa cuidada é dependente, varia entre os 0 e os 43 anos, correspondendo a uma média de 9 anos de dependência, associada uma média aproximada de 95 horas semanais de cuidados prestados pelos CI.

Por último se beneficiavam ou não do estatuto cuidador informal, 90,3% (n=28) dos cuidadores informais responderam que sim e 9,7% (n=3) responderam que não beneficiam do estatuto, embora estejam com o estatuto reconhecido, interpretou-se esta resposta como não beneficiavam do suplemento monetário que existe associado ao estatuto do cuidador informal.

Relativamente à avaliação do grau de dependência da pessoa cuidada, o resultado da soma do índice de Barthel variou do 0 a 90, como mostra a seguinte tabela:

Tabela 1 - Frequência dos resultados do somatório do índice de Barthel

Somatório do índice de Barthel	Frequência	Percentagem (%)
0	6	19,4
10	2	6,5
20	2	6,5
25	4	12,9
30	2	6,5
40	3	9,7
50	3	9,7
55	1	3,2
60	2	6,5
65	1	3,2
70	1	3,2
75	1	3,2
80	1	3,2
85	1	3,2
90	1	3,2

Observa-se que mais de metade (71%) das pessoas cuidadas apresenta um grau de dependência parcial a elevado, igual ou inferior à pontuação 50, tendo em conta que

valores mais baixos correspondem a um maior nível dependência em todas as atividades de vida diária e valores mais altos o inverso, maior nível de independência.

Passando para a avaliação das capacidades do cuidador informal de acordo com escala utilizada do Projeto Help2Care (Dixe et. al, 2020).

Na área de **cuidar alimentação**, a maioria dos cuidadores reconhece capacidade em si em cuidar do seu familiar dependente. Das competências enumeradas, revelaram maior capacidade em “Remover, lavar e aplicar prótese” (4±0,966), “Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário” (3,81±0,402), “Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário” (3,87±0,425) e menor capacidade em “Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue” (3,26±1,032), analisando pormenorizadamente esta última, 6,5% (n=2) dos cuidadores responderam discordar totalmente, 16,1% (n=5) discordam, 29% (n=9) concordam, 41,9% (n=13) concordam totalmente e 6,5% (n=2) responderam não aplicável, o que quer dizer que 51,6% (n=16) dos cuidadores não revelam capacidade ou revelam alguma capacidade, representando mais de metade da amostra. A tabela 2 mostra a média de respostas assim como a sua dispersão:

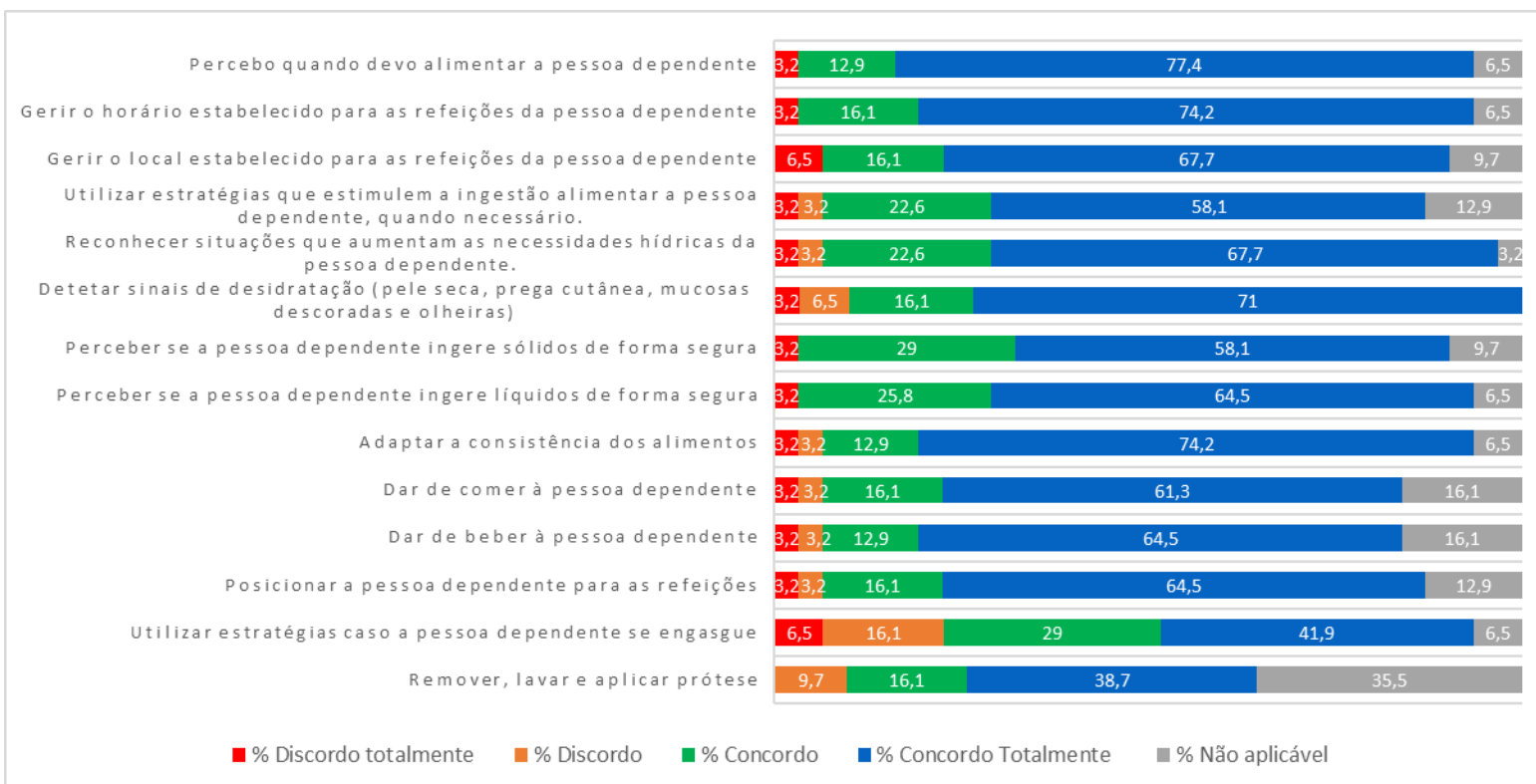
Tabela 2 - Estatística descritiva na área Cuidar: Alimentação (continua)

Cuidar: Alimentação	N	Média	DP
Perceber quando devo alimentar a pessoa dependente	31	3,84	,688
Gerir o horário estabelecido para as refeições da pessoa dependente	31	3,81	,703
Gerir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente	31	3,74	,893
Utilizar estratégias que estimulem a ingestão alimentar a pessoa dependente, quando necessário	31	3,74	,855
Reconhecer situações que aumentam as necessidades hídricas da pessoa dependente.	31	3,65	,755
Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)	30	3,60	,770
Perceber se a pessoa dependente ingere sólidos de forma segura	31	3,71	,783
Perceber se a pessoa dependente ingere líquidos de forma segura	31	3,71	,739
Adaptar a consistência dos alimentos	31	3,77	,762
Dar de comer à pessoa dependente	31	3,84	,860
Dar de beber à pessoa dependente	31	3,87	,846
Posicionar a pessoa dependente para as refeições	31	3,81	,833
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a alimentação	22	3,95	,486
Incentivar a participação da pessoa dependente nas atividades relacionadas a alimentação	31	3,84	,735
Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	31	3,26	1,032
Remover, lavar e aplicar prótese	31	4	,966
Perceber se existe cansaço da pessoa dependente durante a alimentação	31	3,84	,638

Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,81	,402
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	31	3,87	,428

Ainda que correspondam a uma minoria da amostra, importa mencionar que ainda existem cuidadores que discordam e discordam totalmente com algumas atividades/capacidades relacionadas com esta área de cuidar, como mostra o gráfico seguinte:

Gráfico 1 - % de respostas na área cuidar de alimentação



Das 19 atividades/capacidades avaliadas nesta área de cuidar (alimentação) em 14 alguns cuidadores responderam que discordam totalmente ou discordam como mostra o gráfico anterior e destaco para o “Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue” com 22,6% (n=7) de respostas que discordam totalmente e discordam, “Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)” com 9,7% (n=3) e “Remover, lavar e aplicar prótese” também com 9,7% (n=3). O que quer dizer, embora a maioria dos cuidadores revelem ter capacidades para a realizar estas atividades ainda existem CI que reconhecem não possuir algumas dessas capacidades.

Quanto ao **cuidar higiene sanitária**, a maioria CI concordaram em ser capazes de realizar as atividades relacionadas com esta área de cuidar, destacando-se para

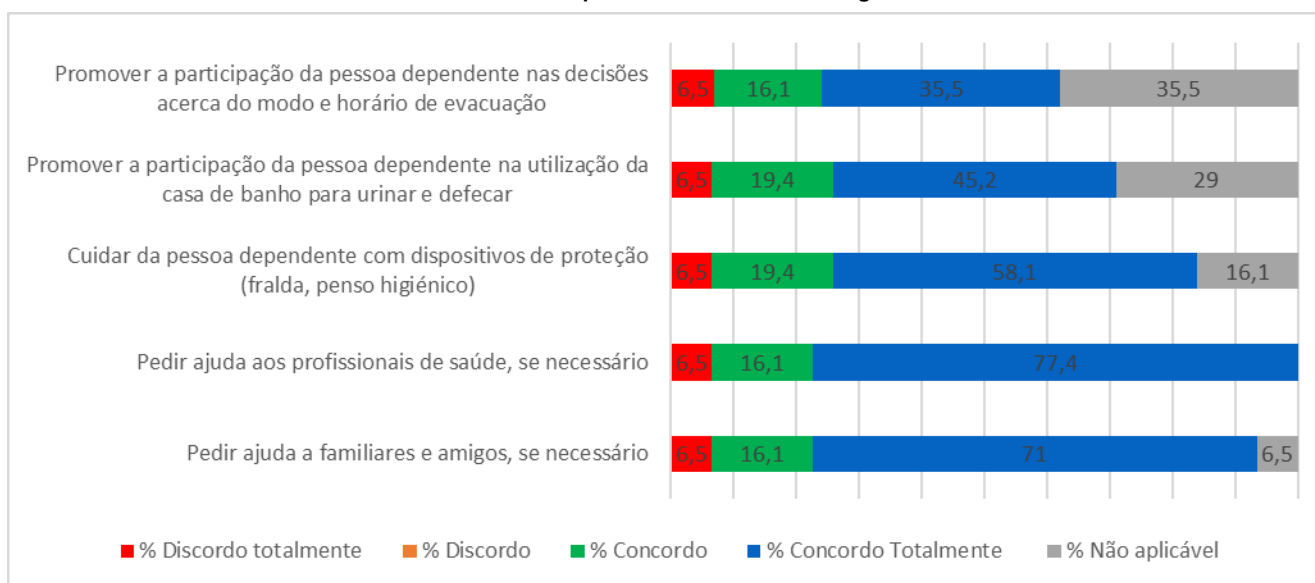
“Escolher e usar os equipamentos de auxílio (arrastadeira) à micção e defecação da pessoa dependente, se necessário” (4,20±0,761), “Identificar o intervalo de tempo entre cada micção e defecação da pessoa dependente, se necessário” (4,03±0,718) e “Promover a participação da pessoa dependente nas decisões acerca do modo e horário de evacuação” (4,00±1,102).

Tabela 3 - Estatística descritiva na área Cuidar: Higiene Sanitária

Cuidar: Higiene Sanitária:	N	Média	DP
Identificar a necessidade da pessoa dependente urinar e defecar	31	3,97	,547
Detetar se a pele da região genital e anal da pessoa dependente se encontra limpa e seca	31	3,97	,605
Lavar a região genital e anal da pessoa dependente	31	3,97	,605
Identificar o intervalo de tempo entre cada micção e defecação da pessoa dependente	30	4,03	,718
Escolher e usar os equipamentos de auxílio (arrastadeira) à micção e defecação da pessoa dependente, se necessário	30	4,20	,761
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões acerca do modo e horário de evacuação	29	4,00	1,102
Promover a participação da pessoa dependente na utilização da casa de banho para urinar e defecar	31	3,90	1,044
Cuidar da pessoa dependente com dispositivos de proteção (fralda, penso higiénico)	31	3,77	,956
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,65	,798
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	31	3,71	,864

Contudo o gráfico seguinte, mostra que 6,5% (n=2) dos cuidadores informais reconhecem discordar totalmente com a capacidade de realizar 5 atividades nesta área de cuidar.

Gráfico 2 - % de respostas na área cuidar de higiene sanitária



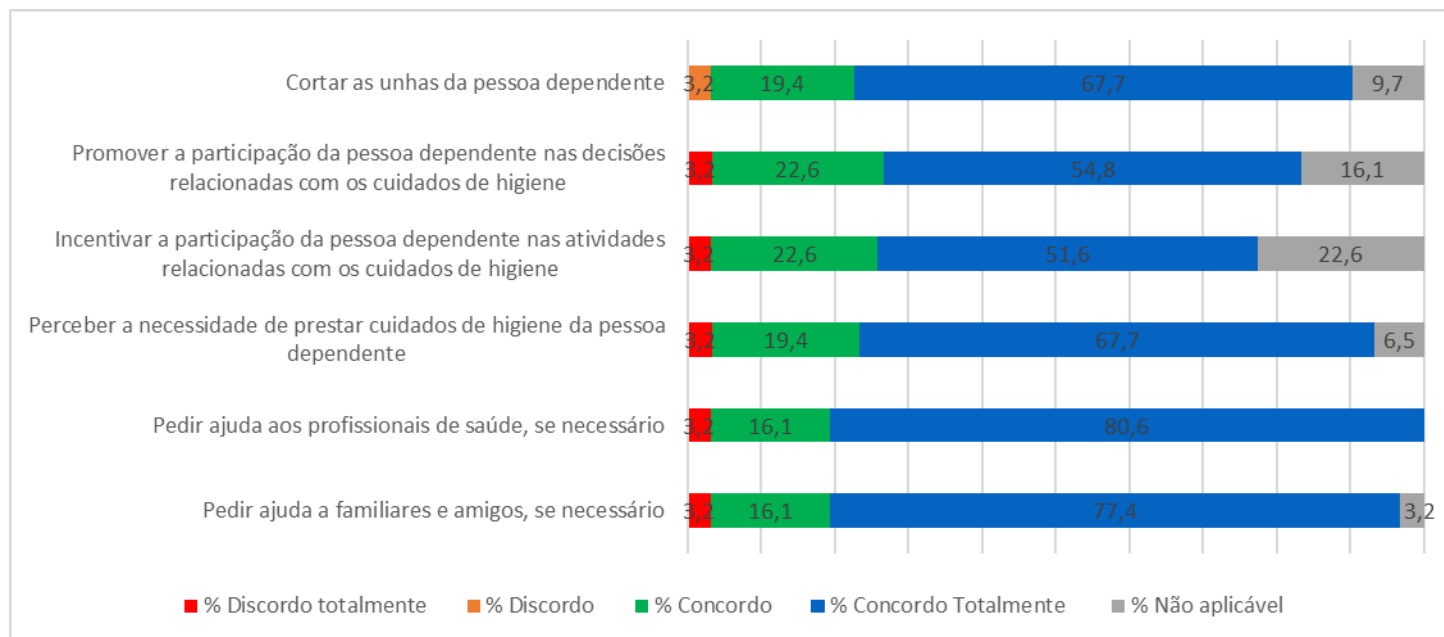
Relativamente aos **cuidados de higiene e conforto**, à semelhança das áreas anteriores a média dos CI, concordam em sentir-se capazes de realizar as atividades relacionadas com esta área de higiene e conforto, sentindo-se mais capazes em “gerir o local estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente” (3,94±0,512).

Tabela 4 - Estatística descritiva na área Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto

Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto	N	Média	DP
Gerir o horário estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente	31	3,90	,473
Gerir o local estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente	31	3,94	,512
Escolher os equipamentos de apoio ao banho da pessoa dependente	31	3,84	,583
Dar banho à pessoa dependente na casa-de-banho	31	3,87	,670
Pentear o cabelo da pessoa dependente	31	3,87	,562
Lavar os dentes da pessoa dependente	31	3,90	,700
Cortar as unhas da pessoa dependente	31	3,84	,638
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com os cuidados de higiene	30	3,83	,834
Incentivar a participação da pessoa dependente nas atividades relacionadas com os cuidados de higiene	31	3,90	,870
Perceber a necessidade de prestar cuidados de higiene da pessoa dependente	31	3,77	,728
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,74	,631
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	31	3,77	,669

No entanto, através do gráfico seguinte observa-se que ainda 3,2% (n=1) dos cuidadores discordam totalmente/discordam serem capazes de realizar nesta área de cuidar 6 atividades.

Gráfico 3 - % de respostas na área cuidados de higiene e conforto



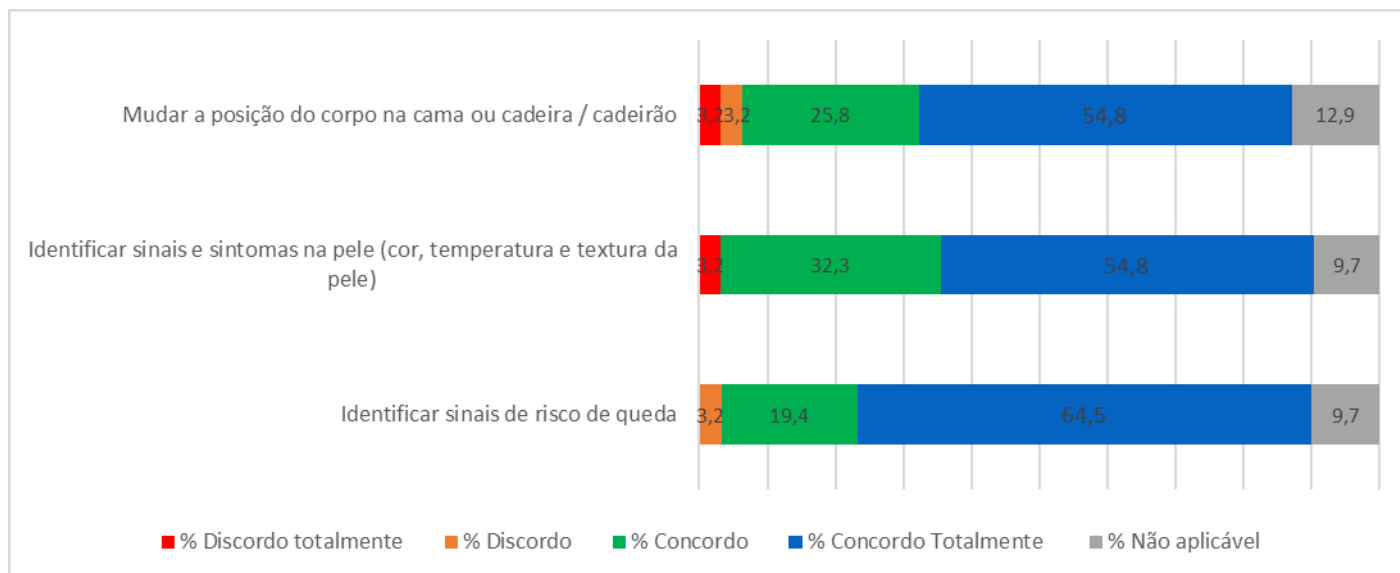
No que se refere ao cuidar **mobilidade**, os CI reconhecem maiores capacidades em “Ensinar a pessoa dependente a utilizar os equipamentos indicados no auxílio de subir e descer escadas” (4,24±0,739).

Tabela 5 - Estatística descritiva na área Cuidar: Mobilidade

Cuidar: Mobilidade	N	Média	DP
Mudar a posição do corpo na cama ou cadeira / cadeirão	31	3,71	,864
Gerir o horário de mudança de posição da pessoa dependente	31	3,87	,670
Identificar sinais e sintomas na pele (cor, temperatura e textura da pele)	31	3,71	,693
Perceber as dificuldades da pessoa dependente a andar	31	4,00	,577
Identificar os equipamentos indicados para auxiliar a marcha	31	4,16	,735
Ensinar a utilizar os equipamentos indicados para auxiliar a marcha	31	4,16	,779
Identificar a integridade dos equipamentos auxiliares da marcha	31	4,10	,790
Identificar o calçado adequado	31	3,87	,718
Perceber a dificuldade da pessoa dependente a subir e descer escadas	31	4,13	,766
Identificar os equipamentos indicados no auxílio de subir e descer escadas	28	4,07	,766
Ensinar a pessoa dependente a utilizar os equipamentos indicados no auxílio de subir e descer escadas	29	4,24	,739
Identificar sinais de risco de queda	30	3,83	,648

Como menores capacidades, o gráfico seguinte mostra que 6,4% (n=2) dos cuidadores discorda totalmente/discorda em “Mudar a posição do corpo na cama ou cadeira/cadeirão” e 3,2% (n=1) “Identificar sinais e sintomas na pele (cor, temperatura e textura da pele)” assim como “Identificar sinais de risco de queda”.

Gráfico 4 - % de respostas na área cuidar mobilidade



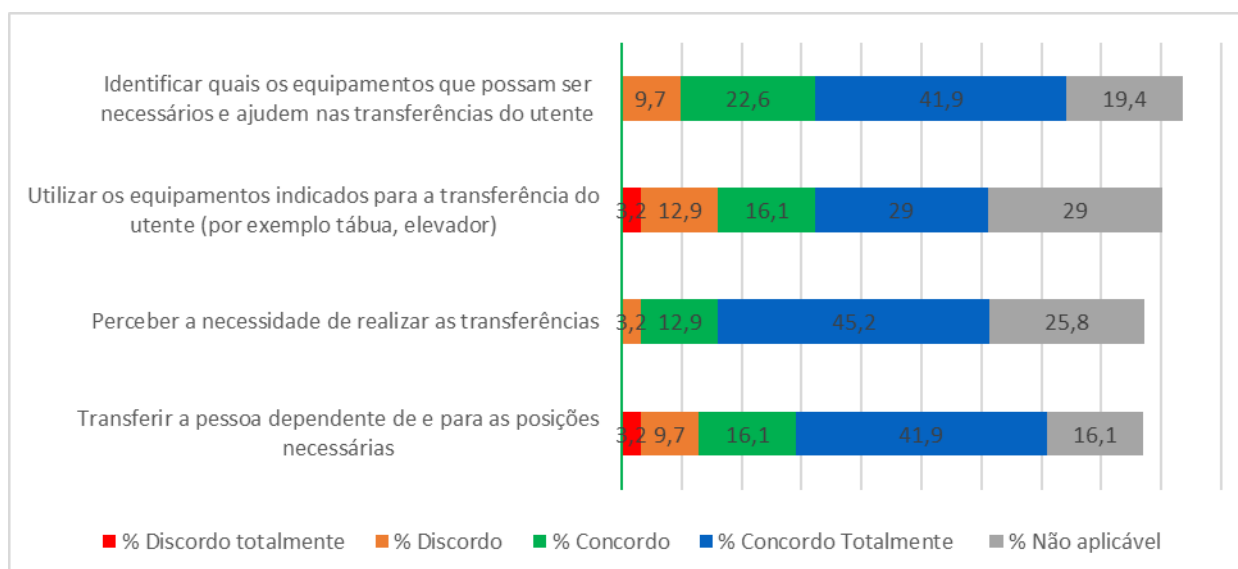
Nas **transferências**, a globalidade dos cuidadores informais refere ser capaz de realizar as atividades relacionadas com esta área de cuidar, destacando-se para o “Incentivar a pessoa dependente a realizar as transferências” (4,19±0,786), “Perceber a necessidade de realizar as transferências” (4,07±0,781) e “Gerir o horário tendo em conta a necessidade de transferência da pessoa dependente em segurança” (4,03±0,680) como maior capacidade. Importa mencionar que em quase todos os itens desta área houve omissão de respostas, ou seja, participantes que não responderam, pelo que o N foi inferior a 31.

Tabela 6 - Estatística descritiva na área Cuidar: Transferências

Cuidar: Transferências	N	Média	DP
Perceber a dificuldade que a pessoa dependente tem em transferir-se	29	3,97	,626
Gerir o horário tendo em conta a necessidade de transferência da pessoa dependente em segurança	29	4,03	,680
Gerir o local onde são realizadas as transferências em segurança	29	3,97	,680
Identificar quais os equipamentos que possam ser necessários e ajudem nas transferências do utente	29	3,76	,912
Utilizar os equipamentos indicados para a transferência do utente (por exemplo tábua, elevador)	28	3,75	1,175
Perceber a necessidade de realizar as transferências	27	4,07	,781
Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	27	3,67	1,038
Incentivar a pessoa dependente a realizar as transferências	27	4,19	,786
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,94	,512
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	30	3,93	,521

Contudo também nesta área de cuidar, há cuidadores que registaram não ter capacidade (discordo totalmente/discordo) em 4 atividades, assim como mostra gráfico seguinte:

Gráfico 5 - % de respostas na área cuidar transferências



Destacando para o “Utilizar os equipamentos indicados para transferência do utente (por exemplo tábua, elevador” com 16,1% (n=5), “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” com 12,9% (n=4), “Identificar quais os equipamentos que possam ser necessários e ajudem nas transferências do utente” com 9,7%.

Quanto à área de cuidar **despir e vestir**, os cuidadores informais sentem-se mais capazes em “Promover a participação da pessoa dependente nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado.” (4,06±0,727) e “Incentivar a pessoa dependente a vestir e calçar-se” (4,06±0,727). A generalidade da amostra demonstra (concordo /concordo totalmente) capacidades de realizar as atividades nesta área de cuidar.

Tabela 7 - Estatística descritiva na área Cuidar: Despir e vestir-se

Cuidar: Despir e vestir-se	N	Média	DP
Gerir a roupa e calçado da pessoa dependente, de acordo com a temperatura ambiente, altura do dia e ocasião.	31	3,90	,539
Escolher os auxiliares para ajuda no vestir e calçar (calçadeira, abotoadeira, entre outros).	31	4,00	,683
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário (recomendações e/ou estratégias), para lidar com as dificuldades do utente para se vestir.	31	3,87	,619
Pedir ajuda aos familiares/amigos, se necessário, para lidar com as dificuldades da pessoa dependente para se vestir.	31	3,87	,619
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado.	31	4,06	,727
Incentivar a pessoa dependente a vestir e calçar-se.	31	4,06	,727

No que toca **tomar a medicação**, em média os CI são capazes de realizar as atividades, expressando maior capacidade de “Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a toma da medicação” (4,03±0,765) e de “Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação” (4,03±0,865).

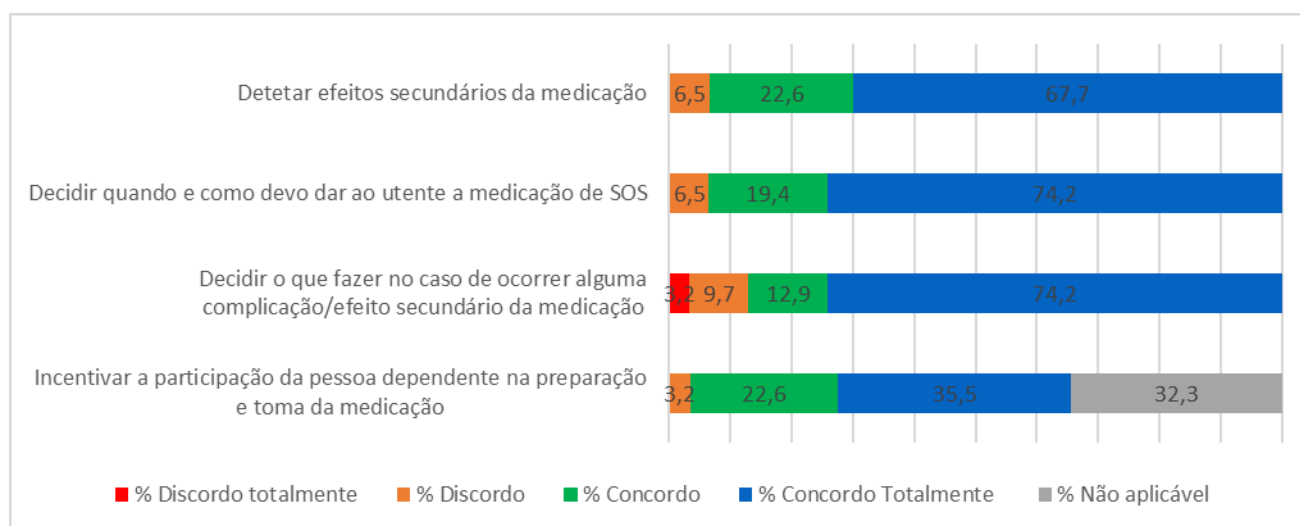
Tabela 8 - Estatística descritiva na área Cuidar: Tomar a medicação (continua)

Cuidar Tomar a medicação	N	Média	DP
Supervisionar a toma da medicação da pessoa dependente	31	3,81	,477
Detetar efeitos secundários da medicação	30	3,63	,615
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	31	3,74	,514
Decidir quando e como devo dar ao utente a medicação de SOS	31	3,68	,599
Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	31	3,58	,807
Cumprir o horário para dar a medicação à pessoa dependente	31	3,81	,402
Dar a dose certa de medicação à pessoa dependente	31	3,81	,402
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,90	,301
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	30	3,93	,365

Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a toma da medicação	30	4,03	,765
Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação	29	4,03	,865

Contudo existem atividades em que os cuidadores discordam totalmente/discordam ser capazes de as realizar, como, 12,9% (n=4) corresponde a “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”, 6,5% (n=2) a “Detetar efeitos secundários da medicação” e a “Decidir quando e como devo dar ao utente a medicação de SOS”, e 3,2% (n=1) a “Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação”.

Gráfico 6 - % de respostas na área de cuidar tomar a medicação



Relativamente à **gestão de sintomas**, destaca-se o “Perceber quando a pessoa dependente está confusa/desorientada” (3,83±0,461) e o “Perceber quando a pessoa dependente está com náuseas/vómitos” (3,77±0,425) como maior capacidade de fazer reconhecida pelos CI, e como menos capacidade relativamente a média analisada o “Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente” (3,42±0,886).

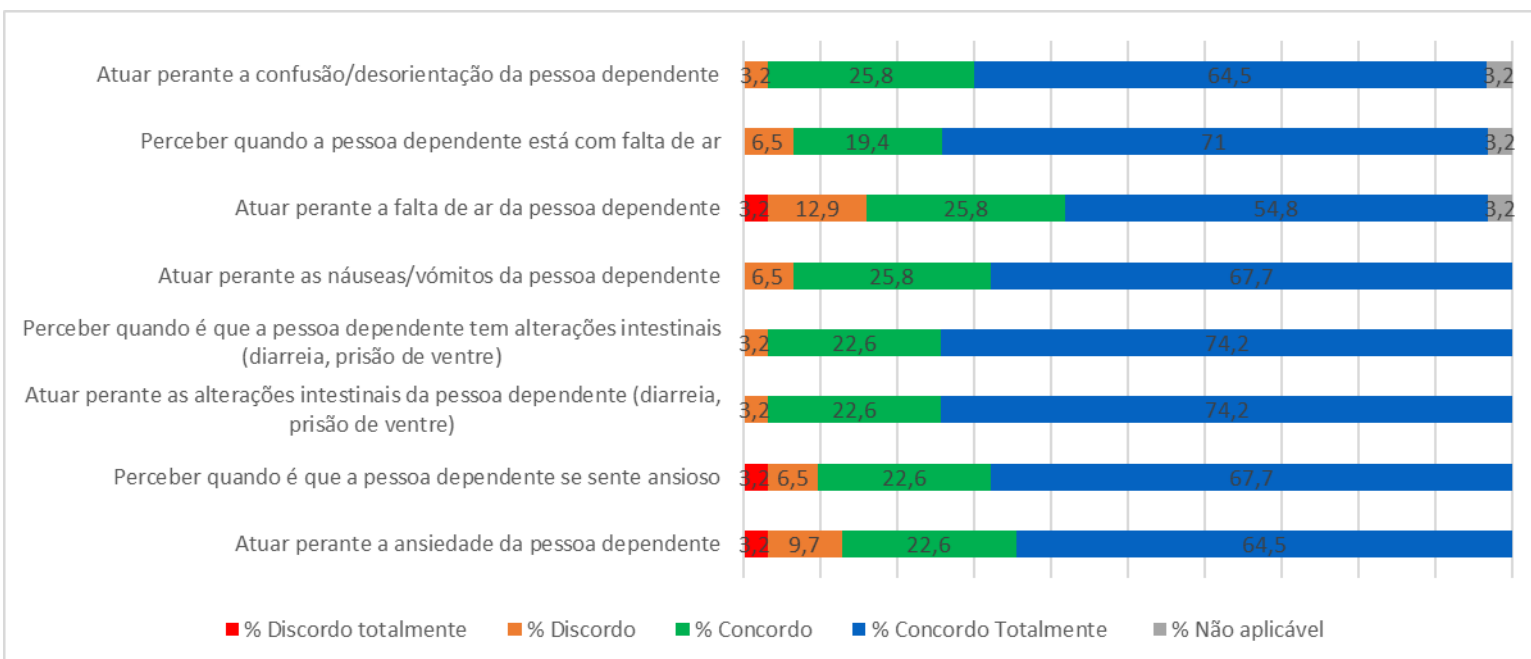
Tabela 9 - Estatística descritiva na área Cuidar: Gestão de Sintomas (continua)

Cuidar: Gestão de Sintomas	N	Média	DP
Perceber quando a pessoa dependente está confusa/desorientada	30	3,83	,461
Atuar perante a confusão/desorientação da pessoa dependente	30	3,70	,596
Perceber quando a pessoa dependente está com dor	30	3,70	,466
Atuar perante a dor da pessoa dependente	30	3,73	,450
Perceber quando a pessoa dependente está com falta de ar	31	3,71	,643

Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente	31	3,42	,886
Perceber quando a pessoa dependente está com náuseas/vómitos	31	3,77	,425
Atuar perante as náuseas/vómitos da pessoa dependente	31	3,61	,615
Perceber quando é que a pessoa dependente tem alterações intestinais (diarreia, prisão de ventre)	31	3,71	,529
Atuar perante as alterações intestinais da pessoa dependente (diarreia, prisão de ventre)	31	3,71	,529
Perceber quando é que a pessoa dependente se sente ansioso	31	3,55	,768
Atuar perante a ansiedade da pessoa dependente	31	3,48	,811

Embora a generalidade dos cuidadores sentem-se capazes de realizar as atividades, médias a rondar = ou > a 3, há cuidadores que discordam e discordam totalmente de se sentirem capazes de realizar algumas atividades, como mostra o gráfico seguinte:

Gráfico 7 - % respostas na área de cuidar gestão de sintomas



16,1% (n=5) “Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente”, 12,9% (n=4) “Atuar perante a ansiedade da pessoa dependente”, 9,7% (n=3) “Perceber quando é que a pessoa dependente se sente ansioso”, 6,5% (n=2) “Perceber quando a pessoa dependente está com falta de ar” e “Atuar perante as náuseas/vómitos da pessoa dependente” e 3,2% (n=1) “Atuar perante a confusão/desorientação da pessoa dependente”, “Perceber quando é que a pessoa dependente tem alterações intestinais (diarreia, prisão de ventre)” e “Atuar perante as alterações intestinais da pessoa dependente (diarreia, prisão de ventre)”.

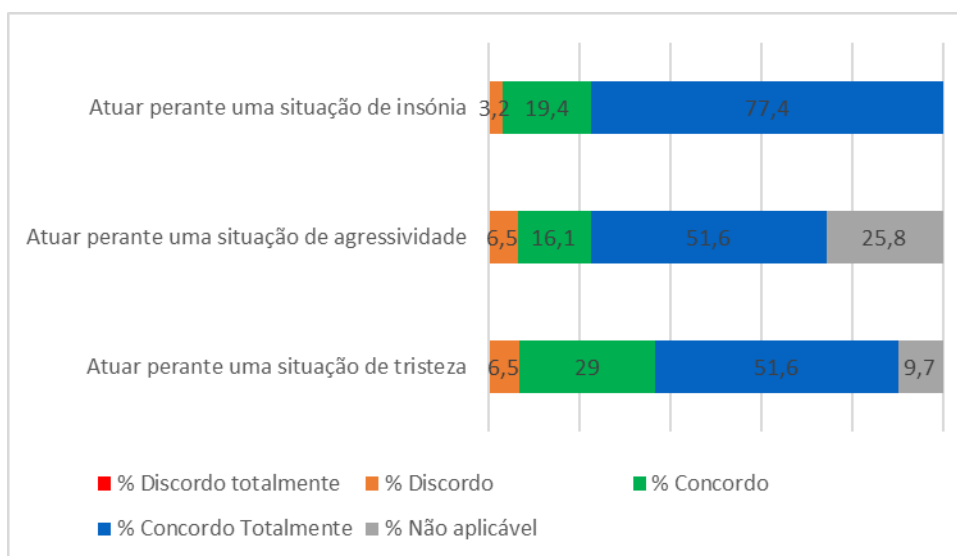
Na área de **cuidar**, os CI reconhecem ser capazes de realizar as atividades desta área, sendo o “Atuar perante uma situação de agressividade” (3,97±0,836) onde reconhecem maior capacidade.

Tabela 10 - Estatística descritiva na área Cuidar

Cuidar	N	Média	DP
Perceber quando é que a pessoa dependente está com febre	31	3,74	,445
Atuar perante uma situação de febre	31	3,74	,445
Atuar perante uma situação de insónia	31	3,74	,514
Atuar perante uma situação de agressividade	31	3,97	,836
Atuar perante uma situação de tristeza	30	3,67	,758

Contudo 6,5% (n=2) dos cuidadores informais referem que discordam serem capazes de “Atuar perante uma situação de agressividade” e “Atuar perante uma situação de tristeza”, e 3,2% (n=1) “Atuar perante uma situação de insónia”.

Gráfico 8 - % de respostas na área cuidar



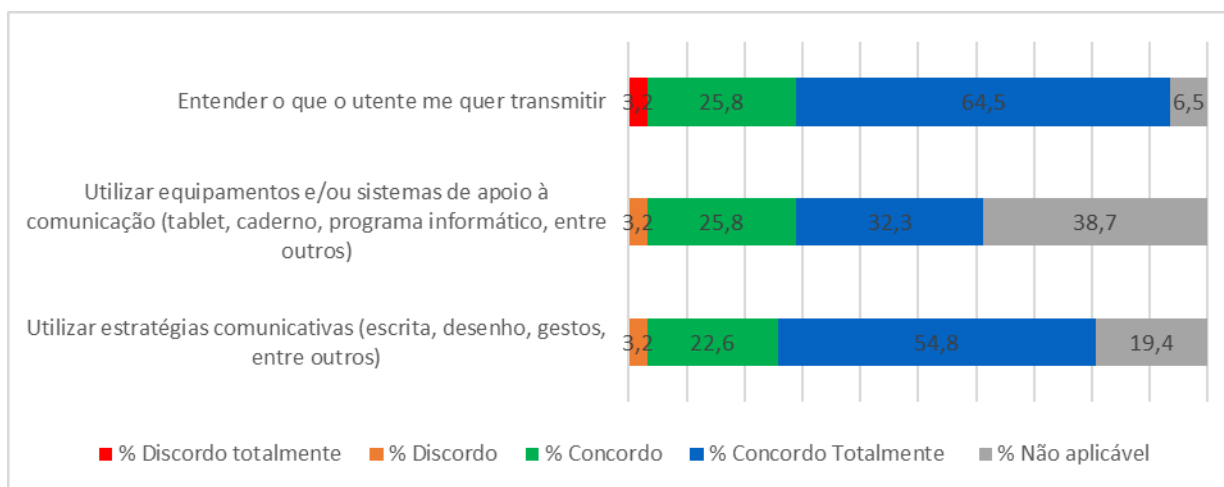
Por último a área da **comunicação**, é no “Utilizar equipamentos e/ou sistemas de apoio à comunicação (tablet, caderno, programa informático, entre outros)” (4,06±0,892) que sentem maior capacidade de fazer.

Tabela 11 - Estatística descritiva na área Comunicação

Comunicação	N	Média	DP
Comunicar verbalmente com o utente	31	3,84	,454
Entender o que o utente me quer transmitir	31	3,71	,739
Fazer-me entender junto do meu utente	31	3,74	,514
Utilizar equipamentos e/ou sistemas de apoio à comunicação (tablet, caderno, programa informático, entre outros)	31	4,06	,892
Utilizar estratégias comunicativas (escrita, desenho, gestos, entre outros)	31	3,90	,746

Também nesta área de cuidar, embora a generalidade dos CI reconhecerem capacidades em realizar as atividades, 3,2% (n=1) referem discordar totalmente de “Entender o que o utente me quer transmitir”, ainda 3,2% (n=1) discordam de “Utilizar equipamentos e/ou sistemas de apoio à comunicação (tablet, caderno, programa informático, entre outros)”, assim como “Utilizar estratégias comunicativas (escrita, desenho, gestos, entre outros)”. Como mostra o gráfico seguinte:

Gráfico 9 - % de respostas na área de cuidar comunicação



Pode-se verificar que os cuidadores que responderam que discordam totalmente e discordam, situam-se numa média de idades de 56,70 anos, a moda do número de anos em que a pessoa cuidada é dependente é 2 anos, com uma média de independência avaliada pela escala de Barthel de 33,23 da pessoa dependente.

De seguida foi avaliada a sobrecarga do cuidador informal através da escala de Zarit (Sequeira, 2010), analisando o resultado da soma de respostas, observa-se que 58% (n=18) dos cuidadores informais apresentam scores abaixo de 46 ou seja sem sobrecarga, 29% (n=9) revelou sobrecarga ligeira entre 46 e 56 e 13% (n=4) sobrecarga intensa acima de 57. Embora mais de metade da amostra de cuidadores informais não revele sobrecarga, 42% apresentam sobrecarga ligeira a sobrecarga

intensa, sendo um valor ainda considerável, torna-se pertinente analisar isoladamente a última questão da escala, “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?”, dos cuidadores em que a soma da escala não revelou sobrecarga, 9,6% (n=2) respondeu “às vezes”, o que significa que independentemente do valor da soma da escala há cuidadores que percebem sobrecarga em alguns momentos. Relacionando os níveis de sobrecarga com o nível de dependência da pessoa cuidada, verifica-se uma média de score do nível de dependência de 30, é um valor baixo o que significa que os cuidadores que revelam sobrecarga prestam cuidados a pessoas com um nível de dependência elevado, que de acordo com Dixe & Querido (2020:5) “cuidar de pessoas dependentes em menos áreas do autocuidado provoca menos sobrecarga no cuidador informal”; quanto ao número de anos prestados verifica-se uma média de anos de 8,42 ($\pm 11,67$), em que o máximo é 43 e o mínimo de 1, uma vez que existe uma diferença de anos elevada o que influencia no valor da média, traduzindo num desvio padrão elevadíssimo, importa olhar para os valores da moda e mediana que são iguais, 2 anos, o que quer dizer que estes cuidadores prestam cuidados não há muito tempo, considerando-se como um fator de risco, pois maior tempo de dependência relaciona-se com menor índice de sobrecarga e vice versa (Dixe & Querido, 2020); no que toca ao número de horas semanais de prestação de cuidados a média é de 112,2h, rondando as 16 horas diárias, atendendo que o dia tem 24h, restam-lhe apenas 8h de descanso, tal como observado em estudos anteriores.

Por último a análise das respostas abertas às questões relacionadas com o sentido de vida da autoria de Kraus (2014); “Qual o seu sentido de vida?”, “E o que tem feito para o alcançar?”. A análise de conteúdo destas descrições seguiu as instruções propostas de Lukas (1988) para avaliar a realização interior de sentido e consciência de êxito (S) e a atitude positiva perante o sofrimento e êxito (A), dos cuidadores, recorrendo à escala do sentido cotada de 0 a 4, e à escala de atitude cotada de 0 a 2, ambas da mesma autora, e classificadas com o valor mais baixo (0) para os melhores resultados, quer de sentido e vida, quer de atitude.

Desta forma, atendendo que a primeira questão avalia a realização interior de sentido e consciência de êxito, observou-se que dos 31 cuidadores informais da amostra, 3 (9,7%) dos CI apresentam um valor de sentido ótimo, 10 (32,2%) CI um valor de sentido bom, a maioria de 16 (51,6%) CI um valor de sentido indeterminado ou não reconhecido e uma minoria de 2 (6,5%) CI um valor de sentido indeterminado ou não reconhecido em tom geral negativo.

Enquanto que a segunda questão avalia a atitude positiva perante o próprio sofrimento e êxito, 9 (29%) dos cuidadores apresentam uma atitude positiva perante o próprio sofrimento e o próprio êxito, 9 (29%) CI apresentam uma atitude positiva, mas apenas avaliada perante um dos critérios, ou o sofrimento ou o êxito e a maioria 13 (42%) dos CI não refere qualquer informação perante o próprio sofrimento nem êxito.

Em suma, a maioria dos cuidadores informais da amostra da população-alvo, vive com a pessoa cuidada e localizam-se sobretudo nas freguesias rurais do concelho, são predominantemente mulheres, situando-se na faixa etária adulta (compreendendo uma média de idades de 55 anos), são na generalidade casados, e filhos da pessoa cuidada. A maioria não concluiu o ensino secundário, sendo o grau de escolaridade mais prevalente o 9ºano/3ºciclo. Mais de metade são desempregados e revelam não ter apoio de amigos/familiares ou de alguma rede de apoio. Dedicam em média 95h/semanais a prestar cuidados à pessoa dependente há cerca de 9 anos (média), com um nível de dependência parcial a total.

Embora grande parte dos cuidadores informais não apresentem sobrecarga, identificaram-se níveis consideráveis (42%) de sobrecarga, sobretudo em cuidadores que prestam cuidados a pessoas mais dependentes há menos anos, com grande dispêndio horas por semana para a prestação de cuidados.

A maioria apresenta um sentido de vida indeterminado ou não reconhecido e não refere qualquer informação perante o próprio sofrimento nem êxito.

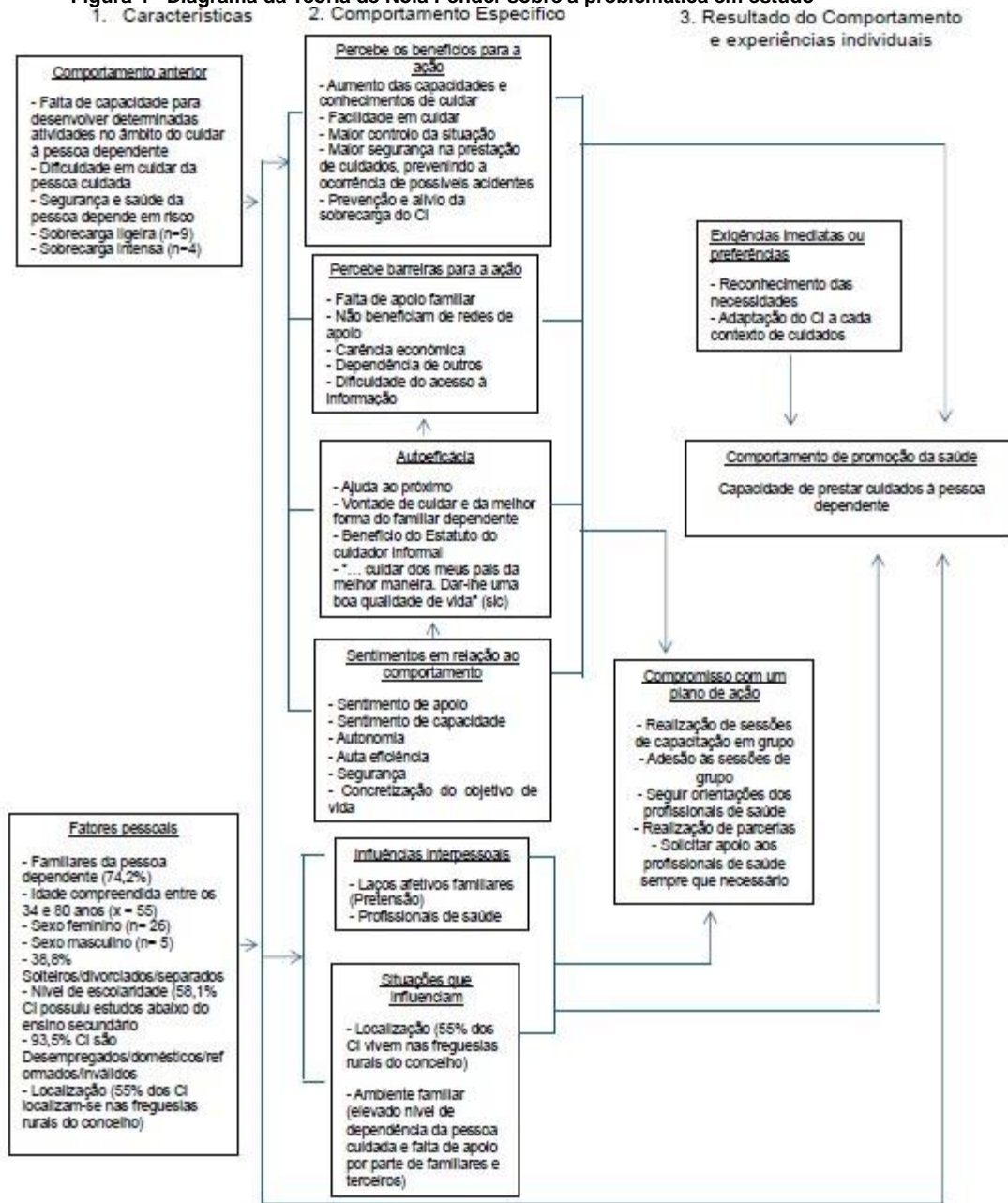
No geral, os cuidadores informais reconhecem ter capacidades em prestar cuidados nas 9 áreas do cuidado (alimentação, higiene sanitária, higiene e conforto, mobilidade, transferências, tomar a medicação, gestão de sintomas, cuidar e comunicação) à pessoa dependente, contudo dentro destas 9 áreas destacaram-se as áreas alimentação, transferências, tomar a medicação e gestão de sintomas, onde expressaram maiores necessidades de prestação de cuidados, ou seja, falta de capacidades/conhecimento.

Perante estes dados e de acordo com estudos anteriores, a capacitação do cuidador informal consoante as suas necessidades e capacidades, promove a diminuição da sobrecarga, aos diferentes níveis, o que demonstra a necessidade imprescindível de apoio aos CI, de forma que se sintam mais motivados, tirando o maior partido das suas capacidades (Dixe & Querido, 2020). A formação permite prestar cuidados de qualidade, assim como ter um maior controlo sobre a situação. Por sua vez, maior segurança no desempenho do seu papel, previne a ocorrência de possíveis acidentes que possam resultar da prestação de cuidados, pelo que os profissionais de saúde,

em especial os enfermeiros são um elemento facilitador na aquisição das competências (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016). É importante reconhecer o papel de uma equipa disciplinar no apoio da domiciliação de cuidados, pois obter informações através de intervenções necessárias sobre a doença e sobre a forma como cuidar da pessoa dependente é crucial para aliviar os níveis de sobrecarga, nomeadamente no domínio do autocuidado vestuário, alimentação, sanitário, transferências e gestão do regime terapêutico (Dixe & Querido, 2020).

Torna-se importante nesta fase, integrar o modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, referencial teórico escolhido para sustentar a prática clínica, que visa facilitar a compreensão dos determinantes da problemática em estudo, orientando para as respostas das necessidades identificadas da amostra da comunidade da população-alvo (os cuidadores informais do concelho de Abrantes). Este modelo integra a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, e explora o que motiva e desmotiva os indivíduos a adotarem comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons 2002). O esquema seguinte mostra o processo reflexivo da problemática em estudo face à luz do Modelo teórico da promoção da Nola Pender:

Figura 4 - Diagrama da Teoria de Nola Pender sobre a problemática em estudo



Fonte: Adaptado. **Em:** Pender, N. J, Murdaugh, C. L & Parsons M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall

Posto isto foram formulados os seguintes diagnósticos de Enfermagem de acordo com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE):

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem sobre a problemática em estudo

	Foco principal	Papel de cuidador
Opção de diagnóstico		- Compromisso do papel de cuidador
		- Capacidade do cuidador para tomar conta comprometido
		- Potencial para melhorar a capacidade do cuidador para tomar conta
		- Conhecimento do cuidador não demonstrado
	Foco principal	Stress do cuidador
Opção de diagnóstico		- Stress do cuidador, presente

4.2.2 Definição de prioridades

A definição de prioridades, é a segunda etapa do planeamento em saúde, como o próprio nome indica, compreende a definição, escolha ou seleção de prioridades. (Imperatóri & Giraldes, 1986) Pretende o planeamento, a utilização eficiente dos recursos disponíveis e melhorar os resultados a atingir, sendo necessário selecionar prioridades, sabendo quais os problemas que devem ser solucionados em primeiro lugar. (Tavares, 1990)

A determinação de prioridades locais não deverá exceder quatro ou cinco campos de intervenção devidamente hierarquizados, de outra maneira aumentam as possibilidades de desperdiçar esforços (Imperatori e Giraldes,1983).

Existem diversas técnicas e métodos de priorização, o método selecionado foi o método de Hanlon, de acordo com Rodrigues (2021) por ser adequado para priorizar problemas que estão quantificados, este método baseia-se em quatro critérios, que são os seguintes:

A – Magnitude do problema

Este critério consiste no número de pessoas afetadas pelo problema em relação à população total. A tabela seguinte quantifica essa mesma proporção:

Figura 5 – Pontuação que se atribui à magnitude do problema

%	valor	%	valor
0 – 10	1	51 – 60	6
11 – 20	2	61 – 70	7
21 – 30	3	71 – 80	8
31 – 40	4	81 – 90	9
41 – 50	5	91 – 100	10

Fonte: Rodrigues (2021)

B – Severidade do problema

Também é atribuída uma pontuação (1 a 10). Devem ser considerados a urgência na resolução do problema, a gravidade, a perda económica que resulta do problema e o tipo de pessoas afetadas. Esta avaliação pode ter por base dados objetivos e subjetivos.

C – Eficácia da solução

Este critério prende-se com o controlo do problema e a razoabilidade de resolução do mesmo. Alguns autores defendem que este critério é avaliado numa escala de 3 níveis:

- 0,5 - o problema não se pode controlar ou é de difícil resolução
- 1,0 - o problema controla se ou resolve se parcialmente
- 1,5 - o problema controla se ou resolve se facilmente

D - Exequibilidade, classificada pelo acrónimo PEARL

Consiste num conjunto de fatores que estão diretamente relacionados com a eficácia do programa, determinando aplicabilidade do mesmo.

P = Pertinência [é pertinente implementar um programa para o problema?]

E = Economia [economicamente é relevante?]

A = Aceitação [a comunidade aceita o programa?]

R = Recursos [há recursos (financeiros, materiais, humanos) disponíveis?]

L = Legalidade [as atividades têm enquadramento legal?]

Cada um dos fatores do acrónimo PEARL só assume dois valores: 1 (sim) ou 0 (não). Basta que num dos fatores haja uma resposta “não” e a exequibilidade do programa é inviável, pois será igual a zero.

No método de Hanlon, a classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da seguinte forma, que se aplica a cada problema:

Resultado da priorização = [(A+B) x C] x D

Atendendo a todos os princípios inerentes à segunda etapa do planeamento em saúde já descritos, considerando os resultados obtidos e os achados teóricos na etapa anterior (diagnóstico de situação), a priorização da satisfação das necessidades identificadas pelos cuidadores informais foi definida em momento de reunião de equipa da UCC e professora orientadora. Tendo em conta as áreas (avaliadas através da escala da avaliação das capacidades do cuidador informal do projeto Help2Care) onde os cuidadores informais expressaram maiores necessidades de apoio, nomeadamente na: Alimentação, Transferências, Tomar a medicação e Gestão de sintomas, foi nestas áreas onde se obteve uma percentagem considerável de cuidadores informais com falta de capacidades. Posto isto aplicou-se o método de priorização de Hanlon às necessidades identificadas pelos CI nestas áreas, como mostra as tabelas seguintes:

Tabela 12- Definição de prioridades na área alimentação (continua)

Lista de Problemas na área Alimentação	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
[Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:					
3,2 % Perceber quando devo alimentar a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5

3,2 % Gerir o horário estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	5	1,5	1	9
6,5% Gerir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	3	1,5	1	6
6,4% Utilizar estratégias que estimulem a ingestão alimentar a pessoa dependente, quando necessário	1	5	1	1	6
6,4% Reconhecer situações que aumentam as necessidades hídricas da pessoa dependente.	1	8	1,5	1	13,5
9,7% Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)	1	9	1,5	1	15
3,2% Perceber se a pessoa dependente ingere sólidos de forma segura	1	10	1	1	11
3,2% Perceber se a pessoa dependente ingere líquidos de forma segura	1	10	1	1	11
6,4% Adaptar a consistência dos alimentos	1	10	1	1	11
6,4% Dar de comer à pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
6,4 % Dar de beber à pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
6,4% Posicionar a pessoa dependente para as refeições	1	10	1	1	11
22,6% Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	3	10	1,5	1	19,5
9,7% Remover, lavar e aplicar prótese	1	3	1,5	1	6

Tabela 13- Definição de prioridades na área transferências

Lista de Problemas na área de Transferências	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
[Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:					
9,7 % Identificar quais os equipamentos que possam ser necessários e ajudem nas transferências do utente	1	5	1,5	1	9
16,1% Utilizar os equipamentos indicados para a transferência do utente (por exemplo tábua, elevador)	2	5	1	1	7
3,2% Perceber a necessidade de realizar as transferências	1	9	1,5	1	15
12,9% Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	2	9	1,5	1	16,5

Tabela 14 - Definição de prioridades na área tomar a medicação

<u>Lista de Problemas na área Tomar a medicação</u> [Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
6,5% Detetar efeitos secundários da medicação	1	10	1,5	1	16,5
6,5% Decidir quando e como devo dar ao utente a medicação de SOS	1	9	1,5	1	15
12,9% Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	2	10	1,5	1	18
3,2% Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação	1	2	1	1	3

Tabela 15- Definição de prioridades na área gestão de sintomas

<u>Lista de Problemas na área Gestão de Sintomas</u> [Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
3,2% Atuar perante a confusão/desorientação da pessoa dependente	1	8	1	1	9
6,5% Perceber quando a pessoa dependente está com falta de ar	1	10	1,5	1	16,5
16,1% Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente	2	10	1,5	1	18
6,5% Atuar perante as náuseas/vômitos da pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
3,2% Perceber quando é que a pessoa dependente tem alterações intestinais (diarreia, prisão de ventre)	1	7	1,5	1	12
3,2% Atuar perante as alterações intestinais da pessoa dependente (diarreia, prisão de ventre)	1	7	1,5	1	12
9,7% Perceber quando é que a pessoa dependente se sente ansioso	1	7	1,5	1	12
12,9% Atuar perante a ansiedade da pessoa dependente	2	7	1	1	9

A pontuação mais elevada é a necessidade considerada a priorizar, dentro da área da alimentação foi a **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22,6% para utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue**, com uma pontuação de 19,5; na área da transferência foi **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% Transferir a pessoa dependente de e para as**

posições necessárias, com uma pontuação de 16,5; na área da tomar a medicação foi **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% para decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação**, com uma pontuação de 18; na área da tomar a gestão de sintomas foi **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 16,1% para atuar perante a falta de ar da pessoa dependente**, com uma pontuação de 18.

Importa referir nesta fase do projeto, que este projeto foi realizado em conjunto com um colega e mediante a hierarquização realizada, ficou definido que cada estudante iria focalizar-se em 2 problemas/necessidades dos CI previamente priorizados. Pelo que focalizei-me na Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias; e na Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% para decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação.

4.2.3 Fixação de objetivos

Esta é a terceira etapa do planeamento em saúde, onde é necessário considerar quatro aspetos importantes: A seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários; a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; a fixação de objetivos a atingir a médio prazo; a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1986).

O objetivo de um problema de saúde é o enunciado de um resultado pretendido de um problema da evolução do problema, alterando a sua evolução natural, traduzido em indicador de resultado ou de impacto. Enquanto o objetivo operacional ou meta é o resultado pretendido das atividades dos serviços de saúde, traduzido em indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1986).

Como objetivo geral defini:

- Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.

O quadro seguinte mostra os objetivos específicos, indicadores e metas para cada necessidade/diagnóstico priorizado:

Tabela 16 - Objetivos específicos, indicadores e metas das necessidades prioritizadas

Diagnóstico	Objetivo específico	Indicador	Meta
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas (2)) x 100 Indicador de resultado: % Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade da amostra)) x100	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% para decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas (2)) x 100 Indicador de resultado: % Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade da amostra)) x100	Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024

4.2.4 Seleção de estratégias

Esta etapa é fundamental num processo de planeamento, pois determina o processo mais adequado a reduzir os problemas de saúde prioritários. Só assim, a execução das atividades planeadas é bem-sucedida, pelo que é necessário definir as estratégias, ou seja, os recursos necessários para a sua implementação, de forma a atingir os objetivos específicos (Imperatóri & Giraldes, 1986).

Sendo o papel do EEESCSP definir estratégias de intervenção exequíveis e articuladas, através dos recursos existentes, de forma a provocar as mudanças desejáveis permitindo a melhoria do estado de saúde da comunidade (Melo, 2020).

Para uma melhor compreensão das estratégias já existentes e utilizadas com foco no apoio aos cuidadores informais através da capacitação dos mesmos tornou-se imprescindível realizar uma revisão integrativa da literatura, baseando a prática na evidência científica.

Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa da literatura é “um método que permite a síntese do conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática” (Sousa et al., 2017, p. 17). De forma a,

definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico. A combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados na revisão integrativa amplia as possibilidades de análise da literatura (Matos, 2014, s.p.).

Esta revisão da literatura seguiu os princípios de *Joanna Briggs Institute*, que permite responder seguinte questão de investigação formulada:

- Quais as intervenções de enfermagem que melhor apoiam os cuidadores informais nas suas capacidades para a prestação de cuidados, prevenindo e aliviando a sobrecarga?

Que utiliza a mnemónica PICo, que traduz a **P**opulação, **I**ntervenções/fenómeno de interesse e o **C**ontexto. De seguida no quadro apresenta a mnemónica definida, PICo:

Quadro 2 - Mnemónica PICo

P	Participantes	Cuidadores Informais
I	Intervenções /fenómeno de interesse	Intervenções de enfermagem que melhor apoiam os cuidadores informais nas suas capacidades para a prestação de cuidados, prevenindo e aliviando a sobrecarga.
C	Contexto	Comunitário

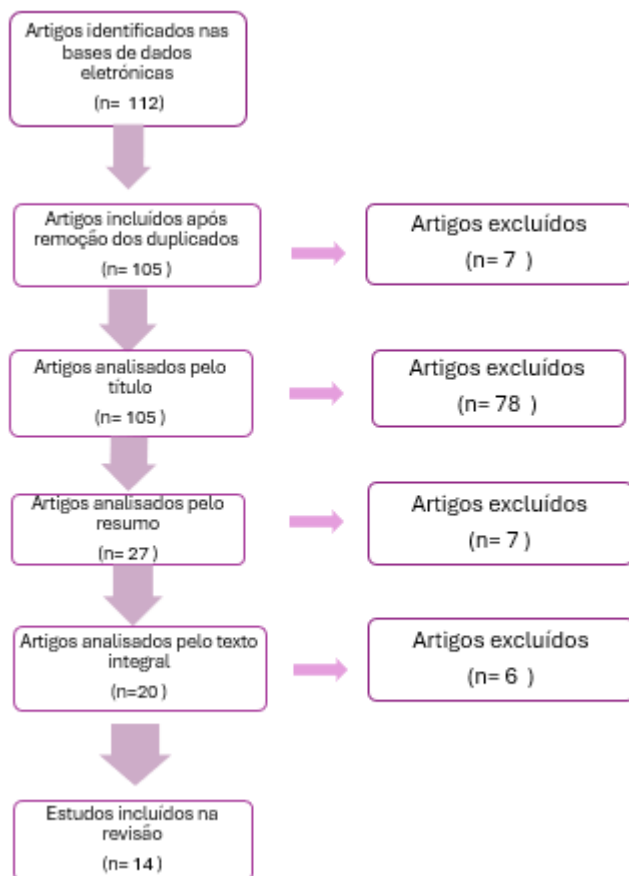
Como tal foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed, na plataforma *EBSCOhost* que utilizou como fonte as bases de dados, *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, os termos de pesquisa/descriptores utilizados foram os termos/descriptores naturais, em inglês: *Informal Caregiver*, *Capacities*, *Overload*, *Nursing Care*. Os operadores booleanos utilizados foram, o *AND* e o *OR* sendo que o *AND* adicionava os termos e o *OR* que une conjuntos, *Informal Caregiver AND Capacities OR Overload AND Nursing Care*. Como limitadores de pesquisa selecionou-se, texto integral, texto integral em PDF, com resumo disponível e data de publicação entre 01/01/2018-31/12/2024.

Ainda foi realizada pesquisa no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) com os termos de pesquisa/descriptores: Cuidador e fatores de sobrecarga ou autocuidados. Pelo que foram pesquisados estudos de 2018-2022; Língua: português e inglês; Artigo científico.

Considerando as seguintes palavras-chave: Cuidador Informal; Apoio de Enfermagem; Sobrecarga; Capacidades.

Na totalidade das pesquisas resultaram 112 artigos, como tal foi utilizada como estratégia de seleção dos artigos pesquisados nas bases de dados, o PRISMA *diagram flow*, que permite comunicar de forma clara e organizada todo o processo de seleção de artigos para esta revisão da literatura. Neste sentido, após a leitura e análise dos mesmos, foram excluídos 7 artigos duplicados, 78 artigos pelo título, 7 pelo resumo e 6 pelo texto integral.

Figura 6 - PRISMA *diagram flow* da revisão da literatura



Fonte: Adaptado. Em: Tricco A. et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation

Desta forma foram incluídos 14 artigos nesta revisão, que se apresentam no seguinte quadro 3:

Quadro 3 - Artigos incluídos na revisão da literatura (continua)

- Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study.(Dixe et al., 2019)
- “Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study” (Papadakos et al. 2023)
- “Effectiveness of the Online “Dialogue Circles” Nursing Intervention to Increase Positive Mental Health and Reduce the Burden of Caregivers of Patients with Complex Chronic Conditions. Randomized Clinical Trial” (Tinoco-Camarena et al. 2022)
- “Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study” (Roj et al.2021)
- “Preparing for partnerships in cancer care: an explorative analysis of the role of family based caregivers” (Harrison et al., 2021)
- “The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke” (Predebon et al, 2021)
- “Caregiver Burden and Associated Factors for the Respite Care Needs among the Family Caregivers of Community

Dwelling Senior Citizens in Chiang Mai, Northern Thailand" (Aung et al., 2021)

- *"Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas con enfermedad crónica"* (Chaparro et al., 2020)

- *"Caregiving, Employment and Social Isolation: Challenges for Rural Carers in Australia"* (Hussain, 2018)

- *"It's Like Juggling, Constantly Trying to Keep All Balls in the Air": A Qualitative Study of the Support Needs of Working Caregivers Taking Care of Older Adults*" (Vos et al., 2021)

- *"Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review"* (Lindt, et al., 2020)

- *"Besoins des proches aidants qui accompagnent une personne en soins palliatifs et de fin de vie à domicile"* (Pepin & Hébert, 2020)

- *"Help2care: ehealth strategies for self care of users and caregivers based on Nightingale's work"* (Querido et al., 2020)

- *Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga* (Dixe & Querido, 2020)

Encontra-se em APÊNDICE VII a grelha de colheita de dados destes 14 artigos.

Os cuidadores informais são maioritariamente mulheres e geralmente vivem com a pessoa cuidada (Dixe et al, 2019; Dixe & Querido, 2020). Pelo que desempenham uma diversidade de tarefas à pessoa dependente, que varia consoante o grau de dependência da pessoa cuidada, desde apoio na medicação, banho, realização de curativos (Papadakos et al., 2023), confeção de refeição, necessidades de cuidados pessoais, coordenação dos cuidados, marcação e orientação para as consultas, à intervenção em nome dos doentes nas consultas/condições de cuidados de saúde, à interpretação entre a equipa médica e a família (Harrison et al., 2021). Prestam em média 105,65h/semana de cuidados à pessoa dependente. (Dixe et al., 2019). A maioria dos cuidadores revela ter capacidade adequada para prestar os cuidados essenciais (Predebon et al., 2021), porém algumas dessas tarefas são novas para os prestadores de cuidados, pelo que não se sentem preparados para as realizar (Papadakos et al., 2023), destacam-se atividades relacionadas com transferência e posicionamento no âmbito da prestação de cuidados ao idoso dependente após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) devido à falta de orientação quanto à postura para a realização das mesmas (Predebon et al., 2021), nos cuidados prestados aos doentes oncológicos, particularizam-se a gestão de sintomas (Papadakos et al., 2023), assim como as tarefas especializadas, como a administração de injeções, a administração de medicamentos através de bombas nasais ou a utilização de tubos de alimentação (Harrison et al., 2021). À medida que o tempo passa as competências práticas são aperfeiçoadas, não havendo substituto para a experiência, os cuidadores consideram que a experiência ajuda a clarificar a informação, lamentando não ter acesso à informação mais cedo (Papadakos et al. 2023). Um estudo anterior verificou que eram as cuidadoras mais velhas que apresentavam menos competências em determinadas áreas do autocuidado, tais como alimentação, mobilidade, transferências, medicação e gestão e comunicação de sintomas. A maioria das informações que recebiam era

sobre a doença e a gestão da medicação. Havendo ainda muitas áreas do autocuidado em que não é dada qualquer informação aos cuidadores informais (Dixe et al., 2019). A prestação de cuidados diários 24 horas por dia, leva à falta de sono, a exaustão e o aumento constante das responsabilidades levando-os a ter de transferir o seu ente querido doente para outra instituição (Pepin & Herbert, 2020). No contexto de prestação de cuidados aos doentes oncológicos, estas atividades são realizadas no contexto de uma pressão emocional avassaladora em resposta ao diagnóstico e prognóstico do cancro do ente querido, criando um duplo fardo de gestão da responsabilidade clínica e do sofrimento emocional pessoal (Harrison et al., 2021).

A par disto, verifica-se que os familiares que sofrem uma elevada sobrecarga de cuidados participam menos frequentemente em atividades de autocuidado e são menos resilientes do que a população em geral e em comparação com os familiares que sofrem uma menor sobrecarga de cuidados. Além disso, os familiares com elevada sobrecarga de cuidados são também mais jovens, mais escolarizados, definem-se mais frequentemente como cuidadores informais do doente e estão menos informados sobre a importância dos autocuidados do que os familiares com menor sobrecarga de cuidados (Roj et al., 2021). Um outro estudo verificou que mais de metade dos cuidadores informais apresentavam sobrecarga intensa, relacionando-se com a preparação para o cuidar, áreas e tempo de dependência. Mais informação sobre a doença e como cuidar da pessoa dependente está relacionado com menores níveis de sobrecarga (Dixe & Querido, 2020).

Também a duração da prestação de cuidados e o nível de dependência do doente, assim como o estado mental do doente, em termos de problemas comportamentais e de capacidade cognitiva, determina o nível de dependência e, conseqüentemente, a sobrecarga de cuidados. Sendo as mulheres prestadoras de cuidados sentem uma maior sobrecarga subjetiva do que os homens (Lidt et al., 2020).

Simultaneamente, os problemas associados ao emprego foram assinalados como resultando em pressões financeiras e stress pessoal e ansiedade associados para os prestadores de cuidados (Hussain et al., 2020). Outros estudos, revelaram que os cuidadores que obtiveram informações acerca dos apoios económicos apresentaram melhores resultados de autoeficácia, melhor opinião face ao seu desempenho (Dixe & Querido, 2020).

Portanto, são múltiplas as necessidades dos cuidadores que acompanham um familiar que necessita de cuidados no domicílio desde necessidades informativas, emocionais

e psicossociais, mostram que os cuidadores estão a sofrer mudanças no seu papel junto da pessoa doente (Pepin & Herbert, 2020).

As políticas de assistência às famílias e as intervenções, tais como os serviços de apoio, o reforço da capacidade de prestação de cuidados, as licenças oficiais para prestação de cuidados, etc., podem reduzir a sobrecarga das famílias que se debatem com as tarefas de prestação de cuidados informais. Além disso, as medições da sobrecarga dos prestadores de cuidados podem ser aplicadas como instrumento de rastreio para avaliar as necessidades de cuidados a longo prazo, complementando a avaliação da dependência (Aung et al., 2021).

Um dos pontos de partida importante, é ajudar os prestadores de cuidados a perceberem que são efetivamente prestadores de cuidados e que existem soluções de apoio à sua disposição. Pois isto implica que as pessoas que rodeiam o prestador e os recetores de cuidados, como o ambiente social, os profissionais de saúde e de assistência social e os empregadores, devem reconhecer os prestadores de cuidados pelo seu papel e dedicar mais atenção às suas necessidades (Vos et al., 2021).

A evidência de apoio psicossocial aos prestadores de cuidados não aborda atualmente os impactos do seu papel na prestação de cuidados clínicos e de saúde aos seus entes queridos. (Chaparro et al., 2020; Harrison et. al., 2021). Pelo que um papel central para os cuidadores familiares é a parceria com o sistema de saúde, serviços e profissionais para a prestação de cuidados. Como tal, as dinâmicas de parceria entre os prestadores de cuidados e os profissionais de saúde foram identificadas como tendo impacto na experiência de prestação de cuidados. Uma parceria forte foi as oportunidades de colocar questões à vontade, sentindo-se respeitados e incluídos como parte da equipa de cuidados. Os prestadores de cuidados consideraram que estas parcerias eram reforçadas pelos profissionais de saúde que reconheciam a carga emocional de ser prestador de cuidados e proporcionavam um sentido mais amplo de apoio aos prestadores de cuidados, para além de se concentrarem nas necessidades de cuidados do doente (Harrison et al., 2021). Os cuidadores referem que o acesso aos serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana, é considerado como essencial para a qualidade do acompanhamento (Pepin & Herbert, 2020). O desenvolvimento de um conjunto de competências de prestação de cuidados, é necessária uma rápida atualização de competências no início e ao longo da prestação de cuidados para satisfazer as exigências e responsabilidades das tarefas. Os participantes referiram a sua necessidade de formação para as funções clínicas exigidas durante os cuidados domiciliários (Harrison et al., 2021).

Assim tanto os cuidadores informais como as pessoas dependentes dos seus cuidados apoiam a necessidade de um curso de formação abrangente para os cuidadores informais, mas as suas opiniões divergiram quanto à sua viabilidade, as responsabilidades e as restrições de tempo do cuidador informal colocaram barreiras à instrução presencial, reconheceram o valor das modalidades virtuais para alargar o acesso ao curso, ao mesmo tempo que salientaram os benefícios sociais e de ligação em rede da aprendizagem presencial, destacando a necessidade de falar com pessoas com experiências semelhantes, apoiando fortemente esta modalidade, alguns participantes apelaram à presença obrigatória e a algum tipo de avaliação que os ajudasse a dar prioridade à sua aprendizagem (Papadakos et al. 2023).

Foi desenvolvido um programa digital decorrente do projeto “Help2Care”, um recurso TIC para apoiar e monitorizar a formação de cuidadores de pessoas dependentes, nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Que integra uma combinação de materiais e recursos de apoio nos autocuidados, adaptado aos prestadores de cuidados, aos doentes e aos profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Este programa revelou ser uma preciosa ferramenta de apoio para um melhor aprendizado, aconselhamento e assistência dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Diminuindo as readmissões em contexto hospitalar. (Querido, Laranjeira & Dixe, 2020).

Também uma intervenção, círculos de diálogos, através da criação de espaços seguros (círculos) permitiu aos participantes serem protagonistas e experimentarem a confiança necessária para exprimirem problemas, dificuldades e sentimentos relacionados com o seu papel de prestador de cuidados, mostrou um aumento da Saúde Mental Positiva (SMP) e uma menor perceção de sobrecarga no cuidador informal. Estes resultados estão de acordo com os de outro tipo de intervenção em prestadores de cuidados previamente relatados na literatura. Um estudo de Ferré-Grau et al. (2021), verificou que a conceção e implementação de uma intervenção de enfermagem baseada nas Tecnologias de Informação e comunicação (TIC) reduziu a sobrecarga e aumentou a Saúde Mental Positiva em prestadores de cuidados informais, com um aumento da pontuação global da escala HMP no Grupo de Intervenção (Tinoco-Camerena et al., 2023).

A maioria dos prestadores de cuidados está ciente dos apoios sociais disponíveis na sua comunidade, contudo os prestadores de cuidados que se localizam nas zonas rurais, que não tem acesso a eles, deixando-os vulneráveis à marginalização. Desta forma foram identificadas barreiras específicas à prestação de cuidados nas zonas rurais, incluindo o impacto significativo das deslocações. O acesso aos serviços de

apoio, como os grupos de prestadores de cuidados, raramente era acedido devido a uma combinação de fatores, incluindo a inacessibilidade, a má calendarização e a falta de anonimato. A nível financeiro, há provas consideráveis de dificuldades e é urgente proceder a uma revisão global do apoio governamental e comunitário, a fim de melhor satisfazer as necessidades dos prestadores de cuidados rurais (Hussain et al., 2018).

A avaliação dos enfermeiros quanto às atividades realizadas e as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores é uma estratégia importante para identificar problemas e atender efetivamente às necessidades desses indivíduos em todos os níveis de atenção à saúde (Predebon et al., 2021). De acordo com Dixe & Querido (2020) os enfermeiros devem apostar ainda mais na informação/formação do CI de como cuidar do seu familiar, de forma a prevenir a sua sobrecarga e melhorar a qualidade de cuidados.

Capacitação do cuidador informal

As características e necessidades da pessoa cuidada assim como o progresso da sua condição relacionam-se com o nível e a natureza dos cuidados prestados, a qualidade e motivação para o cuidar dependem da sua capacitação, informação, apoio psicológico, relação entre o trabalho e o cuidar, apoio acessível adequado e atempado (Carretero, Stewart, & Centeno, 2015; Bouget, Spasova, & Vanhercke, 2016). O descanso do cuidador, intervenções psicoeducativas, terapia cognitivo-comportamental, capacitação do cuidador, as informações acerca dos cuidados e o estado do doente, são mecanismos promotores de autoeficácia e da melhoria da comunicação entre a pessoa dependente e cuidador informal, que previnem a sobrecarga e exaustão do cuidador (Vandepitte et al., 2016) assim como comportamentos agressivos, abusos, maus tratos e abandono da pessoa dependente por parte do cuidador (Carretero & Garcés, 2011).

Alinhado com os princípios consagrados no estatuto do cuidador informal, no Plano Nacional de Saúde (21-30), no Programa Nacional para as Pessoas Idosas e na Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025), visam promover a capacitação, valorização e premiação dos cuidadores informais.

O Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, define as medidas de suporte, capacitação e apoio aos cuidadores informais e simplifica a ativação de recursos da comunidade (apoio técnico especializado, através dos profissionais de referência da saúde e da segurança social, nos termos a definir no Plano de Intervenção Específico, e incentivar os cuidados informais promovendo a manutenção das

peças cuidadas no domicílio, com respeito à vontade da própria pessoa cuidada e da avaliação efetuada no PIE). Destaco para os seguintes direitos dos cuidadores informais: b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;

Bem como, o Plano Nacional de Saúde 21-30, reforça que é imperioso continuar a investir na rede de cuidados continuados, na integração de cuidados e em profissionais habilitados, mas também inovar, com mais respostas na comunidade e criação de condições que permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais (DGS, 2021).

Também o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, prevê o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados em conjunto com todos os sectores sociais na intervenção e corresponsabilização na promoção de autonomia e da independência das pessoas idosas, no âmbito das estratégias de intervenção “Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas” e “Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores, emite recomendações para a ação como orientar tecnicamente os prestadores de cuidados (DGS, 2006).

Assim como a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 no âmbito da Gestão de Processos de Comorbilidades presume a dinamização de ações de formação e capacitação dirigidas no sentido de aquisição de competências aos cuidadores informais (DGS, 2017).

A capacitação do cuidador informal é fundamental para dar continuidade aos cuidados em segurança, mas também que adquiram estratégias para gerir a sobrecarga física e psicológica resultantes do cuidar (Sequeira, 2010; Peixoto & Machado, 2016; Schaller et al., 2015; Yu et al., 2019).

A 5ª Etapa do modelo de capacitação do cuidador informal do projeto Help2Care de Dixe et al. (2020), refere-se exclusivamente à capacitação do cuidador informal para o autocuidado. Nesta etapa, a capacitação do cuidador informal deve ser executada tendo em conta as necessidades identificadas e centrada no próprio, especialmente nas necessidades priorizadas por si. O profissional de saúde ajusta os métodos, a terminologia e linguagem que utiliza às preferências e literacia do cuidador informal, apresentando também alternativas no material de apoio apresentado. Dixe et al. (2020) propõem 2 alternativas de atividades de capacitação, dependendo da

disponibilidade do profissional de saúde e do cuidador informal. A primeira alternativa, consiste no agendamento prévio da atividade de capacitação do cuidador informal, utilizando um método centrado no ensino baseado na observação e treino personalizado, complementado com propostas de acesso pela WEB (vídeos, imagens, material escrito). As sessões posteriores servem, num primeiro momento, para o esclarecimento de dúvidas relativas à sessão anterior e de seguida para reforçar a sistematização da atividade de capacitação.

A segunda alternativa, é quando não há disponibilidade do cuidador ou do profissional de saúde ou não foi determinada previamente a necessidade de capacitação, realiza-se um avaliação de prioridades de capacitação em seguida o acesso ao Website www.help2care-pal.org, para a seleção e visualização de materiais adequados à situação do cuidador, quer nos contextos de cuidados ou ser aconselhada ao cuidador a consulta no domicílio, os agendamentos subsequentes centram-se no esclarecimento de dúvidas.

Os materiais de capacitação deste modelo, estão disponíveis no website www.help2care-pal.org, tais como visualização de vídeos, folhetos e imagens demonstrativos no âmbito dos autocuidados, apoiar na alimentação e hidratação, apoiar nos cuidados de higiene e conforto, cuidados gerais a ter com a medicação, apoiar na mobilidade e transferência, apoiar na comunicação, como prevenir as úlceras de pressão na pessoa dependente, como resolver problemas associados ao cuidar; assim como a disponibilização do Manual do Cuidador - Apoiar no Autocuidado de Utentes e Cuidadores Informais.

Deste modo e de acordo com a Teoria de Enfermagem da Promoção da Saúde de Nola Pender, os diagnósticos de enfermagem formulados, os objetivos e metas traçados para este projeto, assim como a evidência científica pesquisada, foram delineadas as seguintes estratégias de intervenção:

a) Criação de um projeto de intervenção na comunidade “Apoio aos Cuidadores Informais: Prevenção e Alívio da Sobrecarga - PAPAS”, com a definição de um plano de duas sessões de formação no âmbito da capacitação do cuidador informal, com metodologia expositiva, demonstrativa e interativa, constituídas por:

- Apresentação teórica sobre os temas, apoio nas transferências e apoio na toma da medicação: complicações/efeitos secundários da medicação, no âmbito das transferências com a abordagem de ensino de posturas e técnicas e no âmbito das complicações/efeitos secundários da medicação com a abordagem de ensino dos 5 certos da medicação, sinais e sintomas e ensino

do procedimento de atuação caso ocorra alguma complicação/efeito secundário;

- Visualização de vídeos sobre os temas apoio nas transferências (disponibilizados no website www.help2care-pal.org) e apoio na toma da medicação: complicações/efeitos secundários da medicação;
- Demonstração de cuidados no âmbito do apoio nas transferências com participação dos formandos;
- Adequação o processo educativo ao grupo etário e nível cultural;

b) Realização de um Painel Delphi com peritos da área para validação do projeto de intervenção;

c) Apresentação do projeto de intervenção comunitária aos profissionais da USP do Médio Tejo e UCC de Abrantes.

4.2.5 Elaboração de Programas e Projetos e Preparação para a Execução

Estas duas etapas pressupõem todas as etapas anteriores (diagnóstico de situação, fixação de objetivos, definição de prioridades e seleção de estratégias), só assim é possível elaborar um projeto de intervenção comunitária e preparar a sua operacionalização, atendendo à metodologia de planeamento em saúde.

Na fase de elaboração de programas e projetos, é realizado um estudo pormenorizado das atividades necessárias à execução parcial ou total das estratégias selecionadas, garantindo o alcance dos objetivos e metas propostos, considerando todos os recursos humanos, materiais e financeiros necessários e os recursos existentes. A preparação para execução permite o sucesso de um programa ou projeto, como tal é necessário definir a calendarização da execução das atividades, ou seja, o cronograma de atividades, assim como o responsável pela sua concretização e acompanhamento (Imperatori & Giraldes, 1986).

Projeto de Intervenção Comunitária “Apoio aos Cuidadores Informais: Prevenção e Alívio da Sobrecarga - PAPAS”

O projeto de intervenção em saúde consiste num documento orientador minucioso com ações a serem desenvolvidas, devidamente fundamentadas, com o intuito de dar resposta às necessidades de saúde identificadas, visando promover a qualidade de vida e aumentar o nível de saúde de uma determinada população, reforçando o envolvimento comunitário para a resolução dos problemas identificados, que decorre num período de tempo bem definido (Tavares, 1990).

De acordo com os problemas identificados e priorizados e os objetivos e metas delineados foi elaborado o Projeto de Intervenção Comunitária designado por “Apoio aos Cuidadores Informais: Prevenção e Alívio da Sobrecarga”, com o acrónimo PAPAS, este projeto de intervenção visa facilitar a operacionalização do apoio que é devido aos cuidadores informais, face ao anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, promovendo o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente, nomeadamente no cuidar transferências e toma da medicação (complicações/efeitos secundários). Aumentando assim as suas capacidades de prestação de cuidados e subsequentemente prevenindo e aliviando a sobrecarga dos mesmos decorrente dessa mesma prestação de cuidados à pessoa dependente.

Neste sentido foi criado um plano de ação, que se encontra no quadro seguinte, com os objetivos específicos, as atividades a desenvolver, as estratégias selecionadas, com a identificação dos intervenientes, local e data e a avaliação dessas mesmas atividades.

Quadro 4 - Plano de ação das necessidades prioritizadas

Diagnóstico	Objetivo específico	Atividades	Estratégias metodológicas	Local/Data	Intervenientes	Resultado	
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes	Realização de sessão de formação de forma a capacitar os CI para a prestação de cuidados no âmbito do autocuidado transferir (2 sessões)	- Desenvolvimento da temática transferências: técnicas e posturas; - Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural; - Visualização de vídeos relacionados com a temática; - Demonstração de cuidados no âmbito das transferências com participação dos formandos; - Uso de metodologia expositiva (computador e videoprojector) - Aplicação novamente das escalas, de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et al. (2020) (no autocuidado transferências), escala de avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit e as questões de resposta aberta sobre o sentido de vida	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	- Mestrandos - Equipa multidisciplinar da UCC - Cuidadores informais	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas (2)) x100 Indicador de resultado: % Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade da amostra)) x100	Meta: Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% para decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes	Realização de sessão de formação de forma a capacitar os CI para a prestação de cuidados no âmbito do autocuidado tomar a medicação (2 sessões)	- Desenvolvimento da temática tomar a medicação: 5 certos da medicação, sinais e sintomas de alerta sobre efeitos secundários/complicações, ensinar procedimento de atuação em caso de complicação; - Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural; - Visualização de vídeos relacionados com a temática; - Uso de metodologia expositiva (computador e videoprojector); - Aplicação novamente das escalas, de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et al. (2020) (no autocuidado gestão da medicação) e a escala de avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit e as questões de resposta aberta sobre o sentido de vida	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	- Mestrandos - Equipa multidisciplinar da UCC - Cuidadores informais	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas (2)) x 100)) Indicador de resultado: % Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade da amostra)) x100	Meta: Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024

Também foi elaborado um cronograma que reflete o horizonte temporal das atividades, tendo sofrido alterações ao longo do projeto, que se encontra em APÊNDICE X.

Importa referir que este projeto é um projeto-piloto realizado em colaboração com os enfermeiros orientadores e especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da UCC de Abrantes e da USP do Médio Tejo e com um colega mestrando, implementado à amostra da população-alvo (relembro que são 31 cuidadores informais), e que vai ao encontro das necessidades da UCC que tem como missão a melhoria do estado de saúde através da prestação cuidados de saúde de proximidade com a população em casa e na comunidade incluído a grupos vulneráveis, como são os cuidadores informais.

De acordo com Melo (2020) o desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação são instrumentos usados para partilhar informação, educar e promover a comunicação.

Como já referido anteriormente foram desenvolvidas, duas sessões de formação, cada uma acompanhada por uma apresentação teórica em *PowerPoint*, que se encontram nos APÊNDICES XI e XII, a primeira sessão sobre o apoio nas transferências “Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga (PAPAS) – Apoio no autocuidado transferências”, baseada no Manual do Cuidador do Modelo de Capacitação do Help2Care, que aborda o ensino sobre: o conceito de Mobilidade vs Transferência; dicas para prevenir quedas no momento das transferências; cuidados a ter com a postura do cuidador; tipos e técnicas de transferências; e produtos de apoio nas transferências. Complementada com a demonstração das posturas e técnicas, realizada pelos mestrandos e enfermeiros da UCC e com a visualização de imagens e vídeos de capacitação do Projeto Help2Care, importa mencionar que “A produção dos vídeos decorreu no ambiente do domicílio ou ambientes naturais de cada um dos cuidadores e pessoas com dependência que se disponibilizaram a partilhar a sua experiência.” (Dixe et al., p.32, 2020) aproximando da realidade da população-alvo.

A segunda sessão “Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga (PAPAS) – Apoio na toma da medicação - complicações/efeitos secundários”, baseada nas orientações da Ordem dos Farmacêuticos e do Infarmed, aborda o ensino sobre: conceito de reação adversa/efeito secundário; tipos de reações; classificação das reações; fatores de risco para a ocorrência de reações; 5 certos da medicação, sinais e sintomas de reações adversas; procedimento de atuação caso ocorra alguma complicação/efeito secundário. Acompanhada também com a visualização de vídeos.

Cada sessão tinha previsão de uma duração de aproximadamente de 30 - 45 minutos, foi programada a dinamização destas sessões 2 vezes em momentos diferentes.

Em ambas as sessões, foi adequado o processo educativo ao grupo etário e nível cultural.

Como forma de avaliação da eficácia da intervenção foi aplicada novamente a escala de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et. al (2020), a escala de Zarit e as questões relacionadas com o sentido de vida.

Sendo necessários os seguintes recursos para a operacionalização do projeto:

- Ginásio, espaço disponibilizado pela UCC de Abrantes para a realização das sessões;
- Computador (disponibilizado pela UCC de Abrantes);
- Videoprojetor (disponibilizado pela UCC de Abrantes);
- Marquesa para as demonstrações (disponibilizado pela UCSP de Abrantes);
- Cadeirão também para as demonstrações (disponibilizado pela UCC de Abrantes);
- impressos com as escalas de avaliação da eficácia da intervenção (da responsabilidade dos mestrandos).

Para a validação do projeto de intervenção foi realizado um painel *DELPHI* para avaliar o nível de concordância do mesmo quanto a sua adequação e pertinência.

O painel foi composto por 11 peritos na área do conhecimento especializado na Área da Saúde Comunitária e Saúde Pública ou como *Stakeholder* na área, que cumpriam os seguintes critérios de Fehering adaptados:

- a) Ser detentor de formação avançada na área
- b) Exercer funções na área

O recrutamento foi realizado através da técnica de amostragem de bola de neve (tendo presente o duplo consentimento).

Primeiramente os peritos preencheram o consentimento informado e um breve questionário sociodemográfico *on-line* na plataforma google *forms*.

Todos os peritos recrutados consentiram participar no painel, sendo a maioria de 10 mulheres (90,9%) e apenas um homem (9,1%), que compreendiam idades entre os 40 e 61 anos, a rondar uma média de idades de 52,6 anos; quanto ao estado civil a maioria eram casados(as) ou em união de facto 72,7% (n=8), 18,2% (n=2) viúvo(a) e 9,1%

(n=1) solteiro(a); todos eram detentores de uma licenciatura/bacharelato e 27,3% especificaram possuir mestrado; a maioria de 10 participantes eram enfermeiros (90,9%, pelo que 9,1% (n=1) especificou ser Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária) e uma Assistente Social (9,1%); no que se refere ao local de trabalho, 90,9% (n=10) trabalha na Unidade Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT) especificamente nas unidades funcionais, USPMT, UCC de Abrantes, UCC Mira Zêzere, UCSP de Abrantes e UCSP de Sardoal e 9,1% (n=1) no Instituto da Segurança Social no Centro Distrital de Santarém no Núcleo de Intervenção Social de Abrantes.

Como forma preferencial de contacto, foi identificado pela maioria dos peritos o *e-mail*.

A técnica *DELPHI* consistiu na realização de uma série de questionários *on-line* também na plataforma *google forms*, correspondendo cada um a uma ronda, onde se solicitou aos peritos que classificassem as várias proposições apresentadas, por ordem de importância, podem, no final, acrescentar novas proposições, que farão parte da ronda seguinte, após terem tido acesso aos resultados consolidados. Na segunda ronda, os peritos voltaram a ordenar as proposições novas proposições incluídas para além das iniciais. Foram realizadas 2 rondas, a 1ª ronda consistiu na validação dos problemas/necessidades identificados e priorizados através do Método de Hanlon, e a 2ª ronda a validação do plano de ação do projeto de intervenção. Em ambas as rondas obteve-se a concordância de todos os peritos.

Após validação do projeto pelos peritos do painel, foi apresentado o mesmo à UCC e à USP (APÊNDICE IX).

4.2.6. Execução do Projeto de Intervenção PAPAS

A execução do projeto, corresponde à parte operativa do mesmo. Como eixo orientador é de salientar a importância do cumprimento do plano de ação das sessões e o cronograma de atividades.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) a etapa da execução é onde são implementadas as atividades programadas, respondendo aos objetivos definidos.

Numa primeira fase, foram convocados os cuidadores informais da amostra da população-alvo para as sessões de formação, a estratégia utilizada foi o contacto telefónico individual, a cada um dos 31 cuidadores informais.

As sessões de formação decorreram nas instalações da UCC de Abrantes no ginásio, ambas as sessões de formação, “Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga (PAPAS) – Apoio no autocuidado transferências” e “Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga (PAPAS) – Apoio na toma da medicação -

complicações/efeitos secundários”, foram realizadas uma a seguir à outra, dinamizadas pelos mestrandos, em dois dias diferentes, 22 e 23 de fevereiro de 2024, e em dois horários diferentes, às 10h30 (período da manhã) e 14h30 (período da tarde), proporcionando uma maior oportunidade de adesão às sessões. Recordo que inicialmente estavam programados 2 momentos de dinamização das sessões, tendo sido realizados 3 momentos de acordo com a disponibilidade dos participantes. No dia 22 de fevereiro participaram 10 cuidadores informais no período da manhã e 2 no período da tarde, no dia 29 de fevereiro participaram 4 no período da tarde, portanto foram um total de 16 cuidadores informais que aderiram às sessões de formação, representando apenas metade da amostra. A fraca adesão deveu-se a uma série de fatores: desde o falecimento da pessoa cuidada; o facto de os cuidadores não terem com quem deixar a pessoa cuidada; assim como a impossibilidade de deslocação por falta de transporte, principalmente reconhecida pelos cuidadores que vivem nas zonas rurais/periferias do concelho, tal como se encontra descrito na literatura, de acordo com Hussain et al. (2018) o acesso aos serviços de apoio pelos grupos prestadores de cuidados que se localizam nas zonas rurais, raramente era acedido devido a uma combinação de fatores, incluindo a inacessibilidade, tendo um impacto significativo as deslocações. Destaco que a localização mais longa identificada referente aos cuidadores da amostra é de 20,1Km.

Importa referir que desde o início do projeto foi perceptível em alguns cuidadores dificuldade em participar em qualquer atividade que fosse externa do seu contexto de cuidados.

Passados 15 dias da intervenção e como forma de avaliação dos resultados da mesma, foi aplicada novamente a escala de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et. al (2020), a escala de avaliação da sobrecarga (escala de Zarit) e as questões relacionadas com o sentido de vida. Na escala de avaliação das capacidades foram apenas avaliadas as áreas de capacidades para o autocuidado, onde a intervenção foi dirigida por mim e pelo meu colega, tais como: **transferências, gestão da medicação**, alimentação e gestão de sintomas.

O feedback dos cuidadores foi bastante positivo acerca das sessões, a maioria dos participantes interagiram, partilharam as suas experiências e esclareceram dúvidas. Reconheceram a importância destas formações, considerando que todo o apoio é bem-vindo, pois “o saber não ocupa o lugar”, alguns lamentaram não terem sido realizadas estas sessões mais cedo.

Embora tenha havido apenas a adesão de metade da amostra, os enfermeiros da UCC consideraram que houve bastante adesão, por norma as sessões que dinamizam nas instalações da UCC tem uma taxa de adesão muito inferior.

4.2.7 Avaliação

Por fim a última etapa do processo de planeamento em saúde. Avaliar consiste em comparar algo com um padrão ou modelo, com o objetivo de corrigir ou melhorar (Imperatori e Giraldes, 1993). Nesta etapa pretende-se, “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori e Giraldes, p.174, 1993).

Ainda neste processo de avaliação deve ser realizada uma análise das estratégias e recursos utilizados, e se os objetivos foram atingidos, comparando os resultados obtidos com os indicadores definidos, e ponderar a necessidade de continuidade do projeto e/ou a sua reformulação (Pinto, 2019).

Como tal a avaliação deste projeto baseia-se de acordo com os objetivos, os indicadores e as metas anteriormente definidos.

O quadro seguinte apresenta os resultados obtidos dos indicadores de acordo com metas e objetivos estabelecidos.

Quadro 5 - Resultados da intervenção (continua)

Objetivos específicos	Indicadores	Metas	Resultados
Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes	<p>Indicador de atividade:</p> <p>% Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas (2)) x100</p> <p>Indicador de resultado:</p> <p>% Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação</p> <p>(nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade da amostra)) x100</p>	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024	<p>Indicador de atividade:</p> <p>3 sessões realizadas/ 2 sessões programadas x 100 = 150 %</p> <p>Indicador de resultado:</p> <p>(16 CI participantes / 16 de CI previstos) x 100 = 100%</p>

<p>Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes</p>	<p>Indicador de atividade:</p> <p>% Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas (2) ×100</p> <p>Indicador de resultado:</p> <p>% Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação</p> <p>(nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade da amostra)) ×100</p>	<p>Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024</p>	<p>Indicador de atividade:</p> <p>3 sessões realizadas/ 2 sessões programadas × 100 = 150 %</p> <p>Indicador de resultado:</p> <p>(16 CI participantes / 16 de CI previstos) × 100 = 100%</p>
--	---	---	---

Os resultados obtidos através dos indicadores previamente definidos foram satisfatórios, obtendo-se taxas iguais e superiores aos 100%. A par destes dados, importa agora analisar os dados obtidos após a intervenção com a aplicação dos questionários através das escalas das capacidades do cuidador informal de Dixe et al. (2020), de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (escala de Zarit) e as questões relacionadas com o sentido de vida, aos 16 participantes da amostra, e comparar os resultados antes e após a intervenção, de forma obter conclusões sobre os objetivos específicos e metas traçados.

Quanto às capacidades do cuidador informal, saliento que foram comparados os dados do foco da intervenção de acordo com a definição de prioridades, ou seja, quanto ao “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” e “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”. No que se refere ao “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias”, a tabela seguinte (tabela 17) mostra que alguns dos 16 participantes aumentaram as suas capacidades, observa-se que antes da intervenção 2 dos 16 participantes não responderam e no pós-intervenção todos os 16 participantes responderam, não havendo valores omissos. Embora não se saiba a razão pela qual inicialmente os participantes não responderam, supondo que houvessem dúvidas, no pós intervenção isso não se verificou, refletindo um aspeto de melhoria; também o valor da média das respostas aumentou de 3,75 (= concordo) antes da intervenção, para 4 (= concordo totalmente) no pós-intervenção, acompanhado com uma descida do desvio padrão de 1,055 (antes da intervenção) para 0,632 (após a intervenção), saliento para o facto que antes da intervenção existiam respostas correspondentes ao discordo, e depois da intervenção já não se verificaram respostas correspondentes ao discordo totalmente ou discordo, por sua vez houve um aumento do número de respostas de concordo de 12,5%(n=2) para

18,8%(n=3) e consideravelmente no concordo totalmente de 31,3% (n=5) para 62,5% (n=10).

Tabela 17 - Comparação dos dados pré e pós intervenção de "Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias"

		Capacidades do cuidador informal: Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	
		Pré - intervenção	Pós - intervenção
	N	12	16
	N omissos	4	0
	Média	3,75	4,00
	Desvio padrão	1,055	0,632
	Mínimo	1	3
	Máximo	5	5
Respostas	Discordo totalmente (= 1)	0 (0%)	0 (0%)
	Discordo (= 2)	2 (12,5%)	0 (0%)
	Concordo (= 3)	2 (12,5%)	3 (18,8%)
	Concordo totalmente (= 4)	5 (31,3%)	10 (62,5%)
	Não aplicável (= 5)	3 (18,8%)	3 (18,8%)

Deste modo observa-se com estes valores houve uma ligeira melhoria nas respostas assim como nas capacidades dos cuidadores e conseqüentemente uma diminuição das suas necessidades nesta área de prestação de cuidados, o que significa que se alcançou os objetivos e meta inicialmente definidos. É de ressaltar que estes dados não são significativamente estatísticos, devido ao tamanho da amostra ser muito reduzido, neste sentido aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, obteve-se então um $p(0,380) > 0,05$ pelo que não se pode rejeitar H_0 , considerando H_0 como “as capacidades dos cuidadores são iguais antes e depois da intervenção” e a H_1 “as capacidades dos cuidadores são diferentes antes e depois da intervenção”.

No que se refere à capacidade de “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”. A tabela seguinte (tabela 18) mostra que, a média de respostas nestes 16 participantes não alterou após a intervenção, mas verificou-se uma ligeira descida do desvio padrão de 0,544 para 0,403, contudo antes da intervenção ainda havia 6,3% (n=1) de resposta discordo e após a intervenção deixou de se verificar, aumentando o número participantes que concordam passando de 6,3% (n=1) para 18,8% (n=3), situando-se todas as respostas dos participantes após intervenção no concordo e concordo totalmente. À semelhança da área anterior verificou-se que com estes resultados houve uma melhoria nas respostas neste caso de 6,3% (n=1), o que permitiu o alcance dos objetivos e meta inicialmente definidos.

Tabela 18 - Comparação dos dados pré e pós intervenção de "Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação"

Capacidades do cuidador informal: Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação			
	Pré - intervenção	Pós - intervenção	
N	16	16	
N omissos	0	0	
Média	3,81	3,81	
Desvio padrão	0,544	0,403	
Mínimo	2	3	
Máximo	4	4	
Respostas	Discordo totalmente (= 1)	0 (0%)	0 (0%)
	Discordo (= 2)	1 (6,3%)	0 (0%)
	Concordo (= 3)	1 (6,3%)	3 (18,8%)
	Concordo totalmente (= 4)	14 (87,5%)	13 (81,3%)
	Não aplicável (= 5)	0 (0%)	0 (0%)

É de ressaltar que estes dados não são significativamente estatísticos, devido ao tamanho da amostra ser muito reduzido, neste sentido aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, obteve-se então um $p(1,00) > 0,05$ pelo que não se pode rejeitar H_0 , considerando H_0 como “as capacidades dos cuidadores são iguais antes e depois da intervenção” e a H_1 “as capacidades dos cuidadores são diferentes antes e depois da intervenção”.

No que se refere às questões de respostas abertas de Kraus (2014), “Qual é, o seu objetivo de vida?”, “O que tem feito para o alcançar?”, nestes 16 participantes observou-se que antes da intervenção 2 (12,5%) dos CI apresentam um ótimo valor de sentido, 3 (18,75%) CI um bom sentido de vida, a maioria de 10 (62,5%) CI um sentido indeterminado ou não reconhecido e uma minoria de 1 (6,25%) CI um sentido indeterminado ou não reconhecido em tom geral negativo. Quanto à atitude positiva perante o próprio sofrimento e o próprio êxito é avaliada em 3 (18,75%) dos cuidadores, 7 (43,75%) CI uma atitude positiva, mas apenas avaliada perante o sofrimento ou o êxito e 6 (37,5%) dos CI não refere qualquer informação perante o próprio sofrimento nem êxito. Importa referir que os participantes que apresentaram um bom sentido de vida reponderaram concordo e concordo totalmente ao sentirem-se capaz de realizar em todas as atividades de autocuidado avaliadas na escala de avaliação de capacidades do cuidador informal do projeto Help2Care, o que corrobora

os referenciais teóricos (Pender, Murdaugh & Parsons 2002, Dixe & Querido, 2020 e Kraus et. al., 2021).

Após a intervenção verifica-se uma ligeira melhoria do sentido de vida dos participantes, deixou de existir um sentido negativo, acompanhado com uma descida de 25%(n=4) no sentido indeterminado, havendo um aumento de 25% (n=4) no bom sentido e de 6,25% (n=1) no ótimo. Quanto à atitude dos cuidadores informais, manteve-se a atitude positiva perante o próprio sofrimento e o próprio êxito, aumentou 18,75% (n=3) a atitude positiva apenas para um dos critérios, e na mesma proporção diminuiu 18,75% (n=3) os cuidadores informais que não referem qualquer informação perante o próprio sofrimento e o êxito. Conclui-se que houve uma melhoria no sentido de vida e na atitude, com a intervenção, embora não seja possível avaliar a eficácia da intervenção devido ao curto intervalo de tempo, houve melhoria nos resultados.

Relativamente à avaliação da sobrecarga do CI, ao contrário do que era expectável e esperado nos achados teóricos, após a intervenção verificou-se um aumento dos níveis de sobrecarga, sobretudo na sobrecarga intensa de 12,5% (n=2), com um decréscimo dos níveis sem sobrecarga de 12,5% (n=2), não havendo variações na % da sobrecarga ligeira. Contudo não é possível obter conclusões sobre estes dados uma vez que o intervalo temporal entre a intervenção e avaliação da intervenção é muito reduzido, de apenas 15 dias, não sendo possível observar alterações diretamente relacionadas com a intervenção. E mais uma vez estes dados não apresentam significado estatístico, devido ao tamanho reduzido da amostra, com a aplicação do teste não paramétrico de Wilcoxon, obteve-se um $p(0,629) > 0,05$, pelo que não se pode rejeitar a H_0 ou seja “a sobrecarga dos cuidadores manteve-se igual antes e depois da intervenção”.

A par destes dados últimos dados, importa referir que se verificou que a maioria dos cuidadores que apresentaram um aumento da sobrecarga no pós-intervenção, curiosamente apresentam também um sentido de vida indeterminado (ou não reconhecido), que de acordo com estudos anteriores, Kraus (2014), sobre o sentido de vida existe uma “correlação positiva com a autoeficácia para o controlo da dor, com a descoberta de sentido durante o sofrimento e com a autotranscendência; e correlação negativa com os índices de sofrimento, ansiedade, depressão e de atividade da doença” (Citado por Kraus et. al., 2021, p.2).

O sentido de vida é um conceito multidimensional, constituído pela fusão dos conceitos de objetivos de vida e autotranscendência. A promoção do sentido de vida associa-se a níveis baixos de depressão e ansiedade e a níveis elevados de sentido

no sofrimento e estratégias de coping (Kraus, 2014). O que explica o aumento da sobrecarga destes cuidadores informais.

4.2.8 Conclusão

Em forma de conclusão importa refletir sobre os resultados obtidos e sobre as limitações/constrangimentos deste projeto assim como sugestões de melhoria.

Com este projeto de intervenção comunitária foram realizados dois estudos, um primeiro estudo quantitativo observacional e quasi-experimental, com análise de estatística descritiva e um segundo estudo qualitativo, de orientação logoterapêutica, com análise de conteúdo das descrições livres referentes às repostas abertas.

A metodologia do planeamento em saúde foi o instrumento de base para a consecução deste projeto de intervenção comunitária, no diagnóstico de situação, identificaram-se as necessidades dos 31 cuidadores informais da amostra (através das entrevistas semiestruturadas), assim como os fatores que motivaram e desmotivaram a adoção de comportamentos de promoção da saúde, tendo como orientação o referencial teórico da Promoção da Saúde de Nola Pender, que integra a enfermagem à ciência do comportamento com vista a promoção da saúde, acompanhando todo processo de tomada de decisão. A intervenção foi dirigida com base nesses mesmos comportamentos promotores de saúde no âmbito da capacitação do cuidador informal, nas áreas transferências “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” e tomar a medicação “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”, de acordo com a definição de prioridades através do método de Hanlon. A intervenção realizada (sessões de capacitação) permitiu uma melhoria dos resultados nos participantes, com um aumento de 43,8% (n=2 no concordo + n=5 no concordo totalmente) nas capacidades dos CI no “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” e de 6,3% nas capacidades no “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”, assim como 31,25% (n=4 no bom sentido + n=1 no ótimo) no seu sentido de vida, comparativamente ao pré e pós-intervenção relativo a amostra inicial dos 31CI. Ao contrário do que era expectável e esperado após a intervenção houve um aumento de 12,5% (n=2) da sobrecarga dos cuidadores informais, que curiosamente verificou-se que a maioria destes participantes que experienciaram um aumento na sua sobrecarga, apresentavam um sentido de vida indeterminado (ou não reconhecido), como evidência os achados teóricos. Uma vez que o intervalo de tempo que decorreu entre a intervenção e a avaliação da

mesma é muito reduzido, de apenas 15 dias, não é possível tirar conclusões nem observar alterações diretamente relacionadas com a intervenção.

É possível concluir que a generalidade dos resultados obtidos através da intervenção realizada com base em comportamentos promotores da saúde, a capacitação dos cuidadores informais, foi possível alcançar os resultados pretendidos assim como os objetivos e metas definidos.

Embora a maioria dos resultados tenham sido positivos, foram observados vários constrangimentos ao longo de todo este processo, começando pelo tamanho da amostra (31 CI) que não era suficientemente grande para obter uma representatividade da população que é volátil, assim como obter resultados estatisticamente significativos, amostras pequenas aumentam o risco de erro, como se pode comprovar com a realização dos testes não paramétricos (Wilcoxon com $p > 0,05$). Para além da amostra inicial ser reduzida, houve uma fraca adesão da amostra à intervenção comunitária. Apenas 16 CI tiveram participado foi apontado como a uma barreira, pois uma vez que a maioria dos cuidadores já apresentavam capacidades o facto de estarem a faltar quase metade da amostra às sessões de formação aumentou o risco de a intervenção não ser dirigida aqueles que realmente apresentavam as necessidades nestas áreas do autocuidado. Contudo denota-se que estamos perante um grupo vulnerável de pessoas a vários níveis, tais como: economicamente, a maioria da amostra eram cuidadores informais desempregados viviam nas freguesias rurais do concelho e não tinham qualquer apoio. É denotar que aquando da convocação para as sessões de formação alguns cuidadores referiram que não poderiam estar presentes por não ter com quem deixar o familiar dependente e não ter transporte. Tal como evidenciam estudos anteriores, o acesso aos serviços de apoio, como os grupos de prestadores de cuidados, raramente era acedido devido a uma combinação de fatores, incluindo a inacessibilidade, a má calendarização e a falta de anonimato (Hussain et al., 2018). Sugere-se no futuro uma maior aproximação ao nível da localização com os cuidadores, como por exemplo a realização das sessões de formação nas sedes de freguesias onde os cuidadores moram, arranjar uma parceria com a câmara para disponibilização transporte para aqueles cuidadores que vivem nas aldeias ao redor das freguesias. Assim como construir uma bolsa de voluntariados que se disponibilizem em tomar conta da pessoa dependente quando o cuidador necessita de se ausentar por algum motivo, por exemplo neste caso para frequentar as sessões de formação.

O tempo também foi considerado como um constrangimento, pois quase todas as etapas do projeto, sobretudo as finais foram realizadas em contra-relógio, inicialmente

o parecer favorável da comissão de ética foi muito demorado, dificultando o cumprimento do cronograma inicialmente proposto.

Também há a referir que o instrumento de colheita da avaliação das capacidades do cuidador informal do projeto Help2Care é muito extenso, com 101 itens a avaliar, o que dificultou o seu preenchimento. Sugere-se no futuro fazer uma adaptação simplificada do mesmo.

É necessariamente importante dar continuidade a este projeto no futuro, quer pelos enfermeiros da UCC quer por outros estudantes do mestrado, de forma a chegar a todos os cuidadores da população-alvo e principalmente aqueles que revelam realmente necessidades.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

A elaboração deste relatório final permitiu a reflexão sobre o percurso realizado para a aquisição de todas as competências comuns e específicas do EEESCSP, ao longo deste estágio em ambos os contextos da prática clínica, na USP e UCC, assim como a prossecução dos objetivos definidos.

Saliento, que a Enfermagem é considerada hoje como uma profissão e disciplina científica, autónoma, com uma área de atuação e de investigação próprios, integrados nos 2º e 3º ciclos de estudos. A mudança de paradigma, baseia-se no desenvolvimento de competências, genéricas e específicas, pelos estudantes, permitindo uma maior aproximação entre os processos formativos, a uma extensão das áreas de intervenção em Enfermagem, a qual se associa um aumento da exigência e complexidade da prestação de cuidados. Posto isto é fundamental que os futuros Enfermeiros Especialistas, em contexto de prática clínica especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. A realização de estágios permite que estas aprendizagens, essenciais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O EEESCSP atendendo ao seu percurso de formação especializada

adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício de cidadania (Ordem dos Enfermeiros, p.1, 2010).

A aproximação e o contacto com os contextos da prática clínica, através da realização dos estágios, foi possível perceber a essência do papel/função do EEESCSP na USPMT e na UCC de Abrantes, bem como, tive a oportunidade de acompanhar e realizar atividades desenvolvidas em nestes contextos, que contribuíram para o meu crescimento quer ao nível pessoal, mas sobretudo ao nível profissional, que se traduziram em conhecimento e competências nas diferentes áreas de intervenção do EEESCSP, indo de encontro aos objetivos deste estágio.

Das atividades desenvolvidas destaco a elaboração e operacionalização do projeto de intervenção comunitária PAPAS baseado na metodologia do planeamento em saúde. Este foi um projeto-piloto, que surgiu da necessidade reconhecida pela UCC, que decorre do Acompanhamento, Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal com a equipa gestora local, de acordo com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprovou o Estatuto do Cuidador Informal, este projeto veio facilitar a

operacionalização do apoio que é devido aos cuidadores informais (população-alvo) do concelho de Abrantes, face ao anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Com uma intervenção dirigida no âmbito da capacitação do cuidador informal nas áreas transferências e toma de medicação, de acordo as necessidades identificadas no diagnóstico de situação, com um processo de tomada de decisão guiado pelo referencial teórico da Promoção da Saúde de Nola Pender, que integra a enfermagem à ciência do comportamento com vista a promoção da saúde. E priorizadas através do método de Hanlon, tendo como resultados a obtenção de ganhos em saúde. Importa salientar que apenas metade da amostra aderiu à intervenção. Com base em comportamentos promotores de saúde (capacitação) a intervenção realizada (sessões de capacitação) permitiu uma melhoria dos resultados nos participantes, com um aumento nas capacidades dos CI no “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” e no “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”, assim como no seu sentido de vida. Devido ao tamanho da amostra ser reduzido estatisticamente estes dados não são significativos, comprovados através da aplicação do teste não paramétrico de Wilcoxon, também não se podem tirar noções quanto à eficácia da intervenção uma vez que o intervalo de tempo que decorreu entre a intervenção e a avaliação da mesma é muito reduzido, de apenas 15 dias.

Tornando-se importante dar continuidade ao projeto tendo em conta às sugestões de melhoria mencionadas, assim como a sua replicação numa amostra maior, de forma a ser possível avaliar ganhos em saúde.

Através do desenvolvimento deste projeto estiveram prementes de forma efetiva a aquisição de competências comuns, mas sobretudo as específicas do EEESCSP, bem como os 5 descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de estudos do Ensino Superior (mestrado), alcançando assim os objetivos deste estágio (gerais, específicos e transversais).

Importa realizar uma análise sobre os aspetos facilitadores e dificultadores ao longo deste estágio. Como aspetos facilitadores há a referir a disponibilidade, partilha, envolvimento e acompanhamento por parte de todos os enfermeiros de ambos os contextos (USPMT e UCC de Abrantes), em especial dos enfermeiros orientadores, que me proporcionaram todas as oportunidades possíveis de aprendizagem, o que possibilitou o alcance dos objetivos de estágio, facilitando e enriquecendo o meu percurso de aprendizagem.

Outro aspeto facilitador considero a mobilização dos conhecimentos e práticas adquiridas ao longo da componente teórica do mestrado e do estágio anterior, o que me permitiu desenvolver uma prática clínica enquadrada no estágio de forma fundamentada e sustentada, aqui saliento para as metodologias de investigação, as estratégias de pesquisa de evidencia científica, possibilitando o desenvolvimento deste meu percurso académico com rigor e competência.

Considero também como aspeto facilitador de aprendizagem, o desenvolvimento do projeto-piloto de intervenção comunitária, pelo que permitiu a compreensão na integra de todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde.

Também a realização deste relatório permitiu o desenvolvimento das minhas capacidades de raciocínio e tomadas de decisão fundamentadas perante problemas complexos.

Tendo em conta todos os aspetos facilitadores referidos confesso que igualmente todo este percurso de aprendizagem foi bastante desafiante, principalmente gerir a vida profissional, familiar com a vida académica, superando as minhas expectativas, conclui-se que, de um modo geral os objetivos deste estágio foram atingidos assim como desenvolvidas todas as competências comuns e específicas do EEESCSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*, 6, 53-59 - https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2076&id_revista=5&id_edicao=21
- American Public Health Association. (2013). *The definition and practice of public health nursing*. Public Health Nursing Section. <https://www.apha.org>
- Araújo, M. & Soeiro, J. (2021). Trabalho, reconhecimento e justiça social: o caso dos cuidados informais em Portugal. *e-cadernos CES*, 35. <http://journals.openedition.org/eces/6164>; DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.6164>
- Aung, T.N.N.; Aung, M.N.; Moolphate, S.; Koyanagi, Y.; Supakankunti, S.; Yuasa, M. (2021). Caregiver Burden and Associated Factors for the Respite Care Needs among the Family Caregivers of Community Dwelling Senior Citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 5873. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115873>
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi
- BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023) *ACES Médio Tejo – Quem somos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/Pages/default.aspx>
- BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023a) *USP Médio Tejo – O que oferecemos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3000050/O%20QUE%20OFERECEMOS/Carreira%20de%20Servi%C3%A7os%201.pdf>
- BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023b) *USP Médio Tejo – Quem servimos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3000050/Pages/default.aspx>
- BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023c) *UCC de Abrantes – O que oferecemos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3140152/Paginas/default.aspx>
- Bouget, D., Spasova, S., & Vanhercke, B. (2016). *Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe: A study of national policies 2016*. Brussels, Belgium: European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. European Social Policy Network
- Brito, M. (2000). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. [Dissertação de Mestrado]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/9933>
- Carretero, S., & Garcés, J. (2011). Psychological interventions to fight against the burden of the informal caregivers. *European Psychiatry*, 26, 1173. [doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72878-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72878-4)
- Carretero, S., Stewart, J., & Centeno, C. (2015). Information and communication technologies for informal carers and paid assistants: benefits from micro-, meso-, and macro-levels. *European Journal of Ageing*, 12(2), 163–73. [doi:10.1007/s10433-015-0333-4](https://doi.org/10.1007/s10433-015-0333-4)
- Carvalho, M. (2015). *Serviço Social com Famílias*. Lisboa: Pactor
- Carvalho, R. S., Neto, A. R. S, Almeida, A. F., Alves R. C., Batista, O. M. A., Valle, A. R. M. C. & Freitas, D. R. J.. (2020). PEDICULOSE: UM PROBLEMA SAÚDE PÚBLICA. In A. L. H. Castro, F. V. C. Moreto & T.T. Pereira (Eds). *Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas 6*, (s.p.). Atena Editora <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/pediculose-um-problema-saude-publica>
- Chaparro, D. L., Carreño, M. S., Carrillo, G. G., Gómez, R. O. (2020). Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas com enfermedad crónica. *Av Enferm*, 38(1): 18-27. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.77404>
- Comissão Europeia. (2008). Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida. European Union. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15798/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_N%C3%ADdia%20Alves%20n.3750.pdf
- Comunidade Intermunicipal Médio Tejo. (2024). *Abrantes**. <https://mediotejo.pt/index.php/cimt/municipios-associados/abrantest/167-pt/cimt/municipios-associados/162-abrantest?highlight=WyJhYnRlcyJd#localiza%C3%A7%C3%A3o>
- Conselho Internacional de Enfermeiros - ICN. (2012). *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros, 2012. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau, Formação e Saúde, Lda e Educa.

- Cuidadores informais (2023). *Cuidadores informais*. www.cuidadoresportugal.pt
- Decreto-Lei n.º 248/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Carreira especial de enfermagem. Diário da República, 1ª série, n.º 184, 6761 - 6765. <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18400/0676106765.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. (2008). Diário da República, 1ª série, n.º 38/08. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075>
- Despacho n.º 12.045/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República, 2ª série, n.º 110, de 7 de junho. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dse-de-29062006-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2023) – Norma 005/2023 - Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2023-2024*. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/09/Norma_005_2023_CampanhaCOVID-19_pdf-360kb.pdf
- Direção Geral de Saúde (2023a) – Norma 006/2023 - Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe: Outono-Inverno 2023-2024*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-para-vacinacao-sazonal-contra-a-gripe-2023-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2023b). *Saúde Escolar*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar-2/>
- Direção-Geral da Saúde (2006). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS**. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017**. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s**. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Dixe, M. A. C. R., Soares, E. M., Martinho, R. F. G, Rijo, R. P. C. L., Carçoço, J. E. F., Gomes, N. M. M & Querido, A. I. F. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência* (1ª Edição). Grácio Editor.
- Dixe, M. A. C. R., Teixeira, L. F. C, Areosa, C. T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A. & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 19, 255. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- Dixe, M.D.A.C.R. & Querido, A.I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência: Abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*. [Dissertação de Doutoramento]. RIA, Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4664/1/209832.pdf>
- Freudenberg, N. E, Flay, B., Parcel, G., Rogers, T. & Walltersin, N. S. (1996). Individual and community capacity to prevent disease and promote health: searching of relevant theories and principles. *Health Educ Q.*, 26(3), 290-306.
- Harrison, R., Raman, M., Walpola, R., L., Chauhan, A., Sansom-Daly, M., U. (2021). Preparing for partnerships in cancer care: an explorative analysis of the role of familybased caregivers. *BMC Health Services Research*, 21:620. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06611-0>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hussain, R., Wark, S., Ryan, P. (2018). Caregiving, Employment and Social Isolation: Challenges for Rural Carers in Australia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15, 2267; doi:10.3390/ijerph15102267
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia Do Planeamento Da Saúde* (2ª Edição). Manual Para Uso Em Serviços Centrais, Regionais E Locais.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde* (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2024). *Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Kohlrusch E. & Rosa N. G. (1999). Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: subsídios para a ação educativa da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(n.esp), 22-113.
- Kraus, T. (2014). *Sentido de vida da pessoa com dor crónica* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati: Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. [Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa: Sentido de vida da pessoa com dor crónica \(ucp.pt\)](https://www.veritati.ucp.pt/pt/veritati/veritati-repositorio-institucional-da-universidade-catolica-portuguesa-sentido-de-vida-da-pessoa-com-dor-cronica-ucp-pt)

- Kraus, T., Capela, S., Rodrigues, A. & Dixe, A. (2021). Tradução, adaptação cultural e validação do Meaning in Suffering Test para português europeu, *Revista de Enfermagem Referência*, vol. V, núm. 5, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Lei 100/2019, de 6 de setembro. (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. Diário da República, 1ª Série I (Nº 171/2019 de 06/09/2019), 3-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>
- Lindt, N., Van Berkel, J. & Mulder, B.C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr* 20, 304. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>
- Loureiro, N. (2009). A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência [Dissertação de mestrado]. Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa. <https://core.ac.uk/download/pdf/61004601.pdf>
- Lukas, E. (1988). *Para validar la logoterapia*. En V. Frankl, La voluntad de sentido. Barcelona: Herder
- Martins C., Kobayashi, R. M., Ayoub, A. C., & Leite, M. M. J. (2006). Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(3), 8-472. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12>
- Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J. & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Matos, P. C. (2014). *Tipos de revisão de literatura*. Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia. <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>
- Meles, A. M & Zago M. M. F. (1999) Análise da educação de clientes e pacientes na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 7(5), 85-94.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Mendes, J. M. G. (1997). As Práticas Profissionais e os Modelos de Enfermagem. *Revista Servir*, 45(1), 6-15.
- Mendes, P. N., Fortes Figueiredo, M. L., Santos, A. M., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94. doi.org/10.1590/1982-0194201900012
- Ministério da Saúde (BR) da Secretaria de políticas de saúde. (2002). Projeto promoção da saúde. *As cartas da promoção da saúde* (Série B. Textos Básicos em Saúde). Editora MS.
- Moreira, M. E. T. S. (2023). RELATÓRIO DE ESTÁGIO - Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública [Dissertação de Mestrado]. ESSLei, IPLeia.
- Mourato, P. (2022). *Envelhecimento ativo*. <https://mediotetejo.net/abranter-camara-aprova-propostas-da-oposicao-sobre-envelhecimento-ativo-caudio>
- Mumcuoglu, K. Y., Barker, S. C., Burgess, I. E., Combescot-Lang, C., Dalgleish, R. C., Larsen, K. S., Miller, J., Roberts, R. J., Taylan-Ozkan, A. (2007). International guidelines for effective control of head louse infestations. Physicians Continuing Education Corporation. *Journal of Drugs in Dermatology*, 6(4), 14-409. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=ef5e1ace-cc6d-45d8-975a-6287088301c0%40redis&bdata=Jmxhbm9c9cHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=17668538&db=mdc>
- Naidoo J & Wills J. (1994). *Health promotion: foundations for practice*. London: Royal College of Nursing
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364.
- OMS (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Ordem dos Enfermeiros (2005) – *Código deontológico*. Dos Comentários à Análise dos Casos. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015) – *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros - agosto de 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *PARECER CJ 46/2008. Sobre: Preparação para o parto por enfermeiro não especialista**. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer46_prep_parto_enf_nao_especialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetencia_sComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

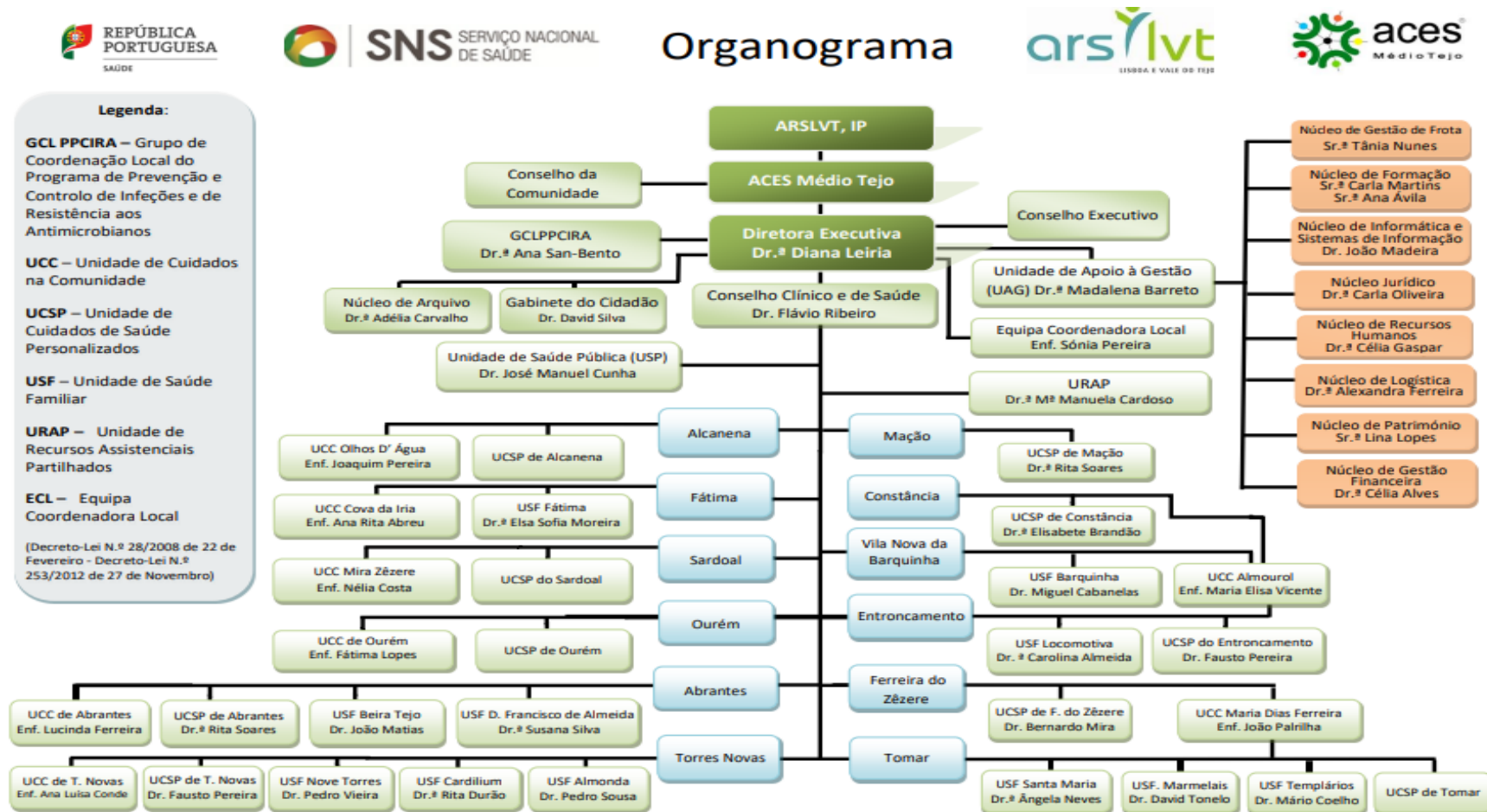
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária. - Na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública - Na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto_2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista**. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ortiz, M. E. (2007). *Psicotersapia y Sentido de Vida*. Herder Editorial.
- Papadakos, J., Ugas, M., Quartey, N. K., Papadakos, C., Giuliani, M. E.(2023). Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study. *Curr. Oncol.*, 30, 3845–3858. <https://doi.org/10.3390/curroncol30040291>
- Patz J., Frumkin H., Holloway T., Vimont D. & Haines A. (2014) Climate change: challenges and opportunities for global health. *JAMA*, 15, 80-1565.
- Peixoto, M.J. & Machado, P.P. (2016). A sobrecarga e o stresse do cuidador. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (p.95-111). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pender, N. J & Yang K. P. (2002). Promotion phisical activity. *J Nurs Res*, 10(1), 57-64.
- Pender, N. J, Murdaugh, C. L & Parsons M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th Edition). Pearson Education Inc..
- Pepin, E. & Hébert, J. (2020). Besoins des proches aidants qui accompagnent une personne en soins palliatifs et de fin de vie à domicile. *Can Oncol Nurs J*, 30(2):141-146. doi: 10.5737/23688076302141146. PMID: 33118984; PMCID: PMC7586706.
- Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), pp. 55-62
- Pérez-Cruz, M., Munoz-Martínez, A., Parra-Anguita, L, & del-Pino-Casado, R. (2017) Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388.
- Pinto, C. (2019). S. E. R. – Sexualidade: Escolhas com Responsabilidade [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31243/1/Trabalho_Projeto_Carlos_Pinto.pdf
- Pordata. (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526-3743>
- Pordata. (2023a). *Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo**. <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+analfabetismo+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-721>
- Pordata. (2024). *CENSOS 2021 POR CONCELHO: EVOLUÇÃO 1960-2021**. <https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municipios-e-regioes/abranter-561>
- Pordata. (2024a). *Ambiente de consulta**. <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- Pordata (2024b). *Censos de 2021**. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-abranter-1252>
- Pordata. (2024c). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários**. <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-22>
- Predebon, M. L, Dal Pizzol, F. L. F., Santos, N. O., Bierhals, C. C. B. K, Rosset, I., Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Invest. Educ. Enferm*, 39 (2):e03. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>.
- Programa Nacional para a Diabetes. (2023). *PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES: Desafios e Estratégias 2023*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/ficheiros-upload/arquivo/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023-pdf.aspx?v=%3d%3dcgAAAB%2bLCAAAAAAABACztbV1KXd0dHRS8HF2hAAAnR8eiyuAqz5KqsNBKC0Pf4pBQQ18XRzdHjyo317TsAJAancTcAmvytAIAtGvBFXIAAAA%3d>

- Querido, A. I. F., Laranjeira, C. A., Dixe, M. A. C. R. (2020). Help2care: Ehealth strategies for self-care of users and caregivers based on nightingale's work. *Rev. Bras. Enferm.*, 73 (suppl 5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0358>
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) (Texto relevante para efeitos do EEE) JO L 119 de 4.5.2016, p. 1—88. ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
- Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Regulamento n.º 140/201 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (p. 4744-4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, Série II, n.º 184/2019, de 2019-09-25 (p. 128 – 155). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Relatório - A8-0352/2018, Parlamento Europeu. (2018). *RELATÓRIO sobre a prestação de cuidados na UE para uma igualdade de género melhorada**. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2018-0352_PT.html
- Rodrigues, P. (2021). *A saúde planeada: metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.
- Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, A. A., Clavería, A., & Grupo Zarit. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-observacional-transversal-sobrecarga-cuidadoras-S0212656716301962>.
- Roij, J., Brom, L., Sommeijer, D., Poll-Franse, L., Raijmakers, N. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study. *Supportive Care in Cancer*, 29, 7975–7984. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06365-9>
- Schaller, S., Schmidt, V.M., Gobin, J., Riech, M. C., Griebel, L., Engel, S., Stein V., Graessel, E. & Rabas, P.L. (2015). Tailored e- Health services for the dementia care setting: a pilot study of `eHealthMonitor. *BMC Medical Informatics and Decision & Making*. 15(58), 1-9.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M. & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, Vol. IV, nº 1, 7-21. <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/55/1/ESTUDO%20IPL%20REVISTA%20UBI.pdf>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9-16.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência, II Série* (12), 9-16. <https://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 491–500. doi: 10.1111/jocn.12108.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.ª edição). Lidel.
- Sousa, M. L. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*; Vol. 2, 17-26. <https://www.researchgate.net/publication/32>
- Sousa, S. M. (2021). Crónica. A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa – função do enfermeiro. *NO revista, Ordem dos Enfermeiros*. 96-102. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23664/ago-2021.pdf>
- Stutts W. C. (1997). *Use of the Health Promotion Model to predict physical activity in adults*. [Dissertação]. Chapel Hill: University of North Carolina
- Tavares, A. (1990) *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de formação
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J.A., Almeida, M.J., Matias, M.L., Ferreira, M.S., Narição, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional

- Tinoco-Camarena, J. M., Puig-Llobet, M., Lluich-Canut, M. T., Roldan-Merino, J., Moreno-Arroyo, M.C., Moreno-Poyato, A., Balaguer-Sancho, J., Agüera, Z., Sánchez-Ortega, M. A., Hidalgo-Blanco, M. Á. (2023). Effectiveness of the Online “Dialogue Circles” Nursing Intervention to Increase Positive Mental Health and Reduce the Burden of Caregivers of Patients with Complex Chronic Conditions. Randomized Clinical Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 644. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010644>
- Tricco A. et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, Volume 169, Number 7. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos. (2024). ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados*. <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/ecci-equipa-de-cuidados-continuados-integrados-4/>
- Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemansm, L. (2016). Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(3), 929-65. doi: 10.3233/JAD-151011
- Victor J. F. (2002). *Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro um estudo de caso* [Tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará
- Victor, J. F., Lopes, M. V. & Ximenes, L. B. (2005) Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de enfermagem*, 18(3), s.p. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora
- Vos, E. E., Bruin, S. R., Van der Beek, A. J., Proper, K.I. (2021). "It's Like Juggling, Constantly Trying to Keep All Balls in the Air": A Qualitative Study of the Support Needs of Working Caregivers Taking Care of Older Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 5701. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115701>
- Warren M. T. (1993). *The relationships of self-motivation and perceived personal competence to engaging in a health-promotion lifestyle for men in rehablittion programs* [dissertation]. New York: New York University
- Yu, D.S., Li, P.W., Zhang, F., Cheng, S., Ng, T., & Judge, K.S. (2019). The effects of a dyadic strength- based empowerment program on the health outcomes of people with mild cognitive impairment and their family caregivers: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1705-1717.

ANEXOS

ANEXO I – Organograma do ACES Médio Tejo



ANEXO II – Parecer da comissão de ética



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Liliana Canas Rei

5220087@my.ipleiria.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

5577/CES/2023

Assunto: Apoio ao cuidador informal: prevenção e alívio da sobrecarga e de outros riscos.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 13.10.2023, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu parecer favorável ao 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

LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

ANEXO III – Certificado de participação nas Jornadas Sociais e da Saúde de Abrantes

JORNADAS SOCIAIS E DA SAÚDE ABRANTES

11-12
DEZ | 2023

A INOVAÇÃO FAZ ABRANTES:
no social e na saúde

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Liliana Caras Rei

participou nas Jornadas Sociais e da Saúde de Abrantes,
promovidas pela Câmara Municipal de Abrantes,
que tiveram lugar nos dias 11 e 12
de dezembro de 2023.



O Presidente da Câmara Municipal de Abrantes
MANUEL JORGE VALAMATOS

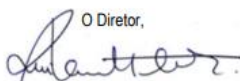


ANEXO IV – Certificado de participação no II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho



CERTIFICADO

Certifica-se que **Liliana Canas Rei** participou (*online*) no II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho, que teve lugar nesta Escola de Saúde no dia 11 de novembro de 2023, entre as 9h00 e as 13h00.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

ANEXO V – Autorização para aplicação do Questionário de Avaliação de Capacidades
do Cuidador Informal do Projeto Help2Care (Dixe et al., 2020)

Re: Pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

Liliana Canas Rei <5220087@my.ipleiria.pt>

qua, 21/06/2023 22:41

Paramaria dos anjos Dixe <manjos.dixe@gmail.com>

Obrigada professora.

Cumprimentos,

Liliana Rei

Enviado de [Outlook para Android](#)

From: maria dos anjos Dixe <manjos.dixe@gmail.com>

Sent: Wednesday, June 21, 2023 5:37:57 PM

To: Liliana Canas Rei <5220087@my.ipleiria.pt>

Subject: Re: Pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

Atenção: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

ca vai

bom trabalho

Liliana Canas Rei <5220087@my.ipleiria.pt> escreveu no dia quarta, 21/06/2023 à(s) 17:21:

Sim, se puder enviar.

Agradeço a atenção.

Enviado de [Outlook para Android](#)

From: maria dos anjos Dixe <manjos.dixe@gmail.com>

Sent: Wednesday, June 21, 2023 5:07:33 PM

To: Liliana Canas Rei <5220087@my.ipleiria.pt>

Subject: Re: Pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

Atenção: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Boa tarde Liliana

Tem a autorização para poder utilizar as escalas.

Necessita dos instrumentos?

Liliana Canas Rei <5220087@my.ipleiria.pt> escreveu no dia quarta, 21/06/2023 à(s) 15:35:

Olá, boa tarde Professora.

Reencaminho-lhe o e-mail que lhe enviei na semana passada para o seu endereço institucional. Desculpe estar a insistir mas necessitamos da sua resposta para podermos anexar ao pedido de parecer da comissão de ética, que temos de enviar até 6ª feira (23/06/2023).

Fico a aguardar.

Cumprimentos,
Liliana Rei

Enviado de [Outlook para Android](#)

De: Liliana Canas Rei <5220087@myipleiria.pt>

Enviado: quinta-feira, junho 15, 2023 10:17:11 AM

Para: Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe <maria.dixe@ipleiria.pt>

Cc: Rui Vila Verde <5220086@myipleiria.pt>; Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

<teresa.kraus@ipleiria.pt>; fernando.nogueira@arslvt.min-saude.pt

<fernando.nogueira@arslvt.min-saude.pt>; lucinda.ferreira@arslvt.min-saude.pt

<lucinda.ferreira@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

Exma. Sr.ª Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Nós, Liliana Canas Rei e Rui Filipe Marques Vila Verde, mestrandos da 2ª edição do curso de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública da ESSLEI, atualmente a estagiar na Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo, no polo de Abrantes, sob a orientação do Enfermeiro Fernando Nogueira (e adicionalmente da orientação da Enfermeira Lucinda Ferreira) e sob a supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus. Estamos a desenvolver um projeto de intervenção comunitária no âmbito dos cuidadores informais, neste sentido enquanto autora do "Instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal" do Projeto Help2Care, vimos por este meio enquanto investigadores principais do projeto, solicitar a sua autorização para utilização do instrumento de colheita de dados acima referido.

Atenciosamente,
Liliana Rei

ANEXO VI – Índice de Barthel

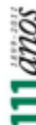
NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como "contínente".

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Continente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Continente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

ANEXO VII – Escala de avaliação das capacidades do Cuidador Informal do Projeto Help2Care (Dixe et al., 2020)



AVALIAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal

1. Cuidar: Alimentação

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Perceber quando devo alimentar a pessoa dependente					
Gerir o horário estabelecido para as refeições a pessoa dependente					
Gerir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente					
Reconhecer situações que aumentam as necessidades hídricas da pessoa dependente.					
Utilizar estratégias que estimulem a ingestão alimentar a pessoa dependente, quando necessário.					
Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)					
Perceber se a pessoa dependente ingere sólidos de forma segura					
Perceber se a pessoa dependente ingere líquidos de forma segura					
Adaptar a consistência dos alimentos					
Dar de comer à pessoa dependente					
Dar de beber à pessoa dependente					
Posicionar a pessoa dependente para as refeições					
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a alimentação					
Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Incentivar a participação da pessoa dependente nas atividades relacionadas a alimentação					
Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue					
Remover, lavar e aplicar prótese					
Perceber se existe cansaço da pessoa dependente durante a alimentação					
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário					

Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário					
--	--	--	--	--	--

2. Cuidar: Higiene Sanitária

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Identificar a necessidade da pessoa dependente urinar e defecar					
Detetar se a pele da região genital e anal da pessoa dependente se encontra limpa e seca					
Lavar a região genital e anal da pessoa dependente					
Identificar o intervalo de tempo entre cada micção e defecação da pessoa dependente					
Escolher e usar os equipamentos de auxílio (arrastadeira) à micção e defecação da pessoa dependente, se necessário					
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões acerca do modo e horário de evacuação					
Promover a participação da pessoa dependente na utilização da casa de banho para urinar e defecar					
Cuidar da pessoa dependente com dispositivos de proteção (fralda, penso higiénico)					
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário					
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário					

3. Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não Aplicável
Gerir o horário estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente					
Gerir o local estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente					
Escolher os equipamentos de apoio ao banho da pessoa dependente					
Dar banho à pessoa dependente na casa-de-banho					
Pentear o cabelo da pessoa dependente					
Lavar os dentes da pessoa dependente					
Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Cortar as unhas da pessoa dependente					
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com os cuidados de higiene					
Incentivar a participação da pessoa dependente nas atividades relacionadas com os cuidados de higiene					

Perceber a necessidade de prestar cuidados de higiene da pessoa dependente					
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário					
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário					

4. Cuidar: Mobilidade

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não Aplicável
Mudar a posição do corpo na cama ou cadeira / cadeirão					
Gerir o horário de mudança de posição da pessoa dependente					
Identificar sinais e sintomas na pele (cor, temperatura e textura da pele)					
Perceber as dificuldades da pessoa dependente a andar					
Identificar os equipamentos indicados para auxiliar a marcha					
Ensinar a utilizar os equipamentos indicados para auxiliar a marcha					
Identificar a integridade dos equipamentos auxiliares da marcha					
Identificar o calçado adequado					
Perceber a dificuldade da pessoa dependente a subir e descer escadas					
Identificar os equipamentos indicados no auxílio de subir e descer escadas					
Ensinar a pessoa dependente a utilizar os equipamentos indicados no auxílio de subir e descer escadas					
Identificar sinais de risco de queda					

5. Cuidar: Transferências

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não Aplicável
Perceber a dificuldade que a pessoa dependente tem em transferir-se					
Gerir o horário tendo em conta a necessidade de transferência da pessoa dependente em segurança					
Gerir o local onde são realizadas as transferências em segurança					
Identificar quais os equipamentos que possam ser necessários e ajudem nas transferências do utente					
Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Utilizar os equipamentos indicados para a transferência do utente (por exemplo tábua, elevador)					
Perceber a necessidade de realizar as transferências					

Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias					
Incentivar a pessoa dependente a realizar as transferências					
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário					
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário					

6. Cuidar: Vestir e despir-se

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não Aplicável
Gerir a roupa e calçado da pessoa dependente, de acordo com a temperatura ambiente, altura do dia e ocasião.					
Escolher os auxiliares para ajuda no vestir e calçar (calçadeira, abotoadeira, entre outros).					
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário (recomendações e/ou estratégias), para lidar com as dificuldades do utente para se vestir.					
Pedir ajuda aos familiares/amigos, se necessário, para lidar com as dificuldades da pessoa dependente para se vestir.					
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado.					
Incentivar a pessoa dependente a vestir e calçar-se.					

7. Cuidar: Tomar a medicação

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Supervisionar a toma da medicação da pessoa dependente					
Detetar efeitos secundários da medicação					
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados					
Decidir quando e como devo dar ao utente a medicação de SOS					
Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação					
Cumprir o horário para dar a medicação à pessoa dependente					
Dar a dose certa de medicação à pessoa dependente					
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário					
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário					
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a toma da medicação					
Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação					

8. Cuidar: Gestão de Sintomas

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Perceber quando a pessoa dependente está confusa/desorientada					
Atuar perante a confusão/desorientação da pessoa dependente					
Perceber quando a pessoa dependente está com dor					
Atuar perante a dor da pessoa dependente					
Perceber quando a pessoa dependente está com falta de ar					
Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente					
Perceber quando a pessoa dependente está com náuseas/vómitos					
Atuar perante as náuseas/vómitos da pessoa dependente					
Perceber quando é que a pessoa dependente tem alterações intestinais (diarreia, prisão de ventre)					
Atuar perante as alterações intestinais da pessoa dependente (diarreia, prisão de ventre)					
Perceber quando é que a pessoa dependente se sente ansioso					
Atuar perante a ansiedade da pessoa dependente					
Perceber quando é que a pessoa dependente está com febre					
Atuar perante uma situação de febre					
Atuar perante uma situação de insónia					
Atuar perante uma situação de agressividade					
Atuar perante uma situação de tristeza					

9. Cuidar: Comunicação

Sinto-me capaz de:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não aplicável
Comunicar verbalmente com o utente					
Entender o que o utente me quer transmitir					
Fazer-me entender junto do meu utente					
Utilizar equipamentos e/ou sistemas de apoio à comunicação (tablet, caderno, programa informático, entre outros)					
Utilizar estratégias comunicativas (escrita, desenho, gestos, entre outros)					

ANEXO VIII – Escala de avaliação da sobrecarga Zarit, traduzida e adaptada por Sequeira (2010)

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

19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

TOTAL

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Análise dos questionários de avaliação da satisfação dos utentes da UCC de Abrantes

Análise das respostas do Questionário de Satisfação da Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes

O questionário contempla 23 questões, 22 com resposta tipo likert com opções de resposta e 1 questão de resposta aberta. Que avalia o grau de satisfação dos utentes referente a UCC de Abrantes. Pelo que 25 utentes responderam a este questionário.

Quanto à primeira questão “Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade em se deslocar para a UCC Abrantes?”, 32% dos utentes reponderam Muito Satisfeito, 44% Satisfeito, 12% Pouco Satisfeito, igualmente 12% responderam Não sei/Não Respondo. Portanto 76% dos utentes apresentam facilidade em deslocar-se para a UCC de Abrantes e 12% apresentam dificuldade em se deslocar para a UCC de Abrantes.

1. Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade em se deslocar para a UCC ABRANTES

● Muito satisfeito	8
● Satisfeito	11
● Pouco satisfeito	3
● Nada satisfeito	0
● Não sei/não respondo	3



A segunda questão “Como avalia a facilidade em contactar telefonicamente com a UCC de Abrantes?”, 28% dos utentes refere ser Muito Fácil, 36% Fácil, 4% Difícil, 4% Muito Difícil e 28% Não sabe/Não responde. O que significa 64% dos utentes tem facilidade em contactar com a UCC de Abrantes e 8% apresentam dificuldade.

2. Como avalia a facilidade em contactar telefonicamente com a UCC ABRANTES

● Muito fácil	7
● Fácil	9
● Difícil	1
● Muito difícil	1
● Não sei/não respondo	7



Relativamente à terceira questão “Como avalia a sua satisfação com o horário proposto pela UCC de Abrantes para os serviços que lhe são prestados?”, 48% dos utentes refere estar Muito Satisfeito, assim como igualmente 48% responderam Satisfeito, 4% Não sabe/não respondeu, não havendo respostas no Pouco Satisfeito e Na-

da Satisfeito. Ou seja, no global 96% dos inquiridos responderam positivamente ao horário proposto pela UCC.

3. Como avalia a sua satisfação com o horário proposto pela UCC ABRANTES para os serviços que lhe são prestados?

● Muito satisfeito	12
● Satisfeito	12
● Pouco satisfeito	0
● Nada satisfeito	0
● Não sei/não respondo	1



Quarta questão “Como considera conforto (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação) das instalações da UCC de Abrantes?”, 44% respondeu Muito Bom, 40% Bom, 4% Razoável, 12% Não sei/Não Respondo, não havendo resposta no Mau.

4. Como considera o conforto (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação) das instalações da UCC ABRANTES?

● Muito bom	11
● Bom	10
● Razoável	1
● Mau	0
● Não sei/não respondo	3



Quanto à quinta questão, “Como considera a limpeza das instalações da UCC?”, 52% respondeu Muito Boa, 36% Boa e 12% Não sei/Não Respondo, não havendo respostas para o Razoável e Má.

5. Como considera a limpeza das instalações da UCC ABRANTES?

● Muito boa	13
● Boa	9
● Razoável	0
● Má	0
● Não sei/não respondo	3



Sexta questão “Como avalia a resposta da UCC de Abrantes aos utilizadores com necessidades especiais (por exemplo de crianças, grávidas, idosos e portadores

de deficiência)?)”, 32% dos utentes respondeu Muito Boa, 36% Boa, 16% Razoável, 4% Má e 12% Não sei/Não respondo.

6. Como avalia a resposta da UCC ABRANTES aos utilizadores com necessidades especiais (por exemplo de crianças, grávidas, idosos e portadores de deficiência)?



Relativamente à sétima questão “Como classifica a forma como a UCC de Abrantes divulga os tipos de cuidados que oferece?”, 20% respondeu Muito Clara, 44% Clara, 4% Pouco clara e 32% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para Confusa.

7. Como classifica a forma como a UCC ABRANTES divulga os tipos de cuidados que oferece?



Referente à oitava questão “Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo que decorre até ao agendamento e realização dos cuidados?”, 36% dos utentes responderam Muito Satisfeito, 32% Satisfeito, 8% Pouco Satisfeito e 24% Não Sei/Não Respondo, não havendo respostas para o Nada Satisfeito. Desta forma, 68% demonstraram satisfação em relação ao tempo que decorre até ao agendamento e realização de cuidados, contudo 8% insatisfação.

8. Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo que decorre até ao agendamento e realização dos cuidados?



Nona questão “Como avalia a sua satisfação relativamente à forma como os profissionais se identificam (nome e função) ao fazer o atendimento telefónico ou presencial?”, 52% Muito Satisfeito, 36% Satisfeito e 12% Não sei/não respondo, não ha-

vendo respostas para o Pouco Satisfeito e Nada Satisfeito. De um modo geral os utentes encontram-se satisfeitos (88%) em relação à forma como os profissionais se identificam (nome e função) ao fazer o atendimento telefónico ou presencial.

9. Como avalia a sua satisfação relativamente à forma como os profissionais se identificam (nome e função) ao fazer o atendimento telefónico ou presencial?

Muito satisfeito	13
Satisfeito	9
Pouco satisfeito	0
Nada satisfeito	0
Não sei/não respondo	3



Seguidamente, a décima questão “Como avalia a sua satisfação em relação à pontualidade com que foi atendido pelos serviços clínicos?”, 48% responderam Muito Satisfeito, 32% Satisfeito, 4% Pouco Satisfeito e 16% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para o Nada Satisfeito. Portanto 80% dos utentes apresentam-se satisfação em relação à pontualidade do atendimento, mas ainda 4% apresentam insatisfação.

10. Como avalia a sua satisfação em relação à pontualidade com que foi atendido pelos serviços clínicos?

Muito satisfeito	12
Satisfeito	8
Pouco satisfeito	1
Nada satisfeito	0
Não sei/não respondo	4



Quanto à décima primeira questão “Como classifica a informação fornecida pelos serviços administrativos da UCC de Abrantes?”, 28% Muito Clara, 40% Clara e 32% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para o Pouco Clara e Confusa.

11. Como classifica a informação fornecida pelos serviços administrativos da UCC ABRANTES?

Muito clara	7
Clara	10
Pouco clara	0
Confusa	0
Não sei/não respondo	8



Decima segunda questão “Como avalia a sua satisfação relativamente ao tempo e atenção que o enfermeiro dedicou ao seu atendimento?”, 72% respondeu Muito Satisfeito, 20% Satisfeito e 8% Não sei/Não respondo, não havendo respostas no Pouco Satisfeito e Nada Satisfeito. Havendo uma satisfação positiva dos utentes em relação ao tempo e atenção que o enfermeiro dedicou ao seu atendimento.

12. Como avalia a sua satisfação relativamente ao tempo e atenção que o enfermeiro dedicou ao seu atendimento?

● Muito satisfeito	18
● Satisfeito	5
● Pouco satisfeito	0
● Nada satisfeito	0
● Não sei/não respondo	2



Relativamente à decima terceira questão “Como avalia a sua satisfação relativamente ao tempo e atenção que os outros profissionais de saúde (ex. psicólogo, fisioterapeuta, técnico de serviço social, terapeuta ocupacional) dedicam ao seu atendimento?”, 40% Muito satisfeito, 20% Satisfeito e 40% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para o Pouco Satisfeito e Nada Satisfeito. De um modo geral 60% dos inquiridos apresenta grau de satisfação positivo relativamente ao tempo e atenção que os outros profissionais de saúde dedicam ao seu atendimento.

13. Como avalia a sua satisfação relativamente ao tempo e atenção que outros profissionais de saúde (ex. psicólogo, fisioterapeuta, técnico de serviço social, terapeuta ocupacional) dedicam ao seu atendimento?

● Muito satisfeito	10
● Satisfeito	5
● Pouco satisfeito	0
● Nada satisfeito	0
● Não sei/não respondo	10



De seguida, a decima quarta questão “Como avalia a sua satisfação em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem recebidos?”, 56% dos inquiridos Muito Satisfeito, 20% Satisfeitos e 24% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para o Pouco Satisfeito e Nada Satisfeito. 76% dos utentes apresenta grau de satisfação positivo em relação à qualidade dos cuidados.

14. Como avalia a sua satisfação em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem recebidos?

● Muito satisfeito	14
● Satisfeito	5
● Pouco satisfeito	0
● Nada satisfeito	0
● Não sei/não respondo	6



Decima quinta questão “Como avalia a sua satisfação relativamente à qualidade dos cuidados dos cuidados prestados por outros profissionais de saúde (ex. psicólogo, fisioterapeuta, técnico de serviço social, terapeuta ocupacional)?”, 40% dos utentes respondeu Não sei/Não respondo, 36% Satisfeito e 24% Muito Satisfeito, não havendo respostas para o Pouco Satisfeito e Nada Satisfeito. A maioria dos utentes (60%) apresenta grau de satisfação positivo em relação à qualidade dos cuidados dos cuidados prestados por outros profissionais de saúde.

15. Como avalia a sua satisfação relativamente à qualidade dos cuidados prestados por outros profissionais de saúde (ex. psicólogo, fisioterapeuta, técnico de serviço social, terapeuta ocupacional)?

Muito satisfeito	6
Satisfeito	9
Pouco satisfeito	0
Nada satisfeito	0
Não sei/não respondo	10



Décima sexta questão “Como classifica a informação fornecida pelo enfermeiro sobre os cuidados a ter com a sua saúde?”, 64% Muito útil, 32% Útil e 4% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para o Pouco Útil e Inútil.

16. Como classifica a informação fornecida pelo enfermeiro sobre os cuidados a ter com a sua saúde?

Muito útil	16
Útil	8
Pouco útil	0
Inútil	0
Não sei/não respondo	1



Quanto à décima sétima questão “Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi envolvido(a) nas decisões sobre os cuidados a ter com a sua saúde?”, 52% dos inquiridos respondeu Muito satisfeito, 36% Satisfeito e 12% Não sei /Não respondo, não havendo respostas para o Pouco Satisfeito e Nada Satisfeito. A maioria dos utentes (88%) apresenta grau de satisfação positivo em relação à forma como foi envolvido(a) nas decisões sobre os cuidados a ter com a sua saúde.

17. Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi envolvido(a) nas decisões sobre os cuidados a ter com a sua saúde?

● Muito satisfeito	13
● Satisfeito	9
● Pouco satisfeito	0
● Nada satisfeito	0
● Não sei/não respondo	3



No que se refere à décima oitava questão “Como avalia o modo como os diferentes profissionais zelam pela sua privacidade?”, 52% dos utentes respondeu Muito bom, 40% Bom e 10% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para o Mau e Razoável, apresentando-se como aspeto positivo a forma como dos diferentes profissionais zelam pela dos utentes.

18. Como avalia o modo como os diferentes profissionais zelam pela sua privacidade?

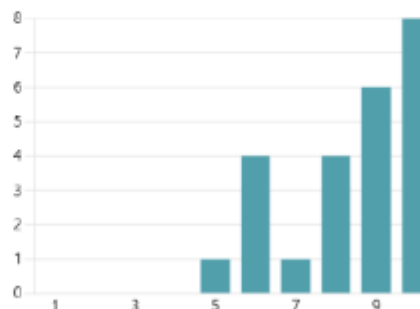
● Muito bom	13
● Bom	10
● Razoável	0
● Mau	0
● Não sei/não respondo	2



Relativamente à décima nona questão “Como avalia a sua satisfação global em relação à UCC ABRANTES?” numa escala de 1 a 10, considerando 1 Muito insatisfeito e 10 Muito Satisfeito, a média de respostas foi de 8.42.

19. Como avalia a sua satisfação global em relação à UCC ABRANTES? (Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a “muito insatisfeito” e 10 a “muito satisfeito”)

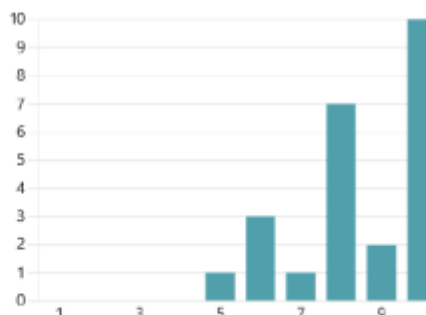
8.42
Classificação Média



Vigésima questão “Como avalia os serviços prestados pela UCC ABRANTES em comparação com o que esperava receber?” numa escala de 1 a 10, considerando 1 “muito abaixo das expectativas” e 10 “muito acima das expectativas”, a média de respostas foi de 8.50.

20. **Como avalia os serviços prestados pela UCC ABRANTES em comparação com o que esperava receber?** (Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a "muito abaixo das expectativas" e 10 a "muito acima das expectativas")

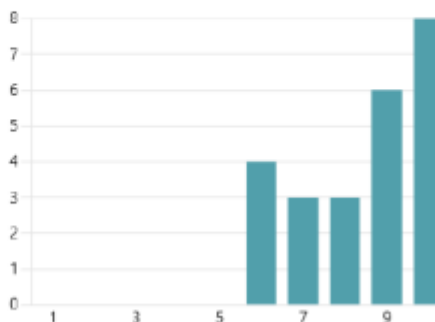
8.50
Classificação Média



No que toca à vigésima primeira questão “Como avalia o desempenho da UCC ABRANTES em comparação com o seu ideal de serviço de saúde?” numa escala de 1 a 10, considerando 1 “muito longe do ideal” e 10 “muito próximo do ideal”, a média de respostas foi de 8.46.

21. **Como avalia o desempenho da UCC ABRANTES em comparação com o seu ideal de serviço de saúde?** (Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a “muito longe do ideal” e 10 a “muito próximo do ideal”)

8.46
Classificação Média



Quanto à vigésima segunda questão “Recomendaria a UCC ABRANTES aos seus familiares e amigos?”, 60% das pessoas responderam Sim, com toda a certeza, correspondendo à maioria de respostas, 30% respondeu provavelmente sim e 4% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para Provavelmente não e não.

22. **Recomendaria a UCC ABRANTES aos seus familiares e amigos?**

● Sim, com toda a certeza	15
● Provavelmente sim	9
● Provavelmente não	0
● Não	0
● Não sei/ não respondo	1



Por fim a última questão “Na sua opinião, como poderíamos melhorar os nossos serviços?” obteve-se apenas 9 respostas de sugestões de melhoria, sendo as seguintes:

- “Nada a acrescentar”
- “De momento não me ocorre nada. A nível dos domicílios, que é a situação que melhor posso dar a minha opinião, não posso estar mais satisfeita pelos serviços prestados por profissionais não só super competentes como de uma dedicação, humanidade e carinho com que tratam os pacientes. Obrigado a todos.”
- “Para mim a minha opinião é satisfeita”
- “Utentes c/ melhorar acessos a mobilidade reduzida, estacionamento automóvel dedicado a UCC, melhorar atendimento telefónico”
- “Estacionamento, acesso sem escadas.”
- “Atendimento do guiché /balcão de informação, p tempo de espera (consulta ser às 15h e ser atendida só às 16h, sendo que se trata de uma bebé), as informações poderiam ser mais claras.”
- “Localização - sem estacionamento, sem elevador - é muito necessário para carrinhos de bebé.”
- “Acessibilidade (escadas - elevador disponível não é suficiente para as necessidades). Muitos Parabéns pelos recursos profissionais e dedicação dos mesmos! Muito obrigado!!”
- “Redes sociais da UCC.”

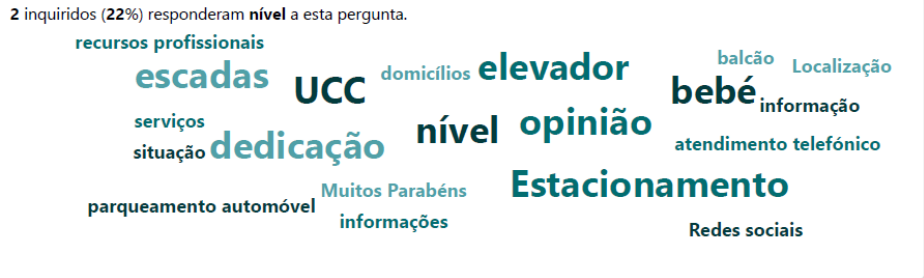
Resumidamente as sugestões de melhoria foram a nível da acessibilidade (elevador), atendimento (diminuição do tempo de espera), localização (estacionamento) e dinamização do serviço através das redes sociais.

23. Na sua opinião, como poderíamos melhorar os nossos serviços?

9

Respostas

Respostas Mais Recentes



APÊNDICE II – Sessão sobre gestão de conflitos

Plano de sessão

Tema: Gestão de Conflitos

Data e local:

Fevereiro de 2024 – Ginásio da UCC de Abrantes

Duração:

30 minutos

Entidade responsável:

UCC de Abrantes

Colaboração:

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Destinatários:

- Profissionais da equipa da UCC de Abrantes

Objetivos Geral:

Analisar de forma crítico-reflexiva o tema escolhido através da pesquisa e análise de um documento/artigo.

Objetivos específicos:

Promover estratégias para a resolução de conflitos em contexto de trabalho

Conteúdos programáticos:

- Análise de um artigo sobre o tema
- Definição de conceitos (conflito, conflito em saúde, conflito em enfermagem)
- Natureza de conflitos
- Papel do enfermeiro gestor na gestão de conflitos
- Importância de gestão de conflitos
- Estratégias de resolução de conflitos

Metodologia:

Expositiva/Demonstrativa/Participativa

Material:

- Computador + Videoprojector

Avaliação:

Discussão

Apresentação em PowerPoint

GESTÃO DE CONFLITOS EM CONTEXTO CLÍNICO

POLITÉCNICO DE LEIRIA

CARACTERIZAÇÃO DO ARTIGO SELECIONADO

- Título: Conflitos gerenciados e estratégias implementadas por Enfermeiros em serviços de saúde: Revisão Integrativa
- Autores: Cristiane Regina Cardoso Andrade
- Ano: 2019

Palavras - Chave

Equipa de Enfermagem, conflitos, solução de conflitos em equipas de enfermagem, gestão de conflitos em enfermagem.

POLITÉCNICO DE LEIRIA

CARACTERIZAÇÃO DO ARTIGO SELECIONADO

Resumo

Objetivo: Identificar quais são as dificuldades dos profissionais enfermeiros em gerir os conflitos entre as equipas de enfermagem e de saúde, e também apontar possíveis soluções para estas situações;

Método: Pesquisa de artigos, que apresentem diversos pontos de vista de forma a analisar o objeto de estudo da forma mais abrangente possível. A pesquisa foi realizada nas bases de dados, biblioteca virtual em saúde (BVS) e Google Acadêmico.

Conclusões: Verificou-se que existem várias dificuldades relacionadas com a gestão de conflitos, sendo o despreparo e as dificuldades no relacionamento interpessoal as mais prevalentes. Como soluções apontadas para a gestão de conflitos foram a educação contínua, mediação de conflitos e mudança de cultura

POLITÉCNICO DE LEIRIA

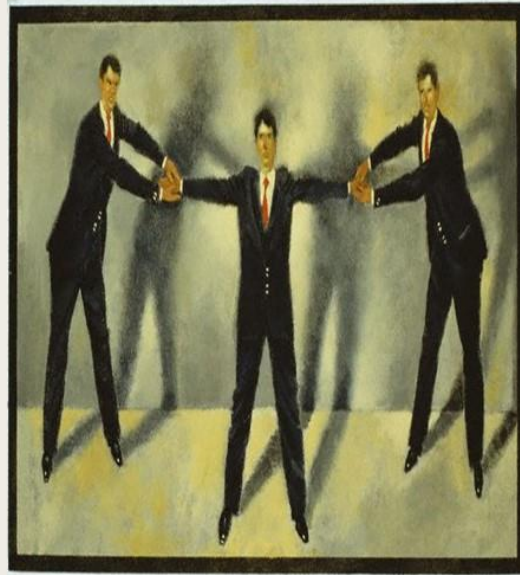
Definição de Conceitos



POLITÉCNICO DE LEIRIA

Conflito

Conflito é uma palavra proveniente do latim, que remete à ideia de embate, discussão, desavença e oposição. (Teixeira, 2018)



POLITÉCNICO DE LEIRIA

Conflito em Saúde

Em todos os locais de trabalho existem conflitos. E todas as organizações de saúde são potenciais locais propícios à ocorrência de conflitos, uma vez que reúnem uma diversidade de categorias profissionais, com grande diferenciação de níveis de formação, com turnos ininterruptos, e ainda com enfoque no cuidado aos utentes detentores da sua própria individualidade e com diagnósticos e prognósticos variáveis. (Corradi, Zgoda e Paul, 2008)



POLITÉCNICO DE LEIRIA

Conflito em Enfermagem



As equipas de enfermagem são confrontadas continuamente com diversos tipos de conflitos, quer pela natureza complexa das instituições de saúde como sistemas imperfeitamente conectados, quer por integrar uma equipa multidisciplinar em que se verifica uma assimetria de poder, quer pela organização e distribuição de trabalho. (Prochnow et al., 2007). O enfermeiro acaba se deparando com situações de conflito, devido ter que conduzir várias relações de uma equipa com diversas categorias profissionais (PROCHNOW et al., 2017)

POLITÉCNICO DE LEIRIA

Natureza de conflitos

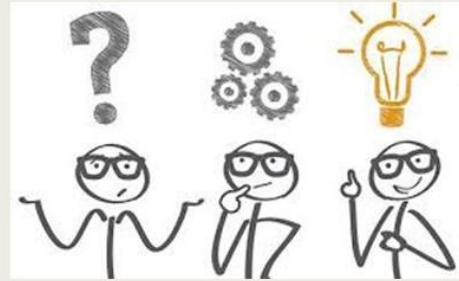
Falta de recursos humanos – conflito major nos contextos clínicos



POLITÉCNICO DE LEIRIA

Importância de Gestão de Conflitos

Torna-se imperioso adquirir e desenvolver competências para resolver e/ ou negociar as divergências de opiniões e percepções individuais dentro da equipa de Enfermagem constitui uma ferramenta imprescindível para gerir inter-relações e situações conflituosas de forma competente, visando um atendimento em saúde com qualidade e eficiência, o que requer um envolvimento coletivo dos diferentes profissionais (Corradi, Zgóda e Paul, 2008)



POLITÉCNICO DE LEIRIA

Papel do Enfermeiro Gestor na Gestão de Conflitos



O enfermeiro gestor necessita de capacitação e qualificação para poder desenvolver competências e habilidades, como capacidade de comunicar, escutar, observar, negociar, questionar e analisar o outro e a situação em que está inserido (LIMA et al., 2014).

POLITÉCNICO DE LEIRIA

Estratégias de solução para gestão de conflitos



POLITÉCNICO DE LEIRIA

Considerações Finais



POLITÉCNICO DE LEIRIA

Obrigado!

POLITÉCNICO DE LEIRIA

Referências bibliográficas

CORRADI, Ezia; ZGODA, Lilian; PAUL, Marilene – O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* Curitiba. 13:2 (2008) 184-193

LIMA, S.B.S. et al. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. *Revista de enfermagem da UFSM*, v. 4, n. 2, p. 419- 428, 2014.

PROCHNOW, A.G. et al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Revista da escola de enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 542-550, 2017.

PROCHNOW, Adelina [et al.] – O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo. ISSN 0080-6234. 41:4 (2007) 542-550.

Teixeira NL, Silva MM, Draganov PB..(2018) Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. *Rev. Admi. Saúde*;18(73). Disponível em; www.dx.doi.org/10.23973/ras.73138 Consultado a: 2 de novembro 2022.

Osugui DM, Henriques SH, Dázio EMR, Resck ZMR, Leal LA, Sanches RS, Negociação de conflitos como competência do enfermeiro. *Rev bahiana enferm.* 2020;34: e-36035 Consultado a: 2 de novembro 2022.

WWW.BVS.pt

WWW.scholar.google.pt

POLITÉCNICO DE LEIRIA

Fotos



APÊNDICE III – Sessão sobre “Pediculose: Falar do que vem à cabeça...”

Plano de sessão



Plano de Sessão de Educação para Saúde

Tema:

A saúde das nossas crianças dá pano para mangas!

Pediculose: Falar do que “vem à cabeça...”

Data e local:

01/02/2024 – Sessão Online

Duração:

30 minutos

Entidade responsável:

UCC de Abrantes

Colaboração:

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Destinatários:

- Pais e Encarregados de Educação das crianças do Jardim de Infância e 1º Ciclo dos Agrupamentos de Escolas de Abrantes

Objetivos Geral:

Sensibilizar para a problemática da pediculose considerada doença de Saúde Pública de forma a travar cadeiras de transmissão

Objetivos Específicos:

- Explicar sobre a importância da vigilância
- Incentivar para a vigilância das cabeças/cabelo das crianças
- Incentivar a prevenção e controlo da pediculose
- Ensinar sobre o tratamento
- Ensinar sobre dicas e estratégias
- Esclarecer dúvidas e mitos

Fundamentação:

Estudos realizados revelaram que as infestações por piolhos estão cada vez a aumentar e permanecem elevadas em determinados países. (Mumcuoglu et al, 2007)

A pediculose é uma doença provocada pelo piolho, decretada como uma doença de saúde pública. As infestações relacionam-se sobretudo com o aumento da população humana, novos

hábitos sociais, nas escolas salas de aulas pequenas e cheias, banalização da inspeção, uso de transportes públicos, resistência a inseticidas. (Carvalho et al, 2020)

Os piolhos (*Pediculus humanus capitis*) são insetos agentes causadores da pediculose da cabeça, com maior relevância em crianças de idade escolar. (Eduardo, 2018)

A forma de reduzir a proporção de crianças infestadas com piolhos e prevenir o aparecimento de estirpes resistentes aos pediculicidas é de extrema importância um envolvimento mais ativo das autoridades sanitárias, educativas, bem como dos pais. Os produtos anti-piolhos que são comprovadamente eficazes podem ajudar as famílias no controlo dos piolhos. Os pais devem inspecionar regularmente os seus filhos, tratá-los conforme necessário e tentar evitar criar estigmas e problemas emocionais para a criança. Assim como as crianças que encontram em áreas consideradas como problemáticas, devem ser devidamente examinadas. Os meios de comunicação podem ser usados como estratégia para educar os pais sobre o controle da presença de piolhos em sala de aula. (Mumcuoglu et al, 2007)

Referências bibliográficas:

Carvalho, R. S., Neto, A. R. S, Almeida, A. F., Alves R. C., Batista, O. M. A., Valle, A. R. M. C. & Freitas, D. R. J.. (2020). *PEDICULOSE: UM PROBLEMA SAÚDE PÚBLICA*. Castro, L. H. A., Moreto, F. V. C. & Pereira, T. T. (Eds). *Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas 6 (s.p.)*. Atena Editora
<https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/pediculose-um-problema-saude-publica>

Mumcuoglu, K. Y., Barker, S. C., Burgess, I. E., Combescot-Lang, C., Dalglish, R. C. , Larsen, K. S. , Miller, J. , Roberts, R. J. ,Taylan-Ozkan, A. (2007). *International guidelines for effective control of head louse infestations. Physicians Continuing Education Corporation. Journal of Drugs in Dermatology*, 6(4), 14-409.
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=ef5e1ace-cc6d-45d8-975a-6287088301c0%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=17668538&db=mdc>

Eduardo, MFL (2018). *Pediculus humanus capitis em crianças de idade escolar, na região de Luanda, Angola: Prevalência, fatores associados e conhecimentos*. Universidade Nova de Lisboa Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa

Conteúdos programáticos:

1. Enquadramento teórico sobre pediculose
2. Ciclo de vida do piolho
3. Sintomas de pediculose
4. Formas de transmissão
5. Vigilância como forma de prevenção
6. Tratamento

Metodologia:

Expositiva/Participativa

Material:

Computador

WiFi (internet)

Avaliação:

- Quiz Mito vs Verdade

Cartaz

A saúde das nossas crianças dá pano para mangas!

Pediculose: Falar do que “vem à cabeça ...”

Paula Gil, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
Liliana, Enfermeira (Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública)
Rui, Enfermeiro (Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública)



DICAS

para Pais e Encarregados de Educação das crianças Jardim Infância e 1º Ciclo

Sessão Online | 1 de Fevereiro de 2024 | 18h00
Link de inscrição (Grátis mas obrigatória):
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdnxX02VouAE1Ouu7URrJonlARA4vNvc5e6vrqZNcOnh5f19w/viewform?usp=pp_url

REPUBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SAÚDE NACIONAL | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO TEJO | Universidade de Coimbra Faculdade de Ciências da Saúde

Apresentação em PowerPoint



A SAÚDE DAS NOSSAS CRIANÇAS DÁ PANO PARA MANGÁS!

PEDICULOSE: FALAR DO QUE “VEM À CABEÇA ...”

Paula Gil, Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica
Liliana Rei, Enfermeira (Estudante do Mestrado de Saúde Comunitária e Saúde Pública)
Rui Verde, Enfermeiro (Estudante do Mestrado de Saúde Comunitária e Saúde Pública)

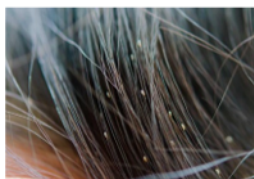
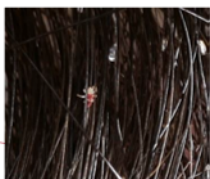
REPUBLICA PORTUGUESA SAÚDE SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO TEJO Instituto de Saúde e Ambiente

SABIAM QUE...

- Existem vários hospedeiros/parasitas que invadem a pele e cabelo das pessoas em especial das crianças;
- Um hospedeiro/parasita muito comum nas crianças em idade escolar são os **piolhos**
- A pediculose é uma doença provocada pelo piolho, decretada como uma doença de saúde pública em países com recursos limitados, mas que tem vindo a aumentar em todo o mundo;

SABIAM QUE...

- As infestações relacionam-se sobretudo com o aumento da população humana, novos hábitos sociais, nas escolas salas de aulas pequenas e cheias, banalização da inspeção, uso de transportes públicos, resistência a inseticidas...;
- Sendo as infestações na cabeça (*Pediculus humanus capitis*) as mais frequentes, que se manifestam com **comichão** especialmente atrás das orelhas e nuca;
- O piolho (*Pediculus humanus humanus*) é um inseto sem asas, quase invisível a olho nu, que infestam a cabeça, o corpo ou a região pubiana e sobrevive alimentando -se do sangue do ser humano;





SINTOMAS

Comichão intensa no couro cabeludo

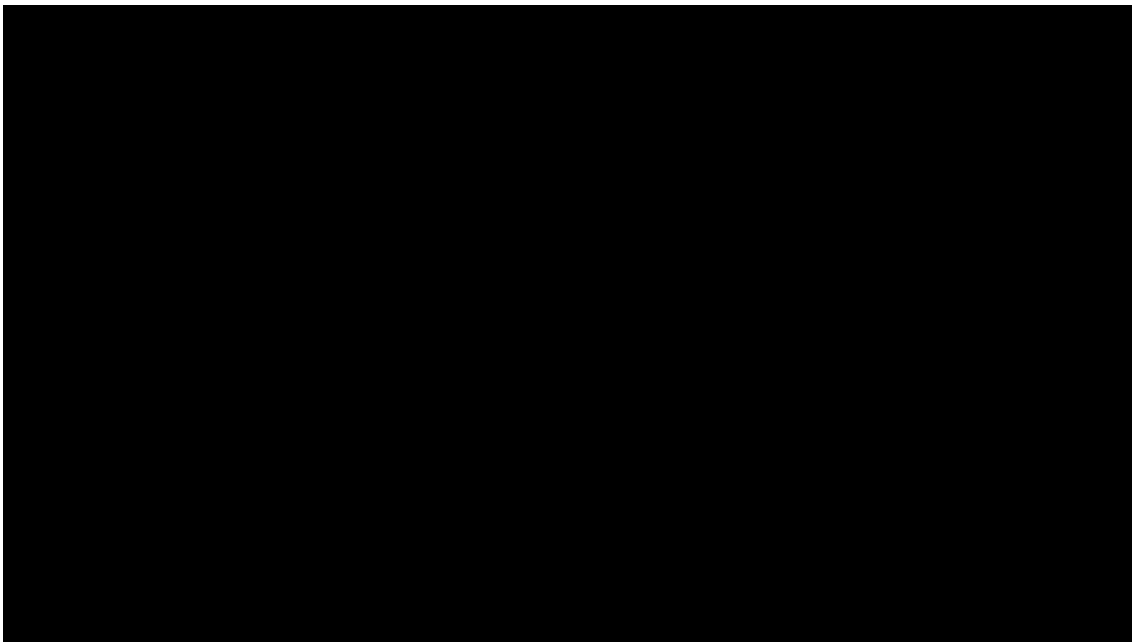
Irritação e inflamação no couro cabeludo, pescoço e ombros

Pequenas machas douradas (ovos ou lêndeas) perto da raiz de cada cabelo

Sensação de "algo se move no cabelo"

Lesões no couro cabeludo causadas por arranhões, que podem infetar

Irritabilidade e dificuldade em dormir





VIGILÂNCIA

- A vigilância é a única forma de prevenir e controlar as infestações!
- Observar/inspecionar a cabeça da criança com periodicidade e sempre que manifeste sintomas, num local bem iluminado (às vezes é necessário recorrer a lanternas);
- Faça uso de um pente fino;
- Caso verifique piolhos e/ou lêndeas na cabeça, comece o tratamento de imediato.
- Existem produtos nas farmácias e parafarmácias, inseticidas eficazes apropriados ao combate dos piolhos.
- Produtos caseiros não resultam.



O MEU FILHO TÊM PIOLHOS! O QUE FAZER?

1. Iniciar tratamento com antiparasitários;
2. Seguir as instruções de aplicação dos produtos;
3. Depois do tratamento, pentear o cabelo ainda húmido com pente apropriado (para facilitar a "escovagem" aplicar previamente amaciador ou óleo mineral/essencial);
4. Realizar uma lavagem cuidadosa e com água quente;
5. Repetir o tratamento pelo menos 1 vez após 7 a 10 dias;

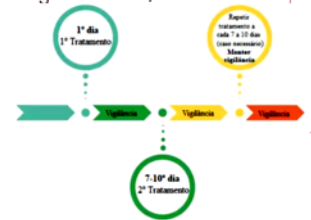
(O 1º tratamento mata os piolhos adultos/jovens, o 2º tratamento mata os piolhos que acabaram de nascer das lêndeas)



O MEU FILHO TÊM PIOLHOS! O QUE FAZER?

Simultaneamente ao tratamento:

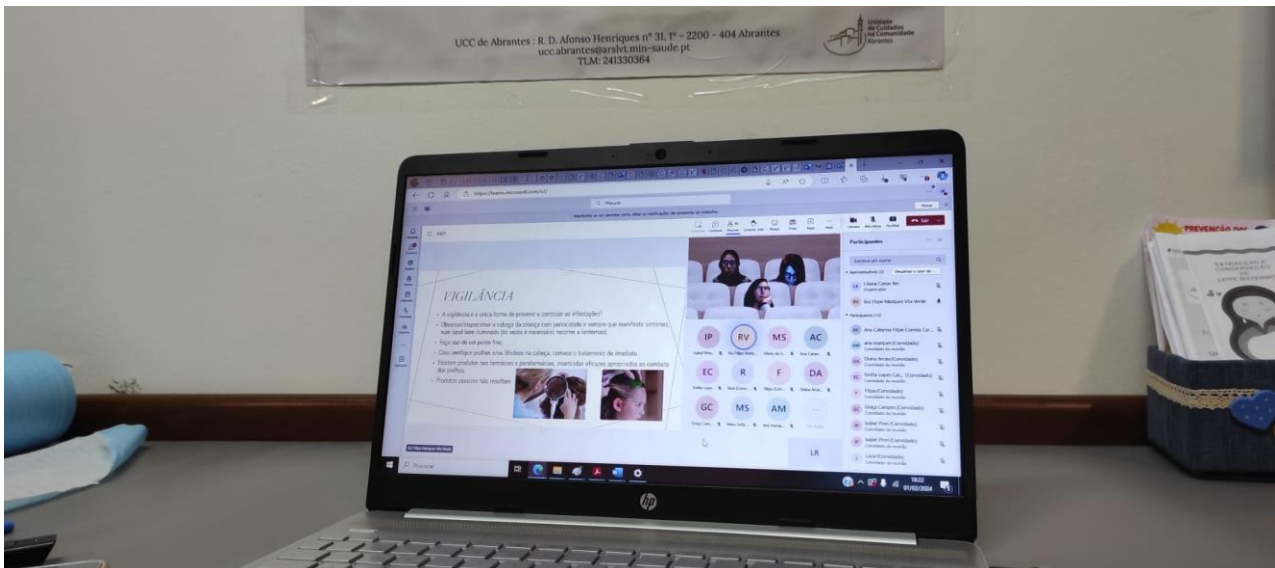
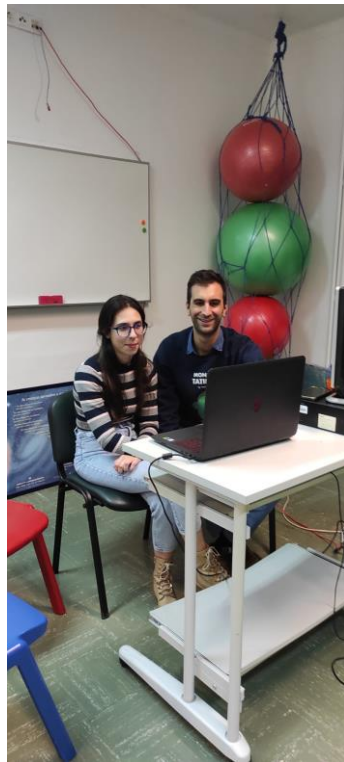
- Substituir o vestuário e roupa de cama afetadas e efetuar a sua lavagem a pelo menos a 60º;
- As peças que não puderem ser lavadas podem ser colocadas em sacos plásticos hermeticamente fechados por duas semanas para matar os piolhos;
- Vigiar/observar a cabeça e pentear o cabelo com o pente fino com regularidade;
- Existem sprays e champôs repelentes que ajudam na prevenção.



PIOLHO

O piolho pode PULAR de uma pessoa para outra	X	Apesar de ser um inseto, o piolho não possui asas para voar e nem pernas adaptadas para o salto
PENTE FINO é a forma correta e segura para se eliminar os piolhos	✓	O uso de champôs específicos, medicamentos e amaciadores de cabelo é comum, mas a melhor forma para dar fim aos piolhos é o uso diário de pentes finos
LÊNDEA é o piolho morto	X	A léndea é o ovo do piolho, quando o piolho nasce, deixa uma casca vazia, que muitas pessoas pensam ser léndea "morta"
CABELO SUJO é ideal para a proliferação de piolhos	X	A falta de higiene não está relacionada a proliferação de piolhos. Pelo contrário, o inseto prefere cabelos limpos
O VERÃO favorece a infestação por piolhos	✓	A temperatura elevada pode acelerar a exclusão dos ovos e o ciclo de vida do inseto
Para matar o piolho é necessário ESMAGAR com a unha	X	Não se deve fazer isso em hipótese alguma após a retirada com o pente fino, os insetos devem ser mergulhados em uma solução contendo vinagre e água em iguais quantidade
É preciso AFASTAR AS CRIANÇAS DA ESCOLA quando apresentarem piolhos	X	A pediculose não é uma doença transmitida como a gripe, por exemplo. Basta que os pais tenham o cuidado de passar pente fino todos os dias
Existem TRÊS TIPOS de piolho	✓	Três tipos de piolhos podem afetar o homem, sendo o da cabeça o mais comum. Também há o "muquirana", que se espalha pelo corpo e o "chato", encontrado na região pubiana
COMPARTILHAR pentes, bonés, capacetes e travesseiros facilita a transmissão	✓	A principal forma de transmissão da doença é o compartilhamento de objetos pessoais
As pessoas mais POBRE são as mais afetadas pelo inseto	X	Um mito histórico associa a pediculose à baixa renda ou a promiscuidade, sem qualquer comprovação científica
As MENINAS têm maior incidência de piolhos que os meninos	✓	Isso acontece devido ao comprimento dos cabelos, o compartilhamento de pentes, e o convívio próximo das meninas durante a infância
A ANEMIA pode ser um dos sintomas da pediculose	✓	Por se alimentar de sangue, uma infestação de piolhos muito intensa pode causar um quadro de anemia
QUALQUER PESSOA pode pegar piolho	✓	Ninguém está imune: Crianças, adultos ou idosos podem ser infestados
Os piolhos são mais comuns em PAÍSES POBRES	X	A pediculose está presente há milhares de anos em todas as partes do mundo

Fotos



APÊNDICE IV – Campanha da fórmula 5-2-1-0

Saúde e Escola – Ano letivo 2023/2024



Figura 1 - Direção Geral de Saúde (2023)

Neste regresso às aulas vimos dar a conhecer e incentivar a implementação da campanha da fórmula 5-2-1-0, a toda comunidade escolar e famílias. Esta campanha foi lançada no início deste ano letivo (2023/2024) pela DGS (Direção Geral de Saúde), no âmbito do Programa Nacional para a Promoção de Alimentação Saudável e do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, que promove mais atividade e bons alimentos e menos sedentarismo, privilegiando a alimentação saudável e boas práticas de saúde e bem-estar, de forma a prevenir e reduzir a obesidade, proporcionando um crescimento saudável às nossas crianças.

Esta campanha merece especial importância quando observamos alguns dados, vejamos, de acordo com a 6ª roda do COSI Portugal (Childhood Obesity Surveillance Initiative), realizada no ano letivo 2021/2022, que caracteriza o estado nutricional das crianças portuguesas em idade escolar do 1º Ciclo do Ensino Básico, dos 6 aos 8 anos, 31,9% apresentavam excesso de peso. Tendo-se verificado um aumento ao longo destes dois anos, tendo passado de 29,7% em 2019 para 31,9% em 2022. (INSA, 2023)

Esta fórmula 5-2-1-0 sugere as seguintes recomendações:

- 5 – Comer cinco ou mais vegetais e frutas diariamente
- 2 – Reduzir para 2 ou menos horas do tempo de tela por dia
- 1 – Jogar ativamente pelo menos 1 hora por dia
- 0 - Limitar para zero açúcares nas bebidas

Pretende-se que esta campanha seja divulgada e dinamizada pela comunidade escolar com as crianças e famílias, durante as rotinas escolares, de forma a criar hábitos de vida saudáveis às nossas crianças.

Disponibilizamos alguns links úteis:

- <https://5210.psu.edu/>
- https://www.youtube.com/watch?v=LTIQW_8E7w

APÊNDICE V – Consentimentos informados

Consentimento informado dos Cuidadores Informais

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Por estar referenciado(a) como cuidador informal e por ter direito a apoio, de acordo com o Estatuto de Cuidador Informal, encontra-se convidado a participar num estudo de investigação, no âmbito do Mestrado Saúde Comunitária e Saúde Pública, intitulado “Apoio ao cuidador informal: prevenção e alívio da sobrecarga e de outros riscos”. Esta investigação tem como principal objetivo promover o apoio aos cuidadores informais do concelho de Abrantes, como tal é essencial conhecermos as suas necessidades de apoio, durante as visitas domiciliárias realizadas pelos estudantes da Escola Superior de Saúde de Leiria e estagiários no Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo, USP e UCC de Abrantes, orientados Enfermeiro Fernando Nogueira e Enfermeira Lucinda Ferreira e supervisionados pela Professora Doutora Teresa Kraus.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento dos cuidadores informais na prestação de cuidados, sendo necessário numa primeira fase, realizar uma entrevista para obter informação sobre as suas necessidades de apoio. E numa segunda fase, criar e aplicar um Programa de Intervenção para Promover os Apoios, nomeadamente, a prevenção e alívio da sobrecarga dos cuidadores informais (PAPAS-CI), e avaliar a eficácia do programa junto dos cuidadores informais participantes no projeto, através das escalas utilizadas na entrevista realizada na 1ª fase do projeto.

De forma a garantir a proteção e privacidade dos participantes, na recolha de dados não ficará registado o nome do cuidador nem qualquer outro dado que o possa identificar, garantindo o anonimato dos participantes. Todos os dados recolhidos serão manipulados apenas pelos responsáveis pelo projeto, professora orientadora científica e pedagógica. Ficarão armazenados no computador dos investigadores principais, protegidos por password. Os consentimentos informados serão eliminados permanentemente passado 1 ano da defesa relatório de projeto e os guiões de entrevista passados 5 anos, de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis, com especial consideração pelos princípios gerais da confidencialidade, proteção e segurança dos/as participantes. O tratamento de dados, será realizado tendo em conta os princípios éticos da declaração de Helsínquia, das normas e regras do artigo 5.º, 6.º e 9.º do Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Os resultados obtidos serão apresentados por escrito e publicados em revista científica, salvaguardando sempre a confidencialidade e anonimato dos participantes. Tendo em conta que a participação neste estudo é voluntária, têm a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento, a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência, sendo realizada a devida visita domiciliária sem quaisquer alterações. O mesmo se aplica também na eventualidade da pessoa cuidada não querer participar. Ressalvamos que os participantes não recebem compensação monetária, por participar no estudo, contudo relativamente as despesas associadas por participar no estudo, na segunda fase do projeto, com a aplicação das intervenções, implica a deslocação dos participantes às instalações do Agrupamento dos Centro de Saúde (ACES) de Abrantes, pelos menos duas vezes, que ficará à responsabilidade dos participantes, bem como os custos associados às deslocações.

Apontamos como potenciais incómodos que possam advir deste processo de investigação são o tempo despendido pelos participantes. Estimamos que na primeira fase do projeto a entrevista decorrerá aproximadamente em 1 hora e na segunda fase, a aplicação do programa de intervenção e avaliação do mesmo terá uma duração de 3 horas, aproximadamente.

Caso necessite de alguma informação adicional, esclarecer dúvidas ou alterar o seu consentimento, disponibilizamos o contato dos responsáveis pelo estudo: Liliana Rei e Rui Vila Verde, email: 5220087@my.ipleiria.pt , 5220086@my.ipleiria.pt e telefone 241330360.

Os responsáveis pelo estudo:

_____ _/ / _
_____ _/ / _

Compreendo os procedimentos acima descritos e autorizo, não autorizo participar no presente estudo.

Assinatura do Cuidador Informal

_____ _/ / _

Consentimento informado dos informadores-chave e peritos

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Enquanto Informador-Chave e Perito na área da saúde ou da segurança social, encontra-se convidado a participar num estudo de investigação, no âmbito do Mestrado Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, intitulado “Apoio ao cuidador informal: prevenção e alívio da sobrecarga e de outros riscos”, orientado pela Professora Doutora Teresa Kraus.

Esta investigação tem como principal objetivo promover o apoio, devido, aos cuidadores informais do concelho de Abrantes, sendo essencial conhecer essas necessidades, que serão avaliadas pelos mestrandos, estagiários no Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo, na USP e na UCC de Abrantes, durante as visitas domiciliárias realizadas pelos estudantes, orientado pelo Enfermeiro Fernando Nogueira na USP e pela Enfermeira Lucinda Ferreira e restantes Enfermeiras que compõem a equipa da UCC.

Pretendemos contribuir para desenvolver as competências dos cuidadores informais para a prestação de cuidados, sendo necessário numa primeira fase, realizar uma entrevista para obter informação sobre as suas necessidades de apoio, e numa segunda fase, criar e aplicar o Programa de Intervenção para Promover os Apoios, nomeadamente, a prevenção e alívio da sobrecarga dos cuidadores informais (PAPAS-CI), cuja eficácia será avaliada, no final das intervenções, através das respostas dos participantes dadas na 2ª e última entrevista, a realizar numa visita domiciliária.

Ser-lhe-á aplicado o questionário do guião da entrevista dos cuidadores informais, quanto à sua perceção sobre as necessidades gerais deste grupo de cuidadores informais.

De forma a garantir a proteção e privacidade dos participantes, na recolha de dados não ficará registado o nome do participante nem qualquer outro dado que o possa identificar, garantindo o anonimato dos participantes. Todos os dados recolhidos serão manipulados apenas pelos responsáveis pelo projeto, professora orientadora científica e pedagógica. Ficarão armazenados no computador dos investigadores principais, protegidos por password. Os consentimentos informados serão eliminados permanentemente passado 1 ano da defesa relatório de projeto e os guiões de entrevista passados 5 anos, de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis, com especial consideração pelos princípios gerais da confidencialidade, proteção e segurança dos/as participantes. O tratamento de dados, será realizado tendo em conta os princípios éticos da declaração de Helsínquia, das normas e regras do artigo 5.º, 6.º e 9.º do Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Os resultados obtidos serão apresentados por escrito e publicados em revista científica, salvaguardando sempre a confidencialidade e anonimato dos participantes. Tendo em conta que a participação neste estudo é voluntária, têm a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento, a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência, sendo realizada a devida visita domiciliária sem quaisquer alterações. O mesmo se aplica também na eventualidade da pessoa cuidada não querer participar. Ressalvamos que os participantes não recebem compensação monetária, nem têm qualquer despesa por participar no estudo.

Apontamos como potenciais incómodos que possam advir deste processo de investigação são o tempo despendido pelos participantes.

Caso necessite de alguma informação adicional, esclarecer dúvidas ou alterar o seu consentimento, disponibilizamos o contato dos responsáveis pelo estudo: Liliana Rei e

Rui Vila Verde, email: 5220087@my.ipleiria.pt , 5220086@my.ipleiria.pt e telefone
241330360.

Os responsáveis pelo estudo:

_____ _/ _/ _
_____ _/ _/ _

Compreendo os procedimentos acima descritos e autorizo, não autorizo participar
no presente estudo.

Assinatura do Informador-Chave

_____ _/ _/ _

APÊNDICE VI – Guião de entrevista aos Cuidadores Informais

Legitimidade

Bom dia/Boa tarde!

Nós, Liliana e Rui, somos enfermeiros e mestrandos do curso de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da ESSLEI, no âmbito do estudo de investigação “Apoio ao Cuidador Informal: prevenção e alívio da sobrecarga e de outros riscos”, no qual já se voluntariou a colaborar, assinando o consentimento livre e esclarecido, vimos hoje entrevista-lo(a), enquanto cuidador informal, com o intuito de identificar as suas necessidades de apoio, de forma a desenvolvermos um projeto de intervenção comunitária dirigido às reais necessidades de apoio dos cuidadores informais.

Caracterização Sociodemográfica do cuidador informal

Responda as seguintes questões e indicando as situações com as quais melhor se identifica.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: (variável)

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

3. Estado Civil:

Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>
Casado (a) / União de facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo (a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a) / Separado (a)	<input type="checkbox"/>

4. Habilitações literárias:

Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>
Sabe assinar	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
4ª classe/1º ciclo/ensino básico	<input type="checkbox"/>
Ensino preparatório / 2º cíclico do ensino básico	<input type="checkbox"/>
9º ano/3º ciclo do ensino básico	<input type="checkbox"/>
12º /ensino secundário	<input type="checkbox"/>
Curso Médio	<input type="checkbox"/>
Curso Superior	<input type="checkbox"/>
Outra situação	<input type="checkbox"/>

Se respondeu outra situação, indique qual _____

5. Situação profissional:

Trabalha por conta própria	<input type="checkbox"/>
Trabalha por de outra pessoa	<input type="checkbox"/>
Reformado (a) / Invalído (a)	<input type="checkbox"/>
Desempregado (a)	<input type="checkbox"/>
Doméstico (a)	<input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>
Outra situação	<input type="checkbox"/>

Se respondeu outra situação, indique qual _____

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

Cônjuge	
Irmão (a)	
Filho (a)	
Neto (a)	
Genro/Nora	
Outro	

Se respondeu outra situação, indique qual _____

7. Há quanto tempo (nº em anos) o seu familiar é dependente? _____

8. Em média quantas horas por semana cuida do seu familiar dependente? _____

9. Vive na mesma habitação que o seu familiar dependente?

Sim	
Não	
Ocasionalmente	

10. Tem ajuda de mais alguém para cuidar do seu familiar dependente?

Sim	
Não	

Se respondeu sim, indique quem _____

11. Tem apoio da alguma rede de cuidados?

Sim	
Não	

Se respondeu sim, indique qual _____

12. Beneficia do estatuto do cuidador informal?

Sim	
Não	

Avaliação do grau de dependência da pessoa cuidada - Escala de Barthel (ANEXO VI)

Avaliação das capacidades do cuidador informal –Projeto Help2Care (Dixe et. al, 2020) (ANEXO VII)

Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – Escala de Zarit (ANEXO VIII)

Para terminar a entrevista, responda por favor, a mais duas perguntas de Kraus (2014):

Qual é o seu objetivo de vida?

E o que tem feito para o alcançar?

Agradecemos a sua atenção e disponibilidade por participar no estudo.

APÊNDICE VII – Resumo dos artigos da revisão integrativa da literatura

Referência	Autor (Ano)	Título	Objetivos	População/Amostra	Metodologia	Resultados
Dixe, M. A. C. R., Teixeira, L. F. C., Areosa, C. T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A. & Querido., A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. <i>BMC Geriatrics</i> . 19, 255. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0	Dixe, M. A. C. R.; Teixeira, L. F. C.; Areosa, C. T. J. T. C. C.; Frontini, R. C.; Peralta, T. J. A.; Querido., A. I. F. (2019)	Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study	Compreender melhor as necessidades do cuidador informal quando presta cuidados a uma pessoa dependente nos vários autocuidados.	A população alvo deste estudo foi constituída por familiares cuidadores de pessoas dependentes em pelo menos uma das categorias de autocuidado e que tiveram alta hospitalar para o seu domicílio, independentemente da idade, do diagnóstico e dependência. Dos 900 pacientes que tiveram alta hospitalar, 324 preencheram os critérios de elegibilidade, desses 143 cuidadores informais aceitaram participaram, representando 44,1% dos cuidadores de pessoas dependentes que tiveram alta para casa.	É um estudo transversal realizado através de entrevistas estruturadas quantitativas presenciais, baseadas em questionários padronizados. As entrevistas eram compostas por 2 partes: a) Dados sociodemográficos e familiares, a experiência do prestador de cuidados; b) Competências do prestador de cuidados especificamente relacionadas com os cuidados, informação profissional recebida que lhe forneceu informações. As entrevistas com os cuidadores foram realizadas no hospital no momento da alta, por enfermeiros e estudantes de enfermagem que não trabalhavam na unidade.	Os 143 cuidadores informais apresentam uma média de idades de 58 anos, pelo que o mais novo tinha 21 anos- Eram na maioria mulheres e filhos da pessoa cuidada. A globalidade das pessoas cuidadas era completamente dependente nas áreas de conforto e higiene (53,8%) e gestão de medicamentos (55,9%). Os cuidadores do sexo feminino revelaram mais competências do que os homens na higiene, sem diferenças significativas na perceção de competências nas outras áreas do autocuidado. As cuidadoras mais velhas apresentam menos competências em determinadas áreas do autocuidado, tais como alimentação, mobilidade, transferências, medicação e gestão e comunicação de sintomas. A maioria das informações que recebiam era sobre a doença (82,3%) e a gestão da medicação (80,4%). Há ainda muitas áreas do autocuidado em que não é dada qualquer informação aos cuidadores informais. É importante reconhecer as necessidades e competências do cuidador informal antes da alta hospitalar da pessoa dependente, capacitá-lo para cuidar dos seus familiares, ajudar a diminuir a sua sobrecarga e conseqüentemente diminuir o número de readmissões hospitalares.

<p>Papadakis, J., Ugas, M., Quartey, N. K., Papadakis, C., Giuliani, M. E. (2023). Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study. <i>Curr. Oncol.</i>, 30, 3845–3858. https://doi.org/10.3390/currocol30040291</p>	<p>Papadakis J.; Ugas M.; Quartey N.K.; Papadakis C.; Giuliani M.E. (2023)</p>	<p>Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study</p>	<p>Analisar as necessidades dos prestadores de cuidados informais (CG) através de entrevistas com doentes com cancro e CG, e avaliar o conteúdo e a utilidade de um curso abrangente de formação de prestadores de cuidados.</p>	<p>Doentes com cancro e GC de um grande centro académico de cancro em Toronto, no Canadá. Os critérios de inclusão: Idade superior a 18 anos; Sabe ler, escrever e falar inglês; os doentes tinham diagnóstico de cancro e submetidos pelo menos a um ciclo de tratamentos direcionados (quimioterapia/radioterapia/cirurgia); os prestadores de cuidados foram definidos como alguém que cuida de uma pessoa diagnosticada com cancro sem restrições de tempo. Inicialmente foram recrutados 21 participantes no total, mas apenas 13 participantes completaram as entrevistas (7 CGs e 6 doentes). Critérios de exclusão: Doentes que receberam como tratamento cirurgia curativa e respetivo CG.</p>	<p>Este estudo utilizou um desenho qualitativo e fenomenológico. Realizou-se uma única entrevista semiestruturada de 60 minutos de forma a obter ideias e percepções dos participantes sobre as necessidades educativas do CG em matéria de cancro, e para partilhar as suas opiniões sobre um currículo proposto para um curso de formação aos CG, através de uma atividade. Os guiões das entrevistas semiestruturadas continham 26 perguntas, no início foram realizadas perguntas de aquecimento sobre as suas experiências com cancro e com a prestação de cuidados, após o aquecimento, seguiram-se perguntas relacionadas com a literacia em saúde sobre o cancro no momento do diagnóstico para avaliar os conhecimentos dos participantes sobre o cancro. Após esta parte da entrevista foi pedido aos participantes que falassem sobre a forma como adquiriram os conhecimentos e competências relacionados com a prestação de cuidados, nesta fase o entrevistador aproveitou para questionar qual era a informação mais relevante para si e para os futuros prestadores de cuidados. As perguntas seguintes incidiram sobre o impacto emocional e físico da prestação de cuidados e quais as estratégias que recomendariam aos futuros prestadores de cuidados para ajudar a lidar com a situação. Por fim perguntaram aos participantes a sua opinião sobre um programa de estudos para um curso de prestadores de cuidados destinado aos prestadores de cuidados a ajudá-los a prepararem-se para essa função.</p>	<p>Na análise temática foram identificados três temas abrangentes: 1. A falta de preparação para o papel de prestador de cuidados oncológicos, são diversas as tarefas que os prestadores de cuidados desempenham, desde apoio na medicação, realização de curativos, banhos e etc, reconheceram que a extensão destas tarefas variava e dependia com o grau de autonomia do doente, e que algumas destas tarefas eram novas para eles, pelo que não se sentiam preparados para assumir esse compromisso, à medida que o tempo passa as competências práticas são aperfeiçoadas, como por exemplo a assistência na gestão de sintomas. Embora os participantes argumentaram que não há substituto para a experiência, consideram que a experiência ajudou a clarificar a informação, lamentando não ter sabido as coisas mais cedo; 2. As diferentes abordagens à informação e à investigação entre os CG, a maioria sabia muito pouco sobre cancro antes do diagnóstico, os que sabiam, era através de familiar próximo que tinha cancro, proximidade com um doente com cancro ou já tinha sido cuidador anteriormente. As opiniões sobre a informação relativamente ao cancro foram consideradas como uma ferramenta ou como um impedimento, alguns preferiam adquirir o máximo de informação possível e outros a confiarem estritamente na informação necessária para a tomada de decisões. Os participantes também apontaram a procura de informação por parte dos GC como mais uma forma de aliviar o fardo que os doentes enfrentam; 3. O desejo de maior apoio social entre os CG, especialmente a necessidade de falar com pessoas com experiências semelhantes. Quanto ao feedback do currículo, todos os participantes apoiaram a necessidade de um curso de formação abrangente para os CG, mas as suas opiniões divergiram quanto à sua viabilidade, as responsabilidades e as restrições de tempo do CG colocaram barreiras à instrução presencial, reconheceram o valor das modalidades virtuais para alargar o acesso ao curso, ao mesmo tempo que salientaram os benefícios sociais e de ligação em rede da aprendizagem presencial, apoiando fortemente esta modalidade, alguns participantes apelaram à presença obrigatória e a algum tipo de avaliação que os ajudasse a dar prioridade à sua aprendizagem.</p>
---	--	--	--	---	--	---

<p>Tinoco-Camarena, J. M., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Roldan-Merino, J., Moreno-Arroyo, M.C., Moreno-Poyato, A., Balaguer-Sancho, J., Agüera, Z., Sánchez-Ortega, M. A., Hidalgo-Blanco, M. Á. (2023). Effectiveness of the Online "Dialogue Circles" Nursing Intervention to Increase Mental Health and Reduce the Burden of Caregivers of Patients with Complex Chronic Conditions. Randomized Clinical Trial. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i>, 20, 644. https://doi.org/10.3390/ijerph20010644</p>	<p>Tinoco-Camarena, J.M.; Puig-Llobet, M.; Lluch-Canut, M.T.; Roldan-Merino, J.; Moreno-Arroyo, M.C.; Moreno-Poyato, A.; Balaguer-Sancho, J.; Agüera, Z.; Sánchez-Ortega, M.A.; Hidalgo-Blanco, M.Á. (2023)</p>	<p>Effectiveness of the Online "Dialogue Circles" Nursing Intervention to Increase Positive Mental Health and Reduce the Burden of Caregivers of Patients with Complex Chronic Conditions. Randomized Clinical Trial</p>	<p>Avaliar a eficácia de uma intervenção online denominada "círculos de diálogo", concebida para reduzir a sobrecarga do cuidador e melhorar a saúde mental positiva (SMP) nos cuidadores familiares.</p>	<p>Foram convidadas 100 pessoas, das quais 14 foram excluídas, a maioria devido à recusa em participar (n=10) ou à incapacidade de completar a intervenção devido ao estado de saúde da pessoa a quem prestavam cuidados (n=4). Critérios de inclusão: (a) Idade < 18 anos; (b) ser cuidador há 6 meses ou mais; (c) apresentar sobrecarga do cuidador de acordo com a versão curta do Zarit Burden Interview (ZBI-7); (d) ter acesso à internet; e € não estar envolvido em qualquer tipo de intervenção psicológica individual ou de grupo durante a realização da intervenção. Critérios de exclusão: (a) ser prestador de cuidados ocasional; (b) não ter conhecimentos de informática, e/ou (c) não ter recursos/meios de comunicação para se ligar às sessões em linha. A amostra foi composta por familiares cuidadores de doentes identificados como tendo doença crónica complexa ou uma doença crónica em fase avançada, com sobrecarga, de acordo com a escala ZBI-7.</p>	<p>Este estudo foi concebido como um ensaio clínico aleatório controlado com manuseamento simples, realizado em centros de saúde primários da Catalunha (Espanha) do sistema de saúde público. Os participantes que aceitaram participar no estudo foram distribuídos aleatoriamente pelo grupo de controlo (GC) ou pelo grupo de intervenção (GI), através do software OxMaR. Foram lhes entregue em mão ou por correio eletrónico as informações sobre o estudo, os questionários de auto-relato e o documento de consentimento informado para ser assinado. Os cuidadores não tinham conhecimento da atribuição do seu grupo, que foi efetuada através da técnica simples-cega. Os questionários compreendiam uma ficha ad-hoc para recolher as variáveis sociodemográficas dos participantes, a variável PMH foi avaliada através do Positive Mental Health Questionnaire (PMHQ; Lluch, 1999), o nível da satisfação do GI foi avaliado através do inquérito de satisfação. Quanto à intervenção, os cuidadores do grupo de controlo (GC) receberam cuidados de rotina e foram encaminhados para o serviço social para receberem informações sobre a ajuda que poderiam solicitar. Os cuidadores do grupo de intervenção (GI) foi submetido à intervenção dos círculos de diálogo. Esta intervenção teve como objetivo aumentar a HMP e reduzir a sobrecarga através da criação de espaços seguros (círculos) que permitem aos participantes serem protagonistas e experimentarem a confiança necessária para exprimirem problemas, dificuldades e sentimentos relacionados com o seu papel de prestador de cuidados. A intervenção global consistiu na realização de três círculos por grupo (havia 5 grupos), cada círculo teve a duração de 90 minutos, com um intervalo de 15 dias entre cada um.</p>	<p>No geral, não foram observadas diferenças entre os dois grupos na linha de base, exceto na idade, no nível de escolaridade e no estado civil, sendo o GI mais velho, frequentemente solteiros e apresentam um nível de escolaridade mais elevado do que o GC. Quanto aos níveis de sobrecarga e saúde mental positiva na linha de base, na avaliação inicial das escalas o GI obteve uma pontuação significativamente maior na sobrecarga do cuidador (avaliada com a escala de Zarit), não se registaram diferenças significativas na HMP na pontuação global do PMHQ entre os dois grupos. Após a categorização dos fatores do PMH, foram encontradas diferenças significativas apenas em F3-autocontrolo e F6-habilidades de relacionamento interpessoal. Na avaliação pós-intervenção, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI, com o GI a pontuar mais alto em todos os fatores do PMHQ e a pontuar mais baixo no ZBI-7 do que o GC. Portanto o principal resultado revelou que esta intervenção produziu mudanças positivas nas dimensões da HMP e reduziu o nível geral de sobrecarga relatado pelos próprios cuidadores familiares. Os resultados sobre as mudanças produzidas após a intervenção mostram um aumento da HMP e uma menor perceção de sobrecarga no GI. Estes resultados estão de acordo com os de outro tipo de intervenção em prestadores de cuidados previamente relatados na literatura. Um estudo de Ferré-Grau et al. (2021), verificou que a conceção e implementação de uma intervenção de enfermagem baseada nas TIC reduziu a sobrecarga e aumentou a HMP em prestadores de cuidados informais, com um aumento da pontuação global da escala HMP no GI. A melhoria dos escores de HMP no GI, tanto global como nas suas diferentes categorias, foi altamente favorável e encorajadora, uma vez que pesquisas anteriores haviam demonstrado que a HMP estava correlacionada com o autocuidado e, portanto, afetava diretamente a saúde dos cuidadores e indiretamente a qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Portanto o presente estudo demonstra que a intervenção de enfermagem dos círculos de diálogo pode beneficiar não apenas os cuidadores, mas também os pacientes.</p>
---	---	--	---	---	---	--

<p>Roij, J., Brom, L., Sommeijer, D., Poll-Franse, L., Raijmakers, N. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study. <i>Supportive Care in Cancer</i>, 29, 7975–7984. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06365-9</p>	<p>Roij, J.; Brom, L.; Sommeijer, D.; Poll-Franse, L.; Raijmakers, N. (2021)</p>	<p>Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study</p>	<p>Avaliar o envolvimento no autocuidado e a resiliência em familiares de doentes com cancro avançado e a sua associação com a sobrecarga do cuidador</p>	<p>Os familiares de doentes com cancro avançado (cancro sólido metastático em estágio IV) eram elegíveis para Questionário holandês. No total, 1695 doentes e 1171 familiares deram o seu consentimento informado por escrito. Destes familiares, 340 (29%) desistiram antes da avaliação inicial devido a várias razões (diminuição do estado de saúde ou morte do doente (7%), demasiado ocupado (1%), demasiado desconhecida (19%)), resultando em 831 familiares (71%) que responderam ao questionário inicial. Para este estudo, utilizaram os dados de base dos familiares no estudo eQuiPe e foram selecionados aleatoriamente um familiar por doente. O resultado foi 746 familiares de doentes únicos com cancro avançado.</p>	<p>Um estudo prospetivo, longitudinal, multicêntrico e observacional sobre a qualidade dos cuidados experimentados e a qualidade de vida dos doentes com cancro avançado e dos seus familiares (estudo eQuiPe), realizado nos Países Baixos. Os doentes foram convidados pelo seu médico assistente nos 40 hospitais participantes ou foram auto-inscritos entre novembro de 2017 e janeiro de 2020. Os doentes foram contactados por telefone pela equipa de investigação para discutir a participação e foi perguntado a todos os doentes se um familiar estava interessado em participar no estudo. Depois de darem o consentimento informado por escrito, os doentes e os familiares preencheram um questionário de 3 em 3 meses até à morte do doente. Os questionários foram preenchidos em papel ou em linha através do registo Patient Reported Outcomes Following Initial treatment and Long-term Evaluation of Survivorship (PROFILES). Os dados clínicos do doente foram obtidos através da ligação da informação ao Registo Oncológico dos Países Baixos (NCR). Foram consideradas as Características sociodemográficas; A sobrecarga do prestador de cuidados foi medida pela Zarit Burden Interview (ZBI) de 12 itens; -Autocuidado foi medido pela subescala Autocuidado Pessoal da Escala de Práticas de Autocuidado (SCPS). Foi pedido aos inquiridos que indicassem a frequência com que se dedicam a atividades de autocuidado; A resiliência, é a medida em que as pessoas são capazes de "recuperar" após acontecimentos negativos da vida e a sua adaptabilidade, foi avaliada com uma versão curta da escala validada Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 2); Ainda os dados de uma população normativa de 2018 foram obtidos do CentERpanel, um painel online de agregados familiares que é representativo da população neerlandesa. Os indivíduos da população normativa (n = 620) foram emparelhados (1:1) com base nas categorias de género e idade de familiares de doentes com cancro avançado para comparar as suas pontuações de autocuidado e resiliência.</p>	<p>Este estudo mostra que uma parte significativa dos familiares de doentes com cancro avançado sofre de uma elevada carga de cuidados. Os familiares que sofrem uma elevada sobrecarga de cuidados participam menos frequentemente em atividades de autocuidado e são menos resilientes do que a população em geral e em comparação com os familiares que sofrem uma menor sobrecarga de cuidados. Além disso, os familiares com elevada sobrecarga de cuidados são também mais jovens, mais escolarizados, definem-se mais frequentemente como cuidadores informais do doente e estão menos informados sobre a importância dos autocuidados do que os familiares com menor sobrecarga de cuidados.</p>
--	--	---	---	---	--	--

<p>Harrison, R., Raman, M., Walpola, R., L., Chauhan, A., Sansom-Daly, M., U. (2021). Preparing for partnerships in cancer care: an explorative analysis of the role of family-based caregivers. <i>BMC Health Services Research</i>, 21:620. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06611-0</p>	<p>Harrison, R.; Raman, M.; Walpola, R., L.; Chauhan, A.; Sansom-Daly, M., U. (2021)</p>	<p>Preparing for partnerships in cancer care: an explorative analysis of the role of family based caregivers</p>	<p>O presente estudo teve como objetivo colmatar a lacuna de que a evidência de apoio psicossocial aos prestadores de cuidados não aborda atualmente os impactos do seu papel na prestação de cuidados clínicos e de saúde aos seus entes queridos, explorando o papel que os prestadores de cuidados desempenham na prestação de cuidados clínicos aos seus entes queridos com cancro e as suas opiniões sobre o apoio de que necessitam para contribuir para as parcerias de cuidados de saúde, em especial para aqueles que pertencem a grupos prioritários identificados como estando expostos a angústia e a resultados negativos para a saúde.</p>	<p>Foram recolhidas as experiências dos prestadores de cuidados de toda a Austrália que apoiam os seus entes nas seguintes organizações: Cancer Voices, Sisters' Cancer Support Group, Caregivers NSW e Neuroblastoma Australia, que apoiam ativamente os prestadores de cuidados através de informação, educação, sensibilização, programas de apoio, angariação de fundos e investigação. Estas organizações publicitaram o estudo e não tinham relações pré-existentes com os participantes. Deste modo participaram no estudo 20 prestadores de cuidados de diversas origens. Critérios de inclusão: Os prestadores de cuidados eram elegíveis para participar se tivessem experiência como prestadores de cuidados passados e atuais a um ou mais membros da família que tivessem tido cancro. Os participantes que não tivessem níveis elevados de proficiência em inglês eram elegíveis para participar com a opção de utilizar intérpretes disponibilizados sempre que necessário.</p>	<p>É um estudo descritivo qualitativo transversal. Os participantes tinham a opção de assistir a um grupo de discussão ou de selecionar uma entrevista individual para permitir que as pessoas discutissem as suas experiências num contexto que lhes fosse mais confortável, dado o tema altamente sensível e as diversas necessidades dos participantes. À medida que o processo de recrutamento se desenvolvia, decidiram formar um grupo de discussão dedicado às populações cultural e linguisticamente diversas (CALD) para facilitar uma sinergia de ideias relativamente às experiências dos prestadores de cuidados CALD que responderam ao convite do estudo. Tendo em conta a diversidade de experiências em termos de tipo de cancro, estágio, serviços e localização geográfica da população de prestadores de cuidados, não procuraram atingir a saturação de dados, mas sim reunir uma diversidade de experiências suficiente para responder ao objetivo da investigação de captar as experiências comuns dos prestadores de cuidados na prestação de cuidados clínicos e de saúde aos seus entes queridos com cancro e as suas opiniões sobre o apoio de que necessitam para contribuir desta forma para as parcerias de cuidados de saúde. Foi desenvolvido um programa de entrevistas e de guia de tópicos para os grupos de discussão, por três investigadores (RH, USD, RW), com necessidades de apoio psicológico e percepções das abordagens internacionais que podem apoiar os prestadores de cuidados. Foram realizadas as entrevistas e os grupos de discussão utilizando software de videoconferência (RH, RW, MR). A equipa de investigação conduziu entrevistas de 45-60 minutos e grupos de discussão de 60-90 minutos em horários convenientes acordados com cada participante.</p>	<p>Participaram um total de 20 prestadores de cuidados: 10 participantes em três grupos de discussão e 10 participantes em entrevistas individuais semi-estruturadas. Foram desenvolvidas quatro categorias inter-relacionadas: 1) Dupla carga de prestação de cuidados clínicos e de gestão do sofrimento emocional pessoal. A prestação de cuidados clínicos englobava uma variedade de atividades, desde a marcação e a condução para as consultas, a confeção de refeições e a satisfação das necessidades de cuidados pessoais e de higiene, até à coordenação dos cuidados, à administração de medicamentos, à intervenção em nome dos doentes nas consultas/condições de cuidados de saúde e à interpretação entre a equipa médica e a família. Estas atividades foram realizadas no contexto de uma pressão emocional avassaladora em resposta ao diagnóstico e prognóstico do cancro de um ente querido, criando um duplo fardo de gestão da responsabilidade clínica e do sofrimento emocional pessoal; 2) Navegação na parceria de cuidados de saúde dinâmica, um papel central para os cuidadores familiares é o de parceria com o sistema de saúde, serviços e profissionais para a prestação de cuidados. Como tal, as dinâmicas de parceria entre os prestadores de cuidados e os profissionais de saúde foram identificadas como tendo impacto na experiência de prestação de cuidados. Uma parceria forte foi caracterizada pelos participantes pelas oportunidades de colocar questões à vontade, sentindo-se respeitados e incluídos como parte da equipa de cuidados. Os prestadores de cuidados consideraram que estas parcerias eram reforçadas pelos profissionais de saúde que reconheciam a carga emocional de ser prestador de cuidados e proporcionavam um sentido mais amplo de apoio aos prestadores de cuidados, para além de se concentrarem nas necessidades de cuidados do doente; 3) Desenvolvimento de um conjunto de competências de prestação de cuidados, foi necessária uma rápida atualização de competências no início e ao longo da prestação de cuidados para satisfazer as exigências e responsabilidades das tarefas. Os participantes referiram a sua necessidade de formação para as funções clínicas exigidas durante os cuidados domiciliários, em particular para a realização de tarefas especializadas, como a administração de injeções, a administração de medicamentos através de bombas</p>
---	--	--	--	--	---	---

						<p>nasais ou a utilização de tubos de alimentação. O apoio disponível para o desenvolvimento destas competências era limitado, sendo a formação geralmente ministrada numa fase inicial e sem acompanhamento, o que era inadequado para tarefas múltiplas, complexas ou especializadas. Os participantes referiram frequentemente a necessidade de identificar organizações adicionais para aceder à educação e formação necessárias.; e 4) Necessidades únicas de apoio e barreiras ao acesso, os participantes descreveram uma série de fatores de stress a gerir, com pouco ou nenhum apoio psicossocial facilmente acessível. Foram frequentemente referidas barreiras à utilização de psicólogos ou conselheiros presenciais devido às responsabilidades de prestação de cuidados e ao desejo de não discutir o sofrimento do prestador de cuidados em frente dos seus entes queridos. Do mesmo modo, entre os apoios limitados disponíveis, os requisitos para assistir a sessões específicas em momentos específicos também constituíram um desafio e foram descritos como uma pressão adicional indesejável por vários participantes. A necessidade contínua de adaptação para satisfazer as necessidades do papel de prestador de cuidados foi omnipresente em todos os dados, com relevância para todos os temas identificados. A prestação de cuidados é, por natureza, um papel diversificado que se desenvolve de forma diferente para cada indivíduo. Por conseguinte, as necessidades de apoio são dinâmicas e estão sujeitas a alterações.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Predebon, M. L., Dal Pizzol, F. L. F., Santos, N. O., Bierhals, C. C. B. K, Rosset, I., Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. <i>Invest. Educ. Enferm</i>, 39 (2):e03. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03.</p>	<p>Predebon M., L.; Dal Pizzol F., L., F.; Santos N., O.; Bierhals C., C., B., K.; Rosset I.; Paskulin L., M., G. (2021)</p>	<p>The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke</p>	<p>Caracterizar os cuidadores informais de idosos dependentes após acidente vascular cerebral (AVC) quanto aos aspetos relacionados à prestação de cuidados, bem como descrever as atividades realizadas e as dificuldades enfrentadas por esses cuidadores.</p>	<p>A amostra foi derivada de um projeto de pesquisa maior, caracterizada por 30 indivíduos no pré-teste + 160 indivíduos (escala com 32 itens com cinco observações cada), totalizando uma amostra não probabilística de 190 cuidadores informais de pacientes idosos (60 anos ou mais) após um AVC. Foram incluídos os cuidadores (com idade mínima de 18 anos) de idosos com diagnóstico médico de AVC e os cuidadores informais que cuidaram do familiar após a alta hospitalar por um período mínimo de 15 dias e máximo de 12 meses, considerando que após 12 meses, o cuidador já adquiriu as habilidades necessárias ao processo de cuidado, sem apresentar as dificuldades iniciais. Também foram selecionados idosos com pontuação mínima de dois e máximo de cinco no momento da alta da Escala de Rankin Modificada (mRakin). Foram excluídos os cuidadores que não atenderam as ligações após três tentativas em dias e turnos diferentes, e os cuidadores de idosos que moravam em instituições de longa permanência.</p>	<p>Realizou-se estudo transversal, descritivo, realizado no sul do Brasil com 190 cuidadores informais de idosos após AVC. Utilizou-se o instrumento de dados sociodemográficos e a Escala de Capacidade para Cuidadores Informais de Idosos com Acidente Vascular Cerebral (ECCIID-AVC), adaptada e validada para uso no Brasil por Dal Pizzol <i>et al.</i> Para a análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.</p>	<p>A maioria dos cuidadores eram mulheres (82,6%) e o grau de parentesco filho/a (56,3%), tinham escolaridade média de 9,6 anos, e a maioria (68,3%) prestava cuidados a pessoas com deficiência moderada a grave. As principais atividades realizadas foram: fornecer materiais e/ou apoio para comer (99%), vestir-se (98,4%) e administrar medicamentos (96,2%). Os prestadores de cuidados tinham mais dificuldade em transferir-se e atividades de posicionamento. A maioria dos cuidadores tem capacidade adequada para prestar os cuidados essenciais ao idoso dependente após um AVC. Entretanto, uma parcela significativa teve dificuldade nas atividades de transferência e posicionamento do idoso devido à falta de orientação quanto à postura para a realização dessas atividades. A avaliação dos enfermeiros quanto às atividades realizadas e as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores é uma estratégia importante para identificar problemas e atender efetivamente às necessidades desses indivíduos em todos os níveis de atenção à saúde.</p>
---	--	---	--	--	--	---

<p>Aung, T.N.N.; Aung, M.N.; Moolphate, S.; Koyanagi, Y.; Supakankunti, S.; Yuasa, M. (2021). Caregiver Burden and Associated Factors for the Respite Care Needs among the Family Caregivers of Community Dwelling Senior Citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i>, 18, 5873. https://doi.org/10.3390/ijerph18115873</p>	<p>Aung, T.N.N.; Aung, M.N.; Moolphate, S.; Koyanagi, Y.; Supakankunti, S.; Yuasa, M. (2021)</p>	<p>Caregiver Burden and Associated Factors for the Respite Care Needs among the Family Caregivers of Community Dwelling Senior Citizens in Chiang Mai, Northern Thailand</p>	<p>Determinar a sobrecarga dos prestadores de cuidados, tanto na perspectiva dos prestadores de cuidados como na dos seus beneficiários.</p>	<p>Este estudo fez parte de um ensaio aleatório controlado por clusters separado: um projeto de cuidados intermediários integrados na comunidade (CIIC), constituído por seis clusters de intervenção e controlo, com 2000 participantes em cada braço. A versão 11SE do STATA (Stata Corporation, College Station, TX, EUA) foi utilizada para o cálculo da dimensão da amostra e para as estimativas de poder. Os critérios de inclusão foram os receptores de cuidados com idade ≥ 60 anos e os seus cuidadores familiares, do sexo masculino ou feminino, que estavam a cuidar deles em casa, e sendo residentes no local do estudo há pelo menos 1 ano. Foram excluídos os indivíduos incapazes de compreender o consentimento informado, que apresentavam défice cognitivo ou que não consentiram. A cidade de Maehia, na província de Chiang Mai, no norte da Tailândia, foi selecionada aleatoriamente como braço de intervenção e foram recrutados 1509 idosos e 867 prestadores de cuidados primários com o seu consentimento informado por escrito. Todos os cuidadores primários e os seus respectivos receptores de cuidados foram seleccionados para serem incluídos nesta análise de subgrupo e, portanto, um total de 867 pares de idosos tailandeses e seus cuidadores familiares foram incluídos neste estudo.</p>	<p>Utilizámos os dados do inquérito de base de um ensaio clínico aleatório controlado por clusters, constituído 6 clusters de intervenção e 6 clusters de controlo. Os grupos de controlo receberam serviços de rotina de cuidados a idosos prestados pelo município, ou seja, o atual sistema de cuidados de longa duração comum a todas as províncias da Tailândia, que incluía um serviço de cuidados domiciliários assistidos por voluntários. Os grupos de intervenção foram introduzidos num novo modelo de serviço que consistia em três componentes: (1) um exercício de prevenção de cuidados para os idosos deambulantes, (2) uma formação para os cuidadores familiares de idosos dependentes e (3) um serviço de cuidados intermediários no centro CIIC. que fornece um serviço de cuidados intermediários integrados na comunidade (CIIC) para idosos em Chiang Mai, Tailândia, TCTR20190412004. Os participantes do estudo foram 867 pares de adultos mais velhos e seus cuidadores familiares primários. A análise descritiva explorou as características dos cuidadores e a regressão logística binária identificou fatores que influenciam a sobrecarga dos cuidadores. As entrevistas foram realizadas com os participantes do estudo utilizando um questionário estruturado. Este continha três partes: (1) características sociodemográficas, (2) avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares através da pontuação do Caregiver Burden Inventory (CBI) e (3) exigências dos receptores de cuidados foram avaliadas utilizando o índice de Barthel de Atividades da Vida Diária (ADL) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de 15 itens.</p>	<p>A média de idade dos cuidadores familiares foi de $55,27 \pm 13,7$ anos e 5,5% indicaram a necessidade de cuidados temporários com escores do Caregiver Burden Inventory (CBI) ≥ 24. A carga mais elevada foi registada no domínio da carga de dependência do tempo (25,7%). Os fatores associados significativos que afetam o CBI ≥ 24 foram os seguintes: cuidadores com mais de 60 anos, ser do sexo feminino, fumadores atuais, ter diabetes e cuidar de idosos com provável depressão e dependência moderada a grave. Um quarto dos cuidadores pode ter a sua carreira perturbada devido ao tempo consumido com a prestação de cuidados. As políticas de assistência às famílias e as intervenções, tais como os serviços de apoio, o reforço da capacidade de prestação de cuidados, as licenças oficiais para prestação de cuidados, etc., podem reduzir a sobrecarga das famílias que se debatem com as tarefas de prestação de cuidados informais. Além disso, as medições da sobrecarga dos prestadores de cuidados podem ser aplicadas como instrumento de rastreio para avaliar as necessidades de cuidados a longo prazo, complementando a avaliação da dependência. Por último, é necessária investigação para determinar a eficácia dos serviços de cuidados temporários para os idosos na Tailândia.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Chaparro, D. L., Carreño, M. S., Carrillo, G. G., Gómez, R. O. (2020). Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas com enfermedad crónica. <i>Av Enferm</i>, 38(1): 18-27. DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.77404</p>	<p>Chaparro, D. L., Carreño, M. S., Carrillo, G. G., Gómez, R. O. (2020)</p>	<p>Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas con enfermedad crónica</p>	<p>Determinar o efeito da intervenção de enfermagem "alguém apoia quem cuida" sobre as percepções de apoio social e o peso da prestação de cuidados entre os familiares prestadores de cuidados a pessoas com doença crónica.</p>	<p>A amostra era constituída por 137 prestadores de cuidados que foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos experimental e de controlo. Os critérios de inclusão foram: (i) ser cuidador de uma pessoa com doença crónica há mais de seis meses; e (ii) estar vinculado e frequentar as actividades do programa "Cuidar de quem cuida®" da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia.</p>	<p>Estudo quantitativo quasi-experimental, com grupos experimentais e de controlo, com medição pré e pós-intervenção em ambos os grupos. Para a recolha de informação e medição das variáveis, foram aplicados três instrumentos aos participantes (Ficha de caracterização da díade gpcp-un-d®; Sherbourne and Stewart's Perceived Social Support Questionnaire; Testes de validade). Os instrumentos foram aplicados e preenchidos com o apoio de assistentes de investigação formados. Quanto à intervenção, o grupo de controlo recebeu os cursos permanentes de atualização para cuidadores do programa "Cuidar dos Cuidadores®" da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia e o grupo experimental participou na intervenção "Alguém apoia o cuidador". Ambas as actividades foram realizadas numa sessão por semana durante um mês, de forma presencial, e foram dirigidas por enfermeiras pertencentes ao programa. As sessões tinham os seguintes temas: Apoio psicológico e espiritual; Apoio instrumental; Apoio social e redes sociais. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS versão 23, licenciado para a Universidade Nacional da Colômbia. Utilizou-se a estatística descritiva para as variáveis sociodemográficas; para a comparação pré e pós-teste entre os grupos de controlo e experimental, utilizou-se a estatística não paramétrica através do teste U de Mann-Whitney com um nível de significância de 0,05.</p>	<p>Não se verificou diferenças significativas entre os grupos nas medidas do pré e pós-teste em nenhuma das variáveis, e há uma mudança mínima entre as médias da variável carga entre o pré e o pós-teste do grupo experimental. Verifica-se que o efeito mínimo da intervenção proposta é apresentado pela multidimensionalidade do apoio social, para além da utilização de diferentes tipos de TIC que não os propostos no presente estudo.</p>
---	--	--	---	--	---	---

<p>Hussain, R., Wark, S., Ryan, P. (2018). Caregiving, Employment and Social Isolation: Challenges for Rural Carers in Australia. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i>, 15, 2267; doi:10.3390/ijerph15102267</p>	<p>Hussain R.; Wark S.; Ryan, P. (2018)</p>	<p>Caregiving, Employment and Social Isolation: Challenges for Rural Carers in Australia</p>	<p>Utilizando uma ferramenta de inquérito desenvolvida para o efeito, este estudo explora especificamente a forma como a prestação de cuidados em zonas rurais pode influenciar as oportunidades de emprego e de apoio social, uma vez que estes fatores podem ser mais prementes dada a falta de oportunidades nas regiões rurais em comparação com as áreas metropolitanas da Austrália.</p>	<p>Um total de 242 participantes completou o inquérito. Uma verificação do código postal indicou que 17 inquiridos das principais cidades de NSW tinham completado o inquérito em linha. Estas 17 respostas não elegíveis foram eliminadas, resultando numa amostra final de 225 inquiridos das zonas rurais de New South Wales, Austrália. Os critérios de inclusão para o projeto foram qualquer pessoa que prestasse cuidados a alguém com um problema de saúde ou deficiência de longa duração e que vivesse nas regiões regionais ou rurais do norte de New South Wales (NSW). Foram incluídos os prestadores de cuidados a indivíduos que sofriam de problemas relacionados com o envelhecimento, mas foram classificados de acordo com o problema de saúde específico (ou seja, físico, cognitivo, etc.) e não sob o rótulo genérico de "problemas de envelhecimento".</p>	<p>Foi utilizado um inquérito transversal composto por respostas abertas e medidas demográficas/socioeconómicas utilizadas rotineiramente pelo Australian Bureau of Statistics (ABS) e pelo Australian Institute of Health & Welfare (AIHW). As questões demográficas especificavam a idade, o sexo, o emprego, a situação de prestador de cuidados, a condição e a relação com a pessoa que recebe os cuidados, o código postal, o estatuto de residente e a distância e frequência das deslocações dos inquiridos para prestar cuidados. Foram incluídas perguntas adicionais desenvolvidas para o efeito, que examinavam o acesso e a participação em grupos de apoio aos prestadores de cuidados. Foram fornecidas secções de comentários abertos para permitir aos participantes descrever quaisquer questões e problemas associados à prestação de cuidados, incluindo emprego, deslocações, residência, grupos de apoio aos prestadores de cuidados e quaisquer outras informações gerais. Foi realizado um projeto-piloto dos formatos impresso e em linha, tendo sido feitas pequenas alterações para clarificar algumas perguntas com base no feedback do projeto-piloto.</p>	<p>Os resultados mostram que a maioria dos prestadores de cuidados rurais eram mulheres de meia-idade que prestavam apoio ao cônjuge ou a um filho. A imprevisibilidade associada à prestação de cuidados exacerbou as exigências de tempo dos prestadores de cuidados, tendo muitos deles relatado consequências significativas em termos de emprego associadas à inflexibilidade e às limitadas opções de emprego nas zonas rurais. Foram comunicadas questões específicas relacionadas com as necessidades de deslocação para prestar assistência, bem como o impacto da prestação de cuidados na saúde pessoal dos inquiridos. A maioria dos prestadores de cuidados estava ciente dos apoios sociais disponíveis na sua comunidade rural local, mas não tinha acesso a eles, o que os deixava vulneráveis à marginalização. Os problemas associados ao emprego foram assinalados como resultando em pressões financeiras e stress pessoal e ansiedade associados para os prestadores de cuidados. Embora esta questão não esteja necessariamente limitada às zonas rurais, parece que a falta de oportunidades e de flexibilidade evidente nas zonas rurais exacerbaria este problema para os residentes não metropolitanos. Os participantes também identificaram barreiras específicas à prestação de cuidados nas zonas rurais, incluindo o impacto significativo das deslocações. O acesso aos serviços de apoio, como os grupos de prestadores de cuidados, raramente era acedido devido a uma combinação de fatores, incluindo a inacessibilidade, a má calendarização e a falta de anonimato. A nível financeiro, há provas consideráveis de dificuldades e é urgente proceder a uma revisão global do apoio governamental e comunitário, a fim de melhor satisfazer as necessidades dos prestadores de cuidados rurais.</p>
--	---	--	--	---	---	--

<p>Vos, E. E., Bruin, S. R., Van der Beek, A. J., Proper, K.I. (2021). "It's Like Juggling, Constantly Trying to Keep All Balls in the Air": A Qualitative Study of the Support Needs of Working Caregivers Taking Care of Older Adults. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i>, 18, 5701. https://doi.org/10.3390/ijerph18115701</p>	<p>Vos, E., E.; Bruin, S., R.; Van der Beek, A.J.; Proper, K., I. (2021)</p>	<p>"It's Like Juggling, Constantly Trying to Keep All Balls in the Air": A Qualitative Study of the Support Needs of Working Caregivers Taking Care of Older Adults</p>	<p>Obter mais informações sobre as necessidades de apoio dos cuidadores de idosos que trabalham realizando seis entrevistas semiestruturadas online a grupos focais com um total de 25 cuidadores de idosos que trabalham e vivem na mesma casa.</p>	<p>Foram 25 cuidadores de idosos que trabalham e vivem na mesma casa realizado entre junho e outubro de 2020 em Netherlands. Foram Recrutados estes participantes através da publicação de um anúncio em dois grupos do Facebook para prestadores de cuidados abordando cuidadores ativos a partir da rede pessoal de um dos investigadores e da amostragem em bola de neve, tinham de dispor de um dispositivo eletrónico com acesso à Internet para a realização de videoconferências. Cinco cuidadores eram do sexo feminino e dois do sexo masculino participaram no conselho consultivo do estudo. Além disso, um total de 25 cuidadores participaram nas discussões em grupo, dos quais 22 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino.</p>	<p>Incluiu uma sessão piloto com cinco cuidadores, na qual testaram a duração da discussão e a experiência online dos participantes. Para as discussões online, utilizaram a aplicação de videoconferência Cisco Webex Meetings (Cisco Webex, Milpitas, CA, EUA, versão 40.4.7). Este método foi escolhido por razões de segurança e devido a restrições de viagem durante o período de recolha de dados devido ao surto global de COVID-19. Utilizaram um guião de entrevista semiestruturado para as discussões dos grupos abrangendo cinco questões principais, as perguntas foram testadas no conselho consultivo criado para este estudo. Com base nas suas sugestões, várias perguntas foram alteradas ou reformuladas, após partilharam novamente com os membros do conselho consultivo para revisão final. As cinco perguntas da entrevista abrangeram as experiências dos prestadores de cuidados e as suas necessidades de apoio enquanto prestadores de cuidados ativos. Para a pergunta sobre as necessidades de apoio dos prestadores de cuidados que trabalham, também utilizaram uma tarefa individual de brainstorming, em que os participantes começaram por escrever todas as suas necessidades de apoio antes de as partilharem com o grupo, uma a uma. O objetivo desta tarefa era ajudar os participantes a gerar as suas necessidades de apoio sem a influência de outros e dar-lhes igual oportunidade de partilhar as suas ideias. Foi pedido aos prestadores de cuidados que quisessem participar que preenchessem um questionário em linha sobre as suas características socioeconómicas, a sua situação profissional e a sua situação em termos de prestação de cuidados.</p>	<p>15 cuidadores indicaram que prestavam cuidados a vários recetores de cuidados em simultâneo. A idade média da pessoa que recebe os cuidados, cuja idade foi comunicada pelo prestador de cuidados, foi de 82,3 variando entre 57 e 99 anos. O número médio de horas por semana dedicadas à prestação de cuidados foi de 14,6 e os cuidadores trabalhavam em média 28 horas por semana. A relação entre o prestador de cuidados e o idoso era maioritariamente de filho para pai, enquanto dois prestadores de cuidados cuidavam de um companheiro e um de um avô. Foram identificados seis temas, que abrangem as necessidades de apoio dos prestadores de cuidados : Reconhecimento dos prestadores de cuidados, incluindo os desafios que enfrentam; Atenção à saúde, ao bem-estar e à capacidade de lidar com os prestadores de cuidados; Oportunidades para partilhar responsabilidades de cuidados; Ajuda para encontrar e organizar cuidados e apoio; Compreensão e apoio do ambiente de trabalho; Apoio tecnológico adaptado às necessidades e capacidades dos prestadores de cuidados e dos idosos. Os resultados deste estudo sublinham que, para os ajudar a manter o seu bem-estar enquanto combinam trabalho e cuidados, os prestadores de cuidados precisam de mais apoio formal (por exemplo de profissionais de cuidados) e informal (por exemplo de amigos, família ou outros prestadores de cuidados) do que recebem atualmente. Um dos pontos de partida importante é ajudar os prestadores de cuidados a perceberem que são efetivamente prestadores de cuidados e que existem soluções de apoio à sua disposição. Pois isto implica que as pessoas que rodeiam o prestador e os recetores de cuidados, como o ambiente social, os profissionais de saúde e de assistência social e os empregadores, devem reconhecer os prestadores de cuidados pelo seu papel e dedicar mais atenção às suas necessidades.</p>
--	--	---	--	---	--	--

<p>Lindt, N., Van Berkel, J. & Mulder, B.C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. <i>BMC Geriatr</i> 20, 304. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3</p>	<p>Lindt, N.; Van Berkel, J.; Mulder, B.C. (2020)</p>	<p>Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review</p>	<p>Esta revisão da literatura tem por objetivo sintetizar a literatura sobre os determinantes comuns da sobrecarga dos prestadores de cuidados nos países ocidentais, a fim de ajudar a garantir a continuação futura dos cuidados informais no contexto doméstico e melhorar ou manter a qualidade de vida dos prestadores de cuidados.</p>	<p>Em 2014, mais de um terço da população europeia (34,3%) prestava algum tipo de cuidados informais. A maioria dos prestadores de cuidados informais tem idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos e cuida de cônjuges ou de pais. O maior grupo de pessoas que necessitam de cuidados informais é o das pessoas com 75 anos ou mais. Foram estabelecidos vários critérios de inclusão. O primeiro foi a sobrecarga do prestador de cuidados tinha de ser um conceito-chave no estudo e tinha de incluir a multidimensionalidade da sobrecarga do cuidador, correspondendo ao enquadramento teórico da investigação incluindo as medidas objetivas de sobrecarga (como o tempo despendido na prestação de cuidados, a natureza e o número de tarefas executadas) como medidas subjetivas de sobrecarga foi as percepções do cuidador sobre as exigências dos cuidados e as suas consequências, como estados de humor negativos e a ansiedade. Deste modo a centrar a revisão da literatura no contexto da prestação de cuidados no domicílio, foram excluídos os estudos com doentes institucionalizados ou hospitalizados os doentes tinham de estar vivos durante o período da investigação, de modo a centrar a revisão da literatura no contexto da prestação de cuidados no domicílio.</p>	<p>Foi efetuada uma revisão sistemática da metodologia, que consiste numa estratégia de pesquisa em bases de dados, critérios de inclusão e um processo de seleção. Um autor usou a estratégia de pesquisa e efetuou a primeira pesquisa, que resultou inicialmente em 13 artigos. O segundo autor usou a estratégia de pesquisa (bases de dados, termos de pesquisa e critérios de inclusão/exclusão). As diferenças foram resolvidas por discussão, resultando na adição de mais quatro artigos.</p>	<p>A revisão resultou que todos os determinantes descritos no Modelo Adaptado de Stress têm influência direta na sobrecarga do prestador de cuidados. Os determinantes mais fortes da sobrecarga do prestador de cuidados são a duração da prestação de cuidados e o nível de dependência do doente. Também o estado mental do doente, em termos de problemas comportamentais e de capacidade cognitiva, determina o nível de dependência e, conseqüentemente, a sobrecarga de cuidados. Pois devem ser concebidas intervenções específicas para os prestadores de cuidados com maior risco, serem centradas no aumento da independência física e mental do doente. As intervenções para aliviar a sobrecarga devem ser adaptadas à trajetória de doença de doenças específicas e às necessidades correspondentes de apoio social, tanto para o beneficiário como para o prestador de cuidados. a alteração das expectativas em relação aos papéis, levando a um maior envolvimento dos homens, poderia reduzir a sobrecarga desproporcionalmente elevada das mulheres pois 7 dos 17 artigos refere que as mulheres prestadoras de cuidados sentem uma maior sobrecarga subjetiva do que os homens.</p>
---	---	---	--	--	--	---

<p>Pepin, E. & Hébert, J. (2020). Besoins des proches aidants qui accompagnent une personne en soins palliatifs et de fin de vie à domicile. <i>Can Oncol Nurs J</i>, 30(2):141-146. doi: 10.5737/23688076302141146. PMID: 33118984; PMCID: PMC7586706.</p>	<p>Pepin, E.; Hébert, J. (2020)</p>	<p>Besoins des proches aidants qui accompagnent une personne en soins palliatifs et de fin de vie à domicile</p>	<p>O estudo qualitativo descritivo centra-se no papel dos prestador cuidafos fazendo o acompanhamento de uma pessoa que recebeu cuidados em fim de vida no seu domicílio, com o objetivo de descrever as suas necessidades ao longo do temo de apoio.</p>	<p>Com a participação de vinte IPSS em entrevistas semi-estruturadas. A amostra foi constituída por dois sectores diferentes, para representar os meios rural e urbano.</p>	<p>O estudo fez parte de um projeto de investigação com intuito de descrever as necessidades das pessoas que vivenciaram a transição para o papel cuidador acompanhando uma pessoa em cuidados paliativos e fim de vida no domicílio. Foi dado o privilégio a abordagem qualitativa descritiva garantindo a transferibilidade dos dados, a amostra foi constituída em dois sectores diferentes, para representar os meios rural e urbano. O estudo em primeiro lugar, a estudante codificou todos os dados das entrevistas. Em seguida, criou uma tabela com todos os questionários codificados e uma tabela independente com todos os códigos utilizados. Foi selecionada uma amostra intencional. Para serem elegíveis, os cuidadores tinham de cumprir os seguintes critérios: ter 18 anos de idade ou mais; ter acompanhado alguém que tivesse recebido serviços de cuidados paliativos e de fim de vida em casa nos últimos dois anos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas seguindo um guião de entrevista desenvolvido com base no quadro concetual do estudo principal e centrado nos seguintes temas: conhecimentos e percepções associados aos cuidados paliativos e de fim de vida; as necessidades das pessoas no fim das suas vidas; as necessidades das pessoas que receberam cuidados paliativos e de fim de vida. A credibilidade e a fiabilidade do estudo foram asseguradas através da triangulação da revisão da literatura científica e da literatura cinzenta relativa aos cuidados paliativos e de fim de vida no domicílio com as necessidades dos cuidadores mencionados no estudo. Para além disso, os resultados foram comparados com os do estudo principal, a fim de verificar a validade das conclusões e por último, os resultados foram validados para garantir que podiam ser confirmados.</p>	<p>Faz evidencia as múltiplas necessidades dos cuidadores que acompanham um familiar que necessita de cuidados em fim de vida no domicílio e as necessidades informativas, emocionais e psicossociais mostram que os cuidadores estão a sofrer mudanças no seu papel junto da pessoa doente. Pois as necessidades espirituais foram referidas em termos do significado dado à experiência de apoio. Também as necessidades práticas evidenciaram a importância do acesso aos serviços de cuidados em fim de vida 24 horas por dia e o carácter essencial do apoio do enfermeiro. As necessidades identificadas foram as físicas que revelaram que acompanhar o familiar doente na prestação de cuidados diários como a gestão da medicação, cuidados de higiene, preparação de refeições, 24 horas por dia leva à falta de sono, no entanto alguns dos participantes referiram que a exaustão e o aumento constante das responsabilidades os levaram a ter de transferir o seu ente querido doente para outra instituição. Também foram identificadas várias necessidades de carácter emocional, psicossocial e espiritual. Como a incerteza quanto ao futuro da pessoa é uma fonte de ansiedade para os cuidadores. Alguns cuidadores refeririam que o facto de as pessoas cuidadas terem ficado em casa até à morte deu à sua experiência de morte um carácter mais humano, algo que a azáfama dos hospitais não lhes poderia ter dado, no entanto outros referiram que tinham receio de que a morte em casa deixasse imagens difíceis de apagar, então escolheram outro local para a morte da pessoa cuidada. Os cuidadores referem que o acesso aos serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana, foi referido como essencial para a qualidade do acompanhamento, no entanto por outro lado, a dificuldade de acesso aos serviços no momento certo deixou os cuidadores com a sensação de estarem entregues a si próprios e isolados em alguns momentos.</p>
---	-------------------------------------	--	---	---	--	--

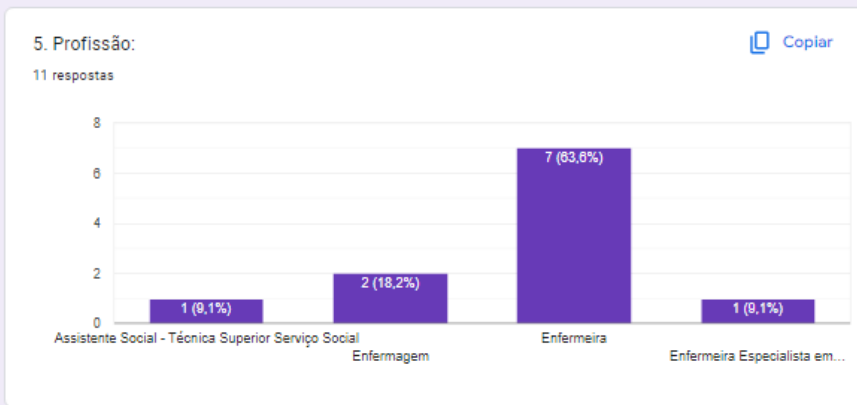
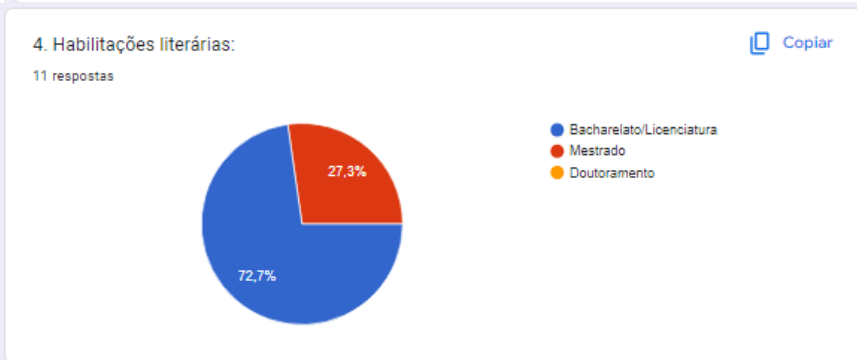
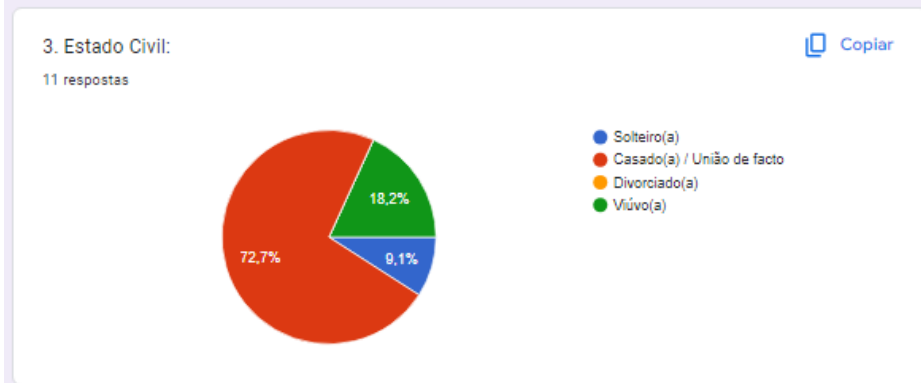
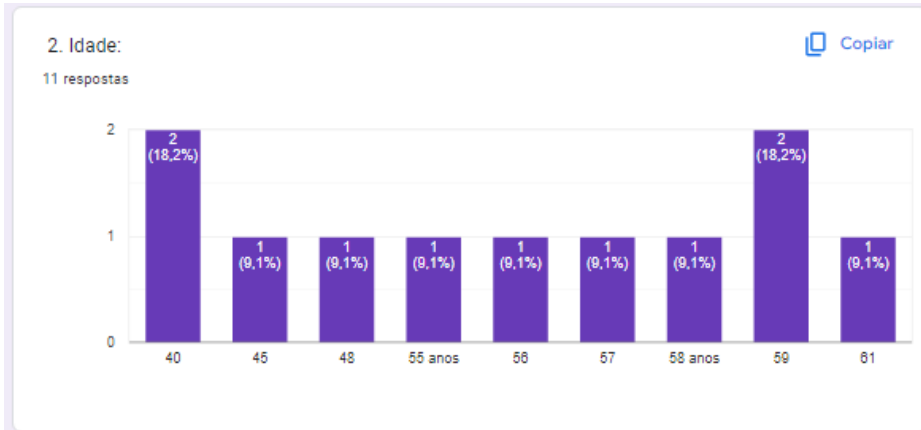
<p>Querido, A. I. F., Laranjeira, C. A., Dixe, M. A. C. R. (2020). Help2care: Ehealth strategies for self-care of users and caregivers based on nightingale's work. <i>Rev. Bras. Enferm.</i>, 73 (suppl 5). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0358</p>	<p>Querido, A.I.F., Laranjeira, C.A., Dixe, M.A.C.R. (2020).</p>	<p>Help2care: Ehealth strategies for self-care of users and caregivers based on nightingale's work.</p>	<p>Relatar a experiência sobre o processo de desenvolvimento do programa digital Help2Care de apoio a cuidadores informais (familiares) de pessoas dependentes, na sua função de cuidador; e identificar a estrutura e funcionalidade do Help2Care na prestação de apoio de autogestão aos cuidadores.</p>	<p>Cuidadores informais</p>	<p>Este é um relato de experiência sobre o desenvolvimento do Help2Care - um recurso TIC para apoiar e monitorizar a formação de cuidadores de pessoas dependentes, nos diferentes contextos de prestação de cuidados (por exemplo, em contextos de transição de cuidados, nomeadamente após a alta hospitalar). A conceção do projeto Help2Care faz parte de um estudo mais vasto intitulado "Help2Care - Ajuda para cuidar de utentes e cuidadores". O principal objetivo deste projeto interdisciplinar de investigação baseada na ação, envolvendo estudantes, professores e partes interessadas, é desenvolver um modelo de formação de cuidadores e utentes para o autocuidado e formar profissionais de saúde para a sua utilização. A equipa de investigação foi composta por dez profissionais com formação em Enfermagem, Terapia da Fala, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Dietética e Informática. Seguindo o eixo orientador os conceitos de Florence Nightingale sobre a relevância do ambiente de atendimento domiciliar.</p>	<p>O programa Help2Care consistiu em ser uma preciosa ferramenta de apoio para um melhor aprendizado, aconselhamento e assistência dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Diferentes estratégias de eSaúde foram usadas para capacitar o cuidador no autocuidado, de forma de ter uma transição segura entre contextos de saúde no momento da alta do paciente. Diminuindo as readmissões em contexto hospitalar.</p>
--	--	---	--	-----------------------------	---	---

<p>Dixe, M. D .A. C. R. & Querido, A. I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. <i>Revista de Enfermagem Referência</i>, 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013</p>	<p>Dixe, M., A., C., R. & Querido, A., I., F. (2020)</p>	<p>Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga</p>	<p>Avaliar a sobrecarga do CI da pessoa dependente e identificar fatores relacionados com essa sobrecarga.</p>	<p>164 CI de pessoas dependentes no autocuidado, com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de inclusão foram: ser previamente CI, independentemente do tempo de cuidador, ser responsável por uma pessoa dependente em pelo menos uma área do autocuidado e com alta para o domicílio de um serviço de internamento. A aplicação dos critérios e seleção dos cuidadores foi efetuada pelos enfermeiros da referida Unidade Hospitalar. Para avaliar o grau de dependência os enfermeiros aplicaram a escala de Barthel.</p>	<p>É um estudo correlacional, transversal. Foi aplicado um questionário heteropreenchido, com duração média de 10 minutos, realizada por estudantes de mestrado em enfermagem, no dia da alta hospitalar. O questionário incluiu dados da pessoa dependente: sociodemográficos e clínicos; e do cuidador: sociodemográficos, familiares, profissionais, experiência, informação recebida e sobrecarga (Escala de Zarit).</p>	<p>A maioria dos CI são mulheres (82,9%), vivem com a pessoa cuidada (70,1%), 62,2% têm ajuda para cuidar, gastando em média 105,65h (± 54)/semana. Mais de metade apresenta sobrecarga intensa (57,7; ± 13,9), relacionada com a preparação para o cuidar, áreas e tempo de dependência. Mais informação sobre a doença e como cuidar da pessoa dependente está relacionado com menores níveis de sobrecarga.</p>
--	--	---	--	---	--	--

APÊNDICE VIII – Painel de delphi

Consentimento e respostas às questões sociodemográficas dos peritos

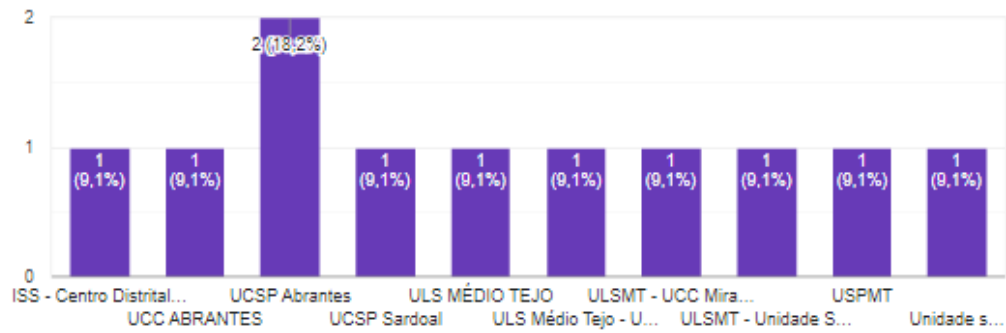




6. Local de trabalho:

 Copiar

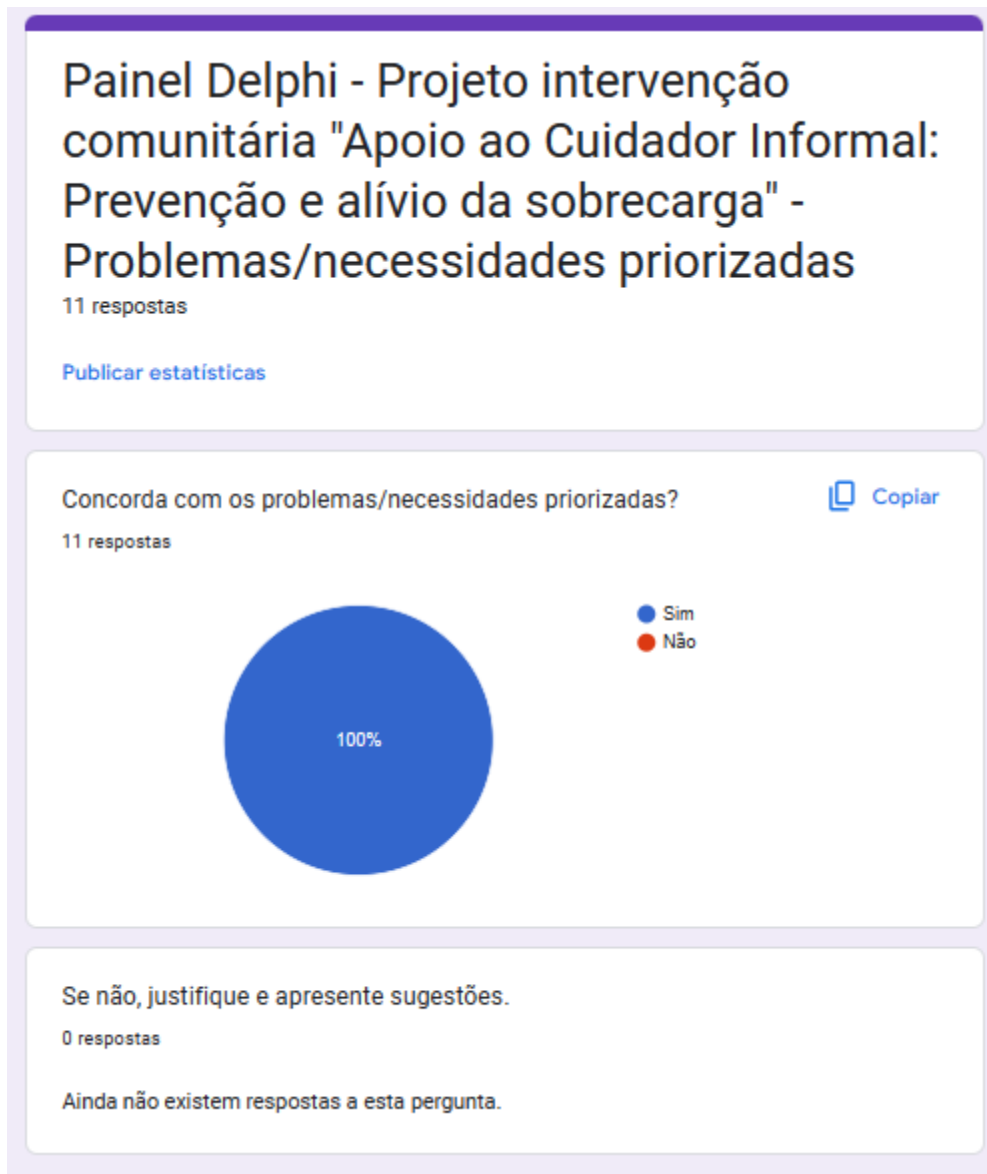
11 respostas



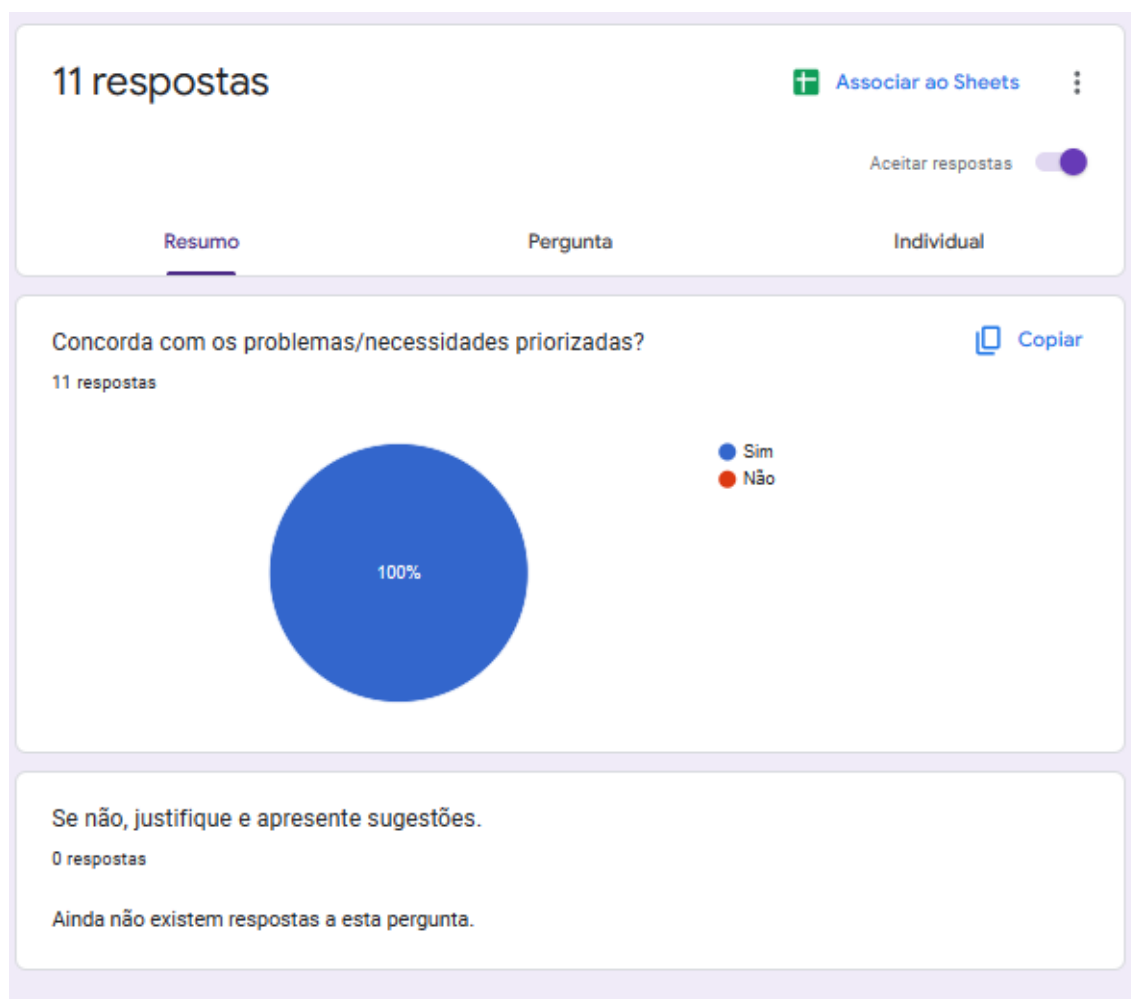
7. Insira a forma (preferencial) de contacto:

11 respostas

Respostas dos peritos do painel à 1ª ronda



Respostas dos peritos do painel à 2ª ronda

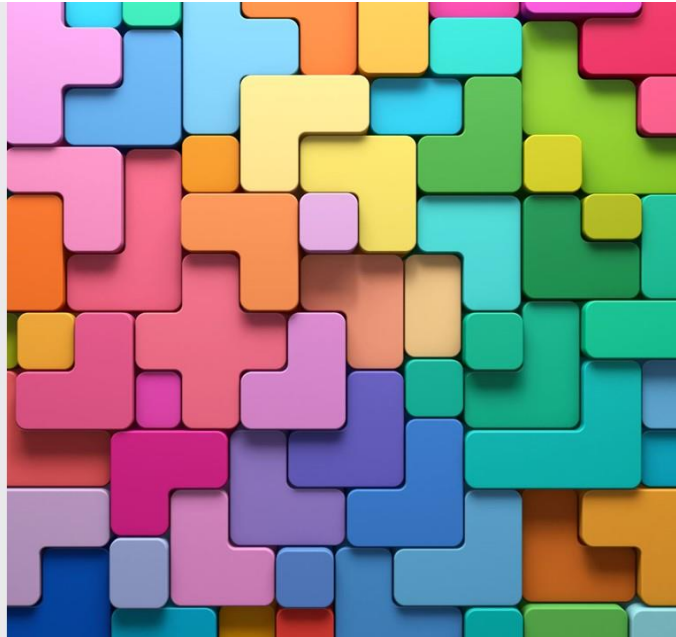


APÊNDICE IX – Apresentação em *PowerPoint* do projeto à UCC de Abrantes e USP
do Médio Tejo

Projeto de Intervenção Comunitária - Apoio ao cuidador informal: prevenção e alívio da sobrecarga

Discentes:
Liliana Rei
Rui Vila Verde

Mestrado em Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública - ESSLEI



Objetivo

Apresentar o projeto de intervenção comunitária - Apoio ao cuidador informal prevenção e alívio da sobrecarga

Enquadramento

Na União Europeia 80 % dos cuidados são prestados por cuidadores informais não remunerados (Relatório A8 0352/2018);

Estima-se que 80% dos cuidados em Portugal sejam prestados por não profissionais, sendo maioritariamente mulheres.(Teixeira et al., 2017);

E calcula-se que existam cerca de 800 mil cuidadores informais. O que corresponde a 8% da população portuguesa, que presta cuidados a familiares e a pessoas próximas, sem receber algo em troca. Correspondendo 25% "a tempo inteiro" (cerca de 200 mil pessoas) (Cuidadores Informais, 2023).

Em Portugal as políticas de saúde aconselham sempre que possível, a permanência da pessoa dependente no domicílio junto do seu seio familiar. (Teixeira et al., 2017)

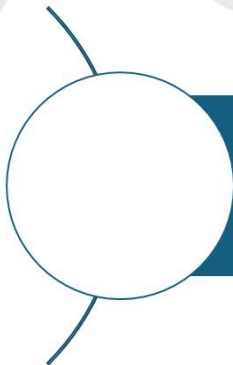
Enquadramento

Continua desajustada a tentativa da sociedade em dar resposta as pessoas com alteração do grau de dependência. Assumir um papel de cuidador para o qual nem sempre se está preparado. Por falta de conhecimento, experiência, informação sobre os cuidados e as redes de apoio, dificuldade em conciliar a vida profissional e social, ou mesmo falta de motivação (Sousa, 2021);

Pelo que a capacitação do cuidador informal é fundamental para dar continuidade aos cuidados em segurança, mas também que adquiram estratégias para gerir a sobrecarga física e psicológica resultantes do cuidar (Sequeira, 2010; Peixoto & Machado,2016; Schaller et al., 2015; Yu et al., 2019);

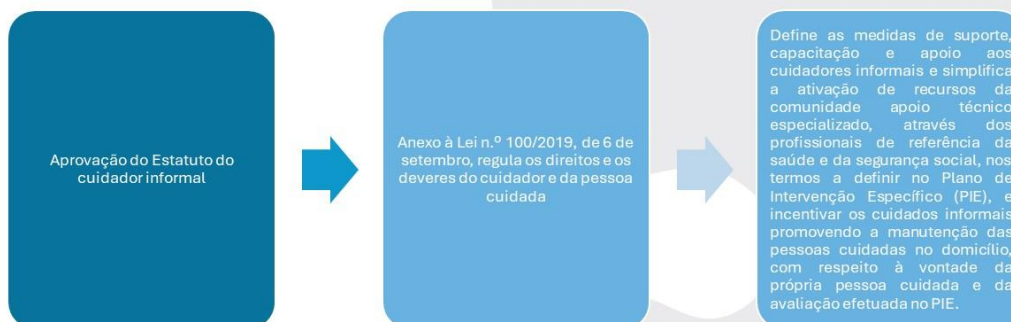
O Enfermeiro pela proximidade que tem do cuidador informal, deve promover a adaptação à nova realidade, incentivar para a literacia em saúde e uso adequado dos serviços (Sequeira, 2010; Peixoto & Machado, 2016; Schaller et al., 2015; Yu et al., 2019);

Enquadramento

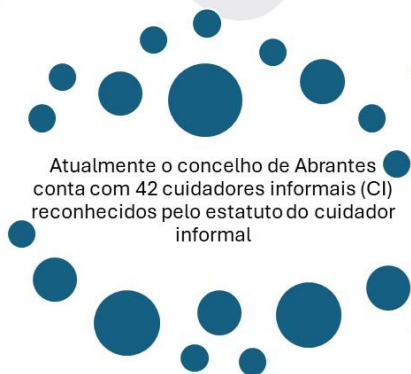


Paralelamente quem presta cuidados informais vive com frequência numa condição de exclusão do emprego, por ser incompatível com o trabalho não remunerado dos cuidados, “numa remissão à família acentuada sempre que, em contexto de crise, se assiste à retração do Estado social e dos serviços públicos” (Araújo & Soeiro, s.p., 2021)

Enquadramento



Enquadramento



Atualmente o concelho de Abrantes conta com 42 cuidadores informais (CI) reconhecidos pelo estatuto do cuidador informal

Este projeto de intervenção visa facilitar a operacionalização do apoio que é devido a estes cuidadores informais face ao anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro.

Enquadramento

<p>Perspetiva e uma forte ascensão deste estatuto relaciona-se com o fenómeno global do envelhecimento “a globalização do envelhecimento”. (Leão, 2011 cit. por Carvalho, p. 253, 2015)</p>	<p>A Europa enfrenta mudanças demográficas que conduzem a um aumento da incidência de doenças relacionadas com a idade e a um envelhecimento da população, que leva ao aumento das necessidades em matéria de cuidados. (Relatório -A8-0352/2018)</p>	<p>Destacam-se os últimos dados em 2022 o índice de envelhecimento em Portugal é elevado de 183,5 e particularmente maior no concelho de Abrantes de 309,3 (Portada, 2023). Este índice é duas vezes superior nas freguesias rurais do que na da cidade. (Mourato, 2022). A estes dados junta-se o índice de dependência total de 71,5, sendo 17, 5 o índice de dependência de jovens, e 54 o índice de dependência de idosos superiores à média nacional (Portada, 2023)</p>

Objetivo Geral

Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.



2 Fases o estudo

1ª fase

Visa o alcance dos seguintes objetivos específicos:

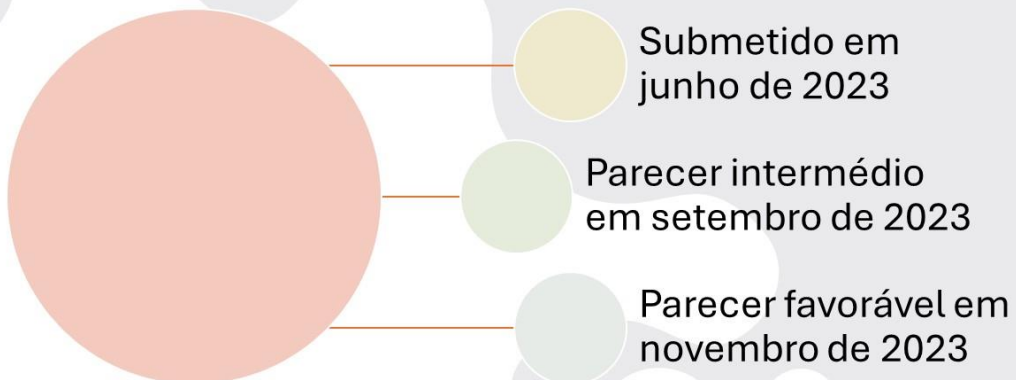
- Determinar os dados socio demográficos e profissionais dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes
- Avaliar a perceção dos cuidadores informais quanto às suas necessidades de apoio no cuidar a Pessoa ao seu o cuidado
- Conhecer a opinião de informadores chave dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes e peritos profissionais de saúde e da segurança social sobre estratégias intervenções de apoio às necessidades identificadas e priorizadas;

2ª fase

a) Construir um Programa de Intervenção para Promover os Apoios. Este terá por base os resultados da primeira fase . Após o desenvolvimento do Programa foi realizado um painel DELPHI para avaliar o nível de concordância do mesmo quanto à adequação e pertinência do Programa e efetuadas as respetivas adaptações;

b) Aplicar o Programa desenvolvido e avaliar a sua eficácia junto dos cuidadores informais participantes no projeto, do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes. Nesta fase iremos aplicar novamente o instrumento aplicado na 1ª fase, antes e após a intervenção. Nesta última aplicação não iremos colher dados socio demográficos dos cuidadores informais

Comissão de ética



População-alvo Amostra

População

42 CI do concelho de Abrantes

- Reconhecidos pelo Estatuto do Cuidador Informal

Amostra

31 CI consentiram participar no estudo

1ª fase Entrevista estruturada

Para obtenção informação sobre as necessidades de apoio dos 31 Cuidadores Informais que consentiram participar no estudo, foi aplicado guião de entrevista que contempla:



Análise dos dados

C	58% dos cuidadores localizam-se nas freguesias rurais do concelho
ar	Têm idades compreendidas entre os 34 anos e os 80 anos, situando-se numa média de idades aproximadamente de 55 anos
ac	São maioritariamente mulheres (83,9%)
te	
riz	61,3% dos CI são casados/união de facto, 32,3% são divorciados ou separados e 6,5% são solteiros
aç	Quanto ao grau de escolaridade, 58,1% dos CI não concluíram o ensino secundário, pelo que:
ã	32,3% possuem o 9º ano/3º ciclo;
do	25,8% o 12º ano/ensino secundário;
do	16,1% 4ª classe/1º ciclo/ensino básico;
CI	12,9% curso superior;
	9,7% ensino preparatório/2º ciclo;
	3,2% curso médio

Análise dos dados

Caracterização do CI

Quanto à situação profissional dos CI cerca de 48,4% são desempregados, 29% são doméstico(a), 16,1% são reformado(a)/invalído(a) e 6,5% trabalhadores por conta de outrem

A maioria dos CI são familiares próximos da pessoa cuidada, portanto 41,9% são filhos, 25,8% são outro grau de parentesco não especificado, 19,4% são cônjuge, 9,7% genro/nora e 3,2% irmão/a

90,3% co-habitam com a pessoa cuidada

51,6% (mais de metade dos CI) revelam não ter ajuda de familiares/amigos para cuidar da pessoa dependente

e 87,1% dos CI não tem apoio de alguma rede de apoio

Varia entre os 0 e os 43 anos, o nº de anos que a pessoa cuidada é dependente correspondendo a uma média de 9 anos

Associada uma média aproximada de 95 horas semanais de cuidados prestados pelos CI

Análise dos dados

Resultado da análise dos dados colhidos:

Com a aplicação da escala de Barthel, observou-se que 71% das pessoas cuidadas apresenta um grau de dependência parcial a elevado, igual ou inferior à pontuação 50, o representa mais de metade das pessoas cuidadas.

O resultado da aplicação da escala de Zarit, revelou que 58% dos cuidadores informais apresentam scores abaixo de 46 ou seja sem sobrecarga, 26% revelou sobrecarga ligeira entre 46 e 56 e 16% sobrecarga intensa acima de 57.

A globalidade dos cuidadores informais concordou em sentir-se capaz de prestar cuidados nas 10 áreas de cuidar avaliadas através da escala de Dixe et al (2020) do Projeto Help2Care.

Diagnóstico de situação e definição de prioridades

Contudo foram identificadas 4 áreas (no âmbito da escala da avaliação das capacidades do cuidador informal do projeto Help2Care) onde expressaram maior reconhecimento de necessidades de apoio, sendo elas: Alimentação; Transferir-se; Tomar a medicação; e Gestão de Sintomas

Formulou-se o seguinte diagnóstico em enfermagem “Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida”.

Posto isto foi aplicado o método de priorização de Hanlon às necessidades reconhecidas pelos CI nestas 4 áreas previamente identificadas.

Resultado da priorização = [(A+B) x C] x D

Lista de Problemas na área Alimentação [Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em:]	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
3.2 % Receber quando devo alimentar a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
3.2 % Gerir o horário estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	5	1,5	1	9
6.5% Gerir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	3	1,5	1	6
8.4% Utilizar estratégias que estimulem a pessoa a alimentar a pessoa dependente, quando necessário	1	5	1	1	6
8.4% Reconhecer situações que aumentem as necessidades básicas da pessoa dependente	1	8	1,5	1	13,5
8.7% Detetar sinais de desidratação (pelo boca, prega cutânea, mucosas desidratadas, etc)	1	9	1,5	1	15
12% Percibir se a pessoa dependente ingere sólidos de forma segura	1	10	1	1	11
12% Percibir se a pessoa dependente ingere líquidos de forma segura	1	10	1	1	11
8.4% Adaptar a consistência dos alimentos	1	10	1	1	11
8.4% Dar de comer a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
8.4 % Dar de beber a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
8.4% Posicionar a pessoa dependente para as refeições	1	10	1	1	11
22.2% Utilizar estratégias com a pessoa dependente no engulir	3	10	1,5	1	19,5
8.7% Remover, lavar e aplicar prótese	1	3	1,5	1	6

Lista de Problemas na área Gestão de Sintomas	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
[Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:					
3,2% Atuar perante a confusão/desorientação da pessoa dependente	1	8	1	1	9
6,5% Perceber quando a pessoa dependente está com falta de ar	1	10	1,5	1	16,5
16,1% Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente	2	10	1,5	1	18
6,5% Atuar perante as náuseas/vômitos da pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
3,2% Perceber quando é que a pessoa dependente tem alterações intestinais (diarreia, prisão de ventre)	1	7	1,5	1	12
3,2% Atuar perante as alterações intestinais da pessoa dependente (diarreia, prisão de ventre)	1	7	1,5	1	12
5,7% Perceber quando é que a pessoa dependente se sente ansioso	1	7	1,5	1	12
12,3% Atuar perante a ansiedade da pessoa dependente	2	7	1	1	9

Lista de Problemas na área de Transferências	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
[Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:					
5,7% Identificar quais os equipamentos que possam ser necessários e ajudem nas transferências do utente	1	5	1,5	1	9
16,1% Utilizar os equipamentos indicados para a transferência do utente (por exemplo tábuas, elevador)	2	5	1	1	7
3,2% Perceber a necessidade de realizar as transferências	1	9	1,5	1	13,5
12,3% Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	2	9	1,5	1	16,5

Lista de Problemas na área Tomar a medicação	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
[Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:					
6,5% Detetar efeitos secundários da medicação	1	10	1,5	1	16,5
6,5% Decidir quando e como devo dar ao utente a medicação de SOS	1	9	1,5	1	15
12,3% Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	2	10	1,5	1	18
3,2% Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação	1	2	1	1	3

Definição de prioridades

Na área da alimentação: **22,6% Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue**, com uma pontuação de 19,5

Na área da tomar a gestão de sintomas: **16,1% Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente**, com uma pontuação de 18

Na área da tomar a medicação: **12,9% Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação**, com uma pontuação de 18

Na área da transferência: **12,9% Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias**, com uma pontuação de 16,5

Fixação de objetivos

Objetivo Geral: Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.

Diagnóstico	Objetivo Especifico	Indicador	Meta
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22,6% utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do concelho de Abrantes	Taxa de adesão dos CI Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade)) *100 Taxa de realização das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 16,1% Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente tenha falta de ar para 40% dos CI do concelho de Abrantes	Taxa de adesão dos CI Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade)) *100 Taxa de realização das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas x 100)	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente tenha falta de ar para 40% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024

Fixação de objetivos

Diagnóstico	Objetivo específico	Indicador	Meta
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes	<u>Indicador de atividade:</u> Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) *100 <u>Indicador de resultado:</u> Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade)) *100	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% para decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes	<u>Indicador de atividade:</u> Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas*100) <u>Indicador de resultado:</u> Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade)) *100	Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024

Seleção de estratégias



Seleção de estratégias

O modelo de capacitação do cuidador informal do projeto Help2Care de Dixe et al. (2020)

5ª Etapa refere-se exclusivamente à capacitação do CI para o autocuidado

A capacitação do CI deve ser executada tendo em conta as **necessidades identificadas** e **centrada no próprio**, especialmente nas **necessidades prioritizadas por si**.

Ajusta os métodos, a terminologia e linguagem que utiliza às preferências e literacia do CI, apresentando também alternativas no material de apoio apresentado.

Seleção de estratégias

2 alternativas de atividades de capacitação do cuidador informal

A primeira alternativa que é o agendamento prévio da atividade de capacitação do CI

Utilizando um método centrado no ensino baseado na observação e treino personalizado

Complementado com propostas de acesso pela WEB (vídeos, imagens, material escrito)

Seleção de estratégias

As sessões posteriores servem, num primeiro momento, para o esclarecimento de dúvidas relativas à sessão anterior e de seguida para reforçar a sistematização da atividade de capacitação.

Utilizaremos também os materiais de capacitação do modelo Help2care de Dixe et al., (2020), que estão disponíveis no website: <http://help2care-pal.org/materiais>

Visualização de vídeos, folhetos e imagens demonstrativos no âmbito dos autocuidados: apoiar na alimentação e hidratação, cuidados gerais a ter com a medicação, apoiar na mobilidade e transferência

Assim como a disponibilização do Manual do Cuidador - Apoiar no Autocuidado de Utentes e Cuidadores Informais.

- Criação do Programa de Intervenção "Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e alívio da sobrecarga e de outros riscos"

- Aplicação e avaliação do programa

2ª fase do estudo

Plano de ação

Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22.6% utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	Ampliar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do conceito de Abrantes	Realização de 2 sessões de formação aos cuidadores no âmbito da capacitação do autocuidado – Estratégias de desengasgamento (2 sessões)	- Ensino de manobras de desengasgamento: Suporte Básico de Vida e Posição lateral de segurança. - Visionamento de vídeos tutoriais no tema: Método expositivo (computador e projetor) e demonstrativo (com manequins)	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	- Mestrados - Equipa multidisciplinar da UCC - Cuidadores informais	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas*100) Indicador de resultado: % Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade) *100)	Ampliar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25 % dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024
---	---	---	--	------------------------------------	---	--	--

Plano de ação

Diagnóstico	Objetivo específico	Atividades	Estratégias metodológicas	Local/ data	Intervenientes	Resultado
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12.9% a pessoa dependente de e para as posições necessárias	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa para as posições necessárias para 49% dos CI do conceito de Abrantes	Realização de ações de formação de forma a capacitar os CI para a prestação de cuidados no âmbito do autocuidado de transferir (2 sessões)	- Desenvolvimento da temática: transferências técnicas e posturas; - Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural; - Visualização de vídeos relacionados com a temática; - Demonstração de cuidados no âmbito das transferências com participação dos formandos; - Uso de metodologia expositiva (computador e videoprojector)	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	- Mestrados - Equipa multidisciplinar da UCC - Cuidadores informais	Indicador de Meta: Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa para as posições necessárias para 50% dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024 Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas*100) Indicador de resultado: % Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade) *100)
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12.9% para fazer o caso de alguma complicação/efeit o secundário da medicação	Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de complicação/efeit o secundário da medicação para 25% dos CI do conceito de Abrantes	Realização de ações de formação de forma a capacitar os CI para a prestação de cuidados no âmbito do autocuidado de medicação para 25% dos CI do conceito de Abrantes (2 sessões)	- Desenvolvimento da temática: tomar a 5 certos da medicação, sinais e sintomas de alerta sobre efeitos secundários/complicaçã o de atuação em caso de complicação; - Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural; - Visualização de vídeos relacionados com a temática; - Uso de metodologia expositiva (computador e videoprojector)	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	- Mestrados - Equipa multidisciplinar da UCC - Cuidadores informais	Indicador de Meta: Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeit o secundário da medicação para 25% dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024 Indicador de atividade: Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeit o secundário da medicação para 25% dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024 Indicador de resultado: % Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade) *100)

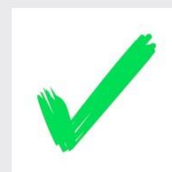
Cronograma de atividades

Atividades	Abril 2023	Mai 2023	Jun. 2023	Jul. 2023	Ago. 2023	Set. 2023	Out. 2023	Nov. 2023	Dez. 2023	Jan. 2024	Fev. 2024	Mar. 2024	2025	2026	2027
Revisão integrativa da literatura	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█			
Elaboração protocolo		█	█												
Investigação		█	█												
Reuniões com os informadores chave e peritos		█	█												
Passar favorável da Comissão Ética ARSLV7								█							
Seleção amostra								█							
Técnicas de dados								█							
Tratamento de dados								█							
Diagnóstico de situação								█							
Elaboração do projeto de intervenção										█					
Aplicação da intervenção (Realização das sessões de formação)											█				
Avaliação de intervenção												█			
Elaboração do relatório do projeto															
Continuidade e aperfeiçoamento do projeto por estudantes do mesmo curso/instituição, em anos subsequentes															



Painel Delphi - Resultado

- Contamos com a colaboração de 11 peritos na área do conhecimento especializado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública ou *stakeholders* da área;
- Concretizou-se em 2 Rondas ;
- Em ambas as rondas obteve-se a concordância de todos os peritos, relativamente aos problemas/necessidades prioritizados e o programa de intervenção (plano de ação).



Obrigado!

Referências Bibliográficas

- Cuidadores informais (2023). *Cuidadores informais*. Consultado a 20 abril 2023. Disponível em www.cuidadoresportugal.pt
- Direção-Geral da Saúde (2006). PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/EFEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Dixe, M., Teixeira, L., Areosa, T., Frontini, R., Peralta, T., & Querido, A. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 19(1), 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Lei 100/2019, 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. Assembleia da República. Diário da República, 1ª Série I (Nº 171/2019 de 06/09/2019), 3-16, 2019.
- Mafalda Araújo e José Soeiro. «Trabalho, reconhecimento e justiça social: o caso dos cuidadores in-formais em Portugal». e-cadernos CES[Online], 35(2021), posto online no dia 10 dezembro 2021, consultado o 23 junho 2023. URL: <http://journals.openedition.org/cecs/6164> <https://doi.org/10.4000/cecs.6164>
- Mourato, P. (2022) Envelhecimento ativo. Consultado a 20 abril 2023. Disponível em <https://medinteio.net/abranes-camara-aprova-propostas-da-oposicao-sobre-envelhecimento-ativo-a-audio/>

Referências Bibliográficas

- OMS (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde (WHO/FWC/ALC/15.01). Consultado em 19 abril 2023. Disponível em [WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ip=74AD24F336A783E8F615D28A504C5CD1](http://www.who.int/publications/m/item/who-fwc-alc-15-01)
- Peixoto, M.J. & Machado, P.P. A sobrecarga e o stress do cuidador. In: A pessoa dependente e o familiar cuidador, Martins T, Araújo MF, Peixoto MJ & Machado PP (Org.). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 95- 111, 2016
- PORDATA (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Consultado a 20 abril 2023. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Schaller, S., Schmidt, V.M., Gobin, J., Riech, M. C., Griebel, L., Engel, S., Stein V., Graessel, E. & Rabas, P.L. (2015). Tailored e- Health services for the dementia care setting: a pilot study of eHealthMonitor. *BMC Medical Informatics and Decision & Making*, 15: 58, 1-9.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zaitz. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9-16.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição). Lisboa, Portugal: Lidel
- Sousa (2021) A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa –função do enfermeiro Crónica. *Ordem dos enfermeiros*, ago.2021,102, Consultado em 19 abril 2023. Disponível em [ago-2021.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](http://ordemenfermeiros.pt)
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J.A., Almeida, M.J., Matias, M.L., Ferreira, M.S., Narição, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional, 2017.
- Yu, D.S., Li, P.W., Zhang, F., Cheng, S., Ng, T., & Judge, K.S. The effects of a dyadic strength-based empowerment program on the health outcomes of people with mild cognitive impairment and their family caregivers: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 14: 1705-1717, 2019.

APÊNDICE X – Cronograma de atividades

Atividades	Abril 2023	Maio 2023	Jun. 2023	Jul. 2023	Ago. 2023	Set. 2023	Out. 2023	Nov. 2023	Dez. 2023	Jan. 2024	Fev. 2024	Mar. 2024	2025	2026	2027		
Revisão integrativa da literatura	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo					
Elaboração protocolo investigação		Roxo	Roxo	Férias	Férias												
Reuniões com os informadores chave e peritos		Ciano	Ciano														
Parecer favorável da Comissão Ética ARSLVT									Verde								
Seleção amostra									Roxo								
Recolha de Dados									Laranja								
Tratamento de Dados										Ciano							
Diagnóstico de situação											Púrpura	Púrpura					
Elaboração do projeto de intervenção												Verde					
Aplicação da intervenção (Realização das sessões de formação)												Amarelo					
Avaliação de intervenção														Roxo			
Elaboração do relatório do projeto			Ciano					Ciano	Ciano	Ciano	Ciano	Ciano	Ciano	Ciano			
Continuidade e aperfeiçoamento do projeto por estudantes do mesmo curso/instituição, em anos subsequentes															Cinza	Cinza	Cinza

APÊNDICE XI – Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio no Autocuidado Transferências)

Plano de sessão

Tema: Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e alívio da sobrecarga (PAPAS) – Apoio no Autocuidado Transferências

Data e local:

Fevereiro de 2024 – Ginásio da UCC de Abrantes

Duração:

30 – 45 minutos

Entidade responsável:

UCC de Abrantes

Colaboração:

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Destinatários:

- Cuidadores Informais do concelho de Abrantes

Objetivos Geral:

Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.

Objetivos Específicos:

Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes.

Conteúdos programáticos:

- Dicas para prevenir quedas no momento de transferência e mobilidade
- Cuidados a ter com a postura do cuidador nas transferências
- Ensino de tipos de técnicas de transferências
- Exemplos de produtos de apoio que facilitam as transferências

Metodologia:

Expositiva/Demonstrativa/Participativa

Material:

- Computador + Videoprojector
- Marquesa
- Cadeirão

Avaliação:

Aplicação novamente das escalas, de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et al. (2020) (no autocuidado transferências), escala de avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit e as questões de resposta aberta sobre o sentido de vida, após 15 dias da sessão.

Apresentação em PowerPoint

Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e alívio da sobrecarga **PAPAS**

Apoio no autocuidado transferência

Discente: Líliliana Rei

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da ESSLei

OBJETIVOS

Geral

Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.

Específico

Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do concelho de Abrantes.

A casa é o sítio onde o utente permanece grande parte do seu tempo, sendo necessário e de extrema importância haver alterações/modificações da mesma, de forma a estar adaptada, quer à pessoa com dependência quer ao cuidador. Facilitando a mobilidade e transferência, bem como a prevenção de quedas.

(Manual de boas práticas para Utilização de produtos de apoio para cuidadores - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)



MOBILIDADE VS TRANSFERÊNCIA



MOBILIDADE

A **Mobilidade** consiste na mudança da posição ou da localização do corpo, incluindo andar, correr ou subir/descer, utilizando diversas formas de transporte. Relaciona-se também com o transporte, mobilidade ou manuseamento objetos de um lugar para outro. Pelo que uma pessoa em situação de imobilidade ou esteja dependente para se mover, tem um risco acrescido de desenvolver feridas e de problemas de circulação sanguínea. Pelo que, é crucial a mudança da posição do corpo de 2/2 horas, esta periodicidade é ajustável, dependendo da autonomia do indivíduo e da capacidade que o mesmo tem em se mover, de sua condição clínica e da condição da pele (por exemplo presença de ferida e/ ou úlceras de pressão). (OMS, 2004; Unidade de Saúde Familiar de Anta, 2014; Timmeman, 2007)



TRANSFERÊNCIA

As **transferências** são as mudanças da pessoa dependente de um local para outro, tal como: da cama para a cadeira de rodas; da cadeira da cozinha para a cadeira de rodas. Contudo, é frequente, resultar quedas, das transferências. Por isso, é importante saber como as desempenhar.

DICAS PARA PREVENIR QUEDAS NO MOMENTO DE TRANSFERÊNCIA E MOBILIDADE:

Colocar os móveis em lugares estratégicos de modo a que não se tornem obstáculos no momento de transferência;

Retirar os tapetes e outros objetos que se tornem obstáculos tanto à transferência como à mobilidade da pessoa com dependência;

Colocar junto da pessoa com dependência uma campainha ou telemóvel para que possa usar quando necessita auxílio;

Iluminar os espaços mais escuros de casa;

(Manual de boas práticas para Utilização de produtos de apoio para cuidadores - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, citado por Dixe et al, 2020)

DICAS PARA PREVENIR QUEDAS NO MOMENTO DE TRANSFERÊNCIA E MOBILIDADE:

Colocar varões fixos de apoio ao longo de toda a casa, principalmente na casa de banho, quarto e corredor, por forma a garantir o apoio e equilíbrio da pessoa;

Garantir que o chão não está molhado para evitar quedas;

Alertar a pessoa para não se agarrar a móveis uma vez que estes se podem mover quando se desloca.

(Manual de boas práticas para Utilização de produtos de apoio para cuidadores - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, citado por Dixe et al, 2020)

CUIDADOS A TER COM A SUA POSTURA DO CUIDADOR:

Manutenção de uma base de suporte estável;

Regulação da altura da cama quando possível, sendo aconselhável que se encontre ao nível da anca;

Evite movimentos de rotação da coluna;

Mantenha a pessoa a transferir o mais próxima possível do seu corpo, tendo em atenção à sua postura, não se devendo dobrar ou inclinar;

Os joelhos devem estar ligeiramente fletidos;

Os pés devem encontrar-se à largura dos ombros.

(Waters, Nelson, Hughes & Mensel, 2017; Chauhan, 2017, citado por Dixe et al, 2020)

DIFERENTES TIPOS DE TRANSFERÊNCIAS



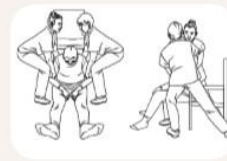
Transferência da cadeira para a posição de pé



Transferência em Pivot - do leito para a cadeira (vice-versa) e/ ou da cadeira para cadeira de rodas (vice-versa)



Transferência para entrar e sair do carro



Transferência do chão para a cadeira

(Dixe et al, 2020)



TRANSFERÊNCIA PARA A CADEIRA PARA A POSIÇÃO DE PÉ

1

Mova o rabo para a frente, na cadeira;

2

Coloque os pés separados com os joelhos dobrados num ângulo de 80° a 90° , sendo que, se a anca tiver mais alta que os joelhos, torna-se mais fácil de se levantar;

3

Coloque ou peça para colocar as mãos da pessoa nos braços da cadeira;

4

Peça à pessoa que olhe em frente e que se incline para a frente, até que a sua cabeça ultrapasse os dedos dos pés;

5

De seguida realize um movimento de balanço para preparar a pessoa para se levantar. Enquanto realiza um segundo movimento de balanço, peça à pessoa para empurrar as mãos contra os braços da cadeira e dê-lhe uma instrução verbal para levantar ("Força e levante-se");

6

Caso a pessoa use um produto de apoio que auxilie na marcha, dê-o só após este se encontrar na posição.

(Grey Bruce Health Services, 2004; Great Britain, health and safety executive, 2016, citado por Dixe et al, 2020)

Quando a pessoa não apresenta capacidade de colaboração e é requerida maior assistência do cuidador:

- Coloque-se de frente para a pessoa, e bloqueie os seus joelhos, colocando os seus pés entre cada pé do indivíduo. Além disso, deverá também colocar as suas mãos na lombar (ao fundo das costas) ou por baixo das nádegas da pessoa;
- Dê ordem para se levantar (“Força nas pernas e levante-se”) e assista fazendo força para cima e para a frente nas costas ou na bacia, usando todo o corpo e não apenas os braços e costas.

(Grey Bruce Health Services, 2004, citado por Dixe et al, 2020)



TRANSFERÊNCIA EM PIVOT - DO LEITO PARA A CADEIRA (VICE-VERSA) E/ OU DA CADEIRA PARA CADEIRA DE RODAS (VICE-VERSA)

1

Posicione a cadeira de rodas num ângulo de aproximadamente 45° com a cadeira/ leito para onde tenciona transferir a pessoa, e de modo a que o utente tenha o seu lado mais forte virado para o sitio para onde se irá transferir;

2

Remova ou desloque os pedais da cadeira de rodas para o lado e tire o apoio de braços do lado que vai transferir;

3

Trave previamente a cadeira de rodas;

4

Coloque os pés da pessoa no chão, alinhados com os joelhos, e fixe as pernas da pessoa;

5

Mantenha-se em pé, com os joelhos ligeiramente fletidos e os dedos dos pés a apontar para a cadeira. Tentando manter as costas direitas, incline-se para a frente e coloque as mãos na lombar (fundo das costas) ou debaixo das nádegas da pessoa que irá transferir;

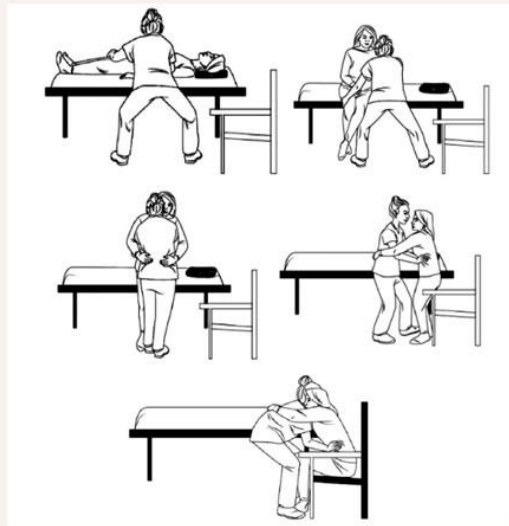
6

Inclinado para a frente e com os joelhos fletidos, mantendo a coluna direita, instrua a pessoa a realizar força nas pernas para se levantar, realizando ao mesmo tempo força nas costas do utente e, num movimento em bloco, rode para a direção da outra cadeira/ leito, e sente o indivíduo. Não realize rotações do tronco;

(Grey Bruce Health Services, 2004; Manual de boas práticas para Utilização de produtos de apoio para cuidadores citado por Dixe et al, 2020)

7

Não permita que a pessoa que irá transferir a agarre pelo pescoço. Permita sim, que suporte os braços sobre a sua cintura;



(Grey Bruce Health Services, 2004; citado por Dixe et al, 2020)



TRANSFERÊNCIA PARA ENTRAR E SAIR DO CARRO

Quando o indivíduo consegue suportar o peso do seu próprio corpo.

Entrar no carro:

1

Estacione o carro num local onde não haja passeios e que seja amplo de modo a retirar a pessoa mais facilmente;

2

Coloque sempre a pessoa no banco da frente, uma vez que o acesso é mais fácil;

3

Afaste o banco o máximo possível para trás;

4

Coloque a pessoa de costas para o banco e peça-lhe que se incline para trás e que se apoie na estrutura do carro para se sentar, sendo que apenas o pode fazer quando sentir a parte de trás das pernas a tocar no banco;

5

Nesta fase, a pessoa encontra-se sentado mas com as pernas do lado de fora se a pessoa conseguir, peça-lhe que coloque as pernas para dentro, uma de cada vez;

6

Se a pessoa não conseguir rodar no assento, deve colocar um disco giratório de transferência, no assento antes de realizar a transferência

7

Certifique-se que a pessoa se encontra bem sentado e confortável;

(Chauhan, 2013 citado por Dixe et al, 2020)

Sair do carro:

1

A pessoa gira e em simultâneo coloca as pernas para fora do carro;

2

A pessoa deve agarrar-se à estrutura do carro para se poder levantar.

(Chauhan, 2013 citado por Dixe et al, 2020)

Quando a pessoa se encontra numa cadeira de rodas.

Entrar no carro:

1 Idealmente, o carro deveria de ter uma estrutura baixa e deve ser estacionado num local sem obstáculos que possam dificultar a transferência e/ ou pôr em risco tanto a sua segurança como a do indivíduo (por exemplo, passeios);

4 Coloque-se à frente da pessoa e coloque as pernas do mesmo a 90° de flexão e entre as suas pernas

2 Coloque a cadeira lateralmente ao assento do carro e não se esqueça de travá-la;

5 Peça à pessoa que se incline para a frente o máximo possível (ou ajude o a fazer esse movimento, caso o indivíduo não tenha equilíbrio suficiente para o fazer de forma autónoma);

3 Retire os apoios de braços, pedais e tudo o que possa ser removível e que seja um obstáculo à transferência;

6 Peça à pessoa que coloque as mãos em volta dos seus ombros e coloque as suas mãos debaixo da anca do utente;

(Accident Compensation Corporation, 2012; Chauhan, 2013 citado por Dixe et al, 2020)

7 Flita a suas pernas de modo a usar a força dos músculos das mesmas e não dos músculos superiores;

10 Ajude a pessoa a colocar as pernas que ficam do lado de fora para dentro do carro;

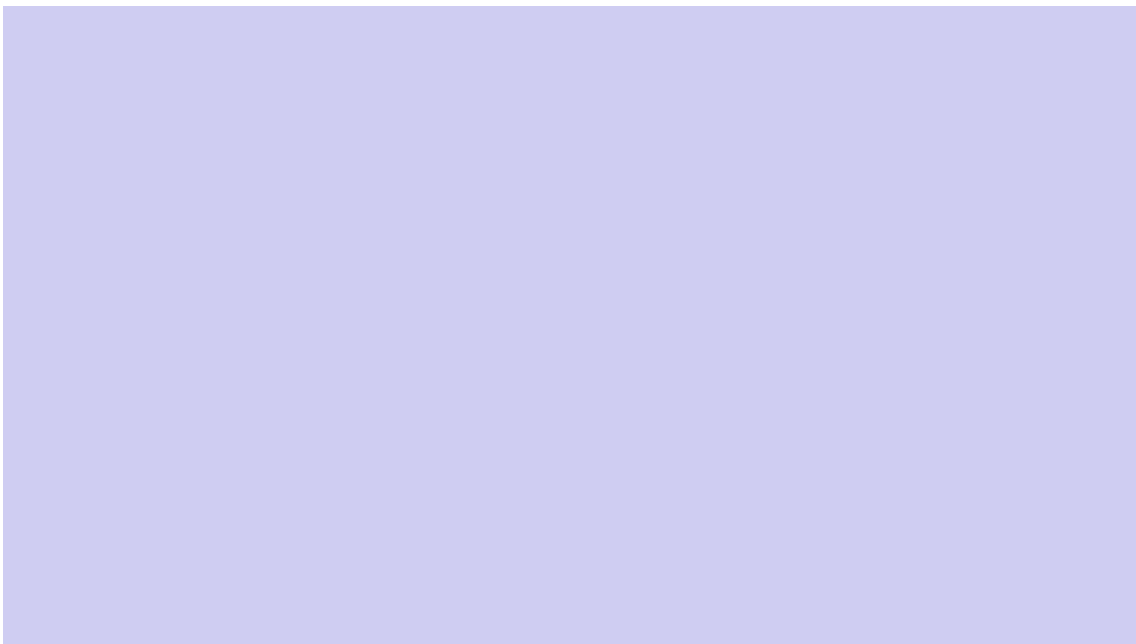
8 Aperte as pernas da pessoa (que estão entre as suas) e posicione-as na posição ortostática;

11 Caso a pessoa não consiga rodar no assento, deve colocar um disco giratório de transferência ou um lençol, no assento antes de realizar a transferência;

9 Coloque a pessoa de costas para o assento do carro e solicite ao mesmo que se incline para trás e que se sente apenas quando sentir o assento a tocar na parte de trás das pernas;

12 Certifique que a pessoa se encontre bem sentado e confortável.

(Accident Compensation Corporation, 2012; Chauhan, 2013 citado por Dixe et al, 2020)



Sair do carro:

1

Coloque a cadeira lateralmente ao assento do carro e não se esqueça de travá-la;

2

Retire os apoios de braços, patins e tudo o que possa ser removível e que seja um obstáculo à transferência;

3

Coloque o banco do carro o máximo possível para trás, por forma a ter espaço suficiente para mover as pernas;

4

Peça à pessoa para colocar as pernas fora do carro, uma de cada vez, fazendo movimentos pequenos e com a ajuda da força dos braços

5

Se a pessoa tiver dificuldades na rotação, deve colocar um lençol ou um disco giratório de transferência por forma a diminuir a fricção e rodar mais facilmente;

6

Peça à pessoa que se desloque para a frente de modo a que fique a tocar totalmente com os pés no chão;

(Accident Compensation Corporation, 2012; Chauhan, 2013 citado por Dixe et al, 2020)

7

Coloque-se à frente da pessoa e coloque as pernas do mesmo a 90° de flexão e entre as suas pernas;

8

Peça à pessoa que se incline para a frente o máximo possível (ou ajude o a fazer esse movimento, caso o indivíduo não tenha equilíbrio suficiente para o fazer de forma autónoma);

9

Peça à pessoa que coloque as suas mãos em volta dos seus ombros e coloque as suas mãos debaixo da anca do indivíduo;

10

Flita a suas pernas de modo a usar a força dos músculos das mesmas e não dos músculos superiores;

11

Aperte as pernas da pessoa (que estão entre as suas) e posicione-o na posição ortostática;

12

Coloque a pessoa de costas para o assento da cadeira de rodas e solicite que o mesmo se incline para trás e que se sente apenas quando sentir o assento a tocar na parte de trás das pernas.

(Accident Compensation Corporation, 2012; Chauhan, 2013 citada por Dixe et al, 2020)



TRANSFERÊNCIA DO CHÃO PARA A CADEIRA

Se existir uma queda e após a mesma, é importante que o cuidador avalie:



- A respiração e o ritmo cardíaco (pulsação);



- Observe se há alguma lesão como hematomas ou possíveis fraturas e pergunte se existe dor localizada. Caso observe algo mais grave deve pedir ajuda médica.

(Grey Bruce Health Services, 2004, citado por Dixe et al, 2020)

Se a pessoa for parcialmente dependente instrua-a para se levantar do seguinte modo:

1

Posicione uma cadeira à frente da cabeça da pessoa que se encontra no chão;

2

Peça à pessoa para rolar e se deitar de lado, para dobrar os joelhos e colocar a mão que se encontra do lado do chão, de baixo da cabeça;

3

Com a outra mão, peça à pessoa para empurrar o chão e levar o tronco para cima e, de seguida, peça para se por de gatas;

4

Seguidamente instrua a pessoa para colocar as mãos na cadeira, assumindo uma posição de joelhos;

5

Peça para levar um joelho para cima, de modo a ficar com um pé no chão;

6

Por último, instrua para que realize força contra a cadeira e com o pé que se encontra no chão, de modo a conseguir levantar a outra perna

(Grey Bruce Health Services, 2004, citado por Dixe et al, 2020)

Caso tenha de levantar uma pessoa mais dependente e com maior estatura física, peça ajuda a outra pessoa:

1

Leve a pessoa para a posição de sentada;

2

Coloque uma cadeira atrás das costas da pessoa;

3

Peça à pessoa para tentar fazer força nas pernas;

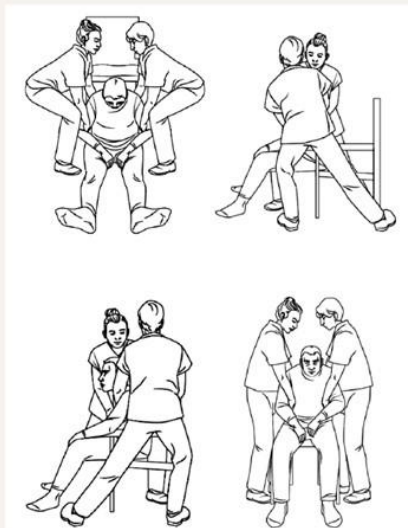
4

Mantendo as costas direitas, o cuidador e a pessoa que irá auxiliar a levantar, devem transferir o peso que irão fazer para as pernas, no momento em que irão realizar força para levantar a pessoa que se encontra no chão;

5

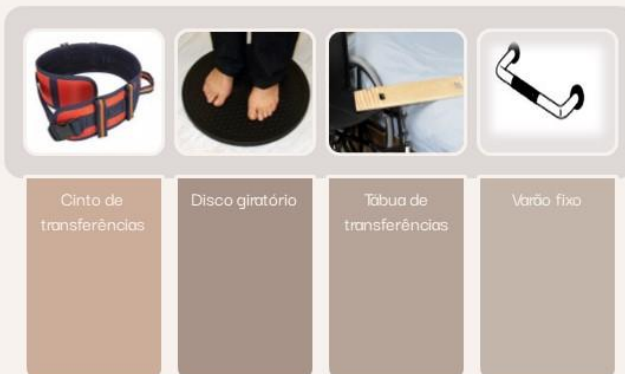
Juntamente com a outra pessoa e num movimento sincronizado, com comunicação, levantem a pessoa e sentem-na na cadeira.

(European Agency for Safety and Health at Work, 2003, citado por Dixe et al, 2020)



(Dixe et al, 2020)

PRODUTOS DE APOIO QUE FACILITAM AS TRANSFERÊNCIAS



(Dixe et al, 2020)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida C, Mendes R, Santos L. Manual de boas práticas para Utilização de produtos de apoio para cuidadores. 1a ed. Lisboa, Portugal: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;
- Accident Compensation Corporation. Techniques for moving and handling people [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.acc.co.nz/preventing-injuries/at-work/industry-specific-safety/movingand-handling-people-nz-guidelines/WPC094566>;
- Chauhan D. Guidance for the Moving and Handling of Patients and Inanimate Loads [Internet]. 2013 [citado 2 de Março de 2019]. Disponível em: https://www.uhmb.nhs.uk/files/714/734/4788/Manual_Handling_of_Inanimate_and_Patient_Loads_FV121.pdf;
- Dixe et al. (2020). Apoiar na autocuidado de utentes e cuidadores informais. Consultado em 18 Fevereiro de 2024. Disponível em www.help2care-pal.org/materiais;
- European Agency for Safety and Health at Work. E-fact 28 - Patient handling techniques to prevent MSDs in health care - Safety and health at work - EU-OSHA [Internet]. 2003 [citado 1 de Outubro de 2018]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact28/view>;
- Great Britain, Health and Safety Executive. Manual handling: manual handling operations regulations 1992 : guidance on regulations. 2016;
- Grey Bruce Health Services. Patient & Material Lift/Transfer Manual. 2a ed. Health Care Health and Safety Association of Ontario; 2004;
- Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, Portugal; 2004;
- Unidade de Saúde Familiar Anta. Manual do Cuidador Informal de Utentes Dependentes[Internet]. 2014 [citado 1 de Outubro de 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/manual-do-cuidador-informal-de-utentesdependentes/>;
- Timmerman RA. A Mobility Protocol for Critically Ill Adults: Dimensions of Critical Care Nursing. Setembro de 2007;26(5):175-9;
- Waters T, Nelson A, Hughes N, Menzel N. Safe patient handling training for schools of nursing. Curricular materials. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health [Internet]. 13 de Maio de 2017 [citado 1 de Outubro de 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-127/default.html>

OBRIGADO!



Fotos



APÊNDICE XII – Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio na toma da medicação – Complicações/Efeitos Secundários)

Plano de sessão

Tema: Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e alívio da sobrecarga (PAPAS) – Apoio no Autocuidado na toma da medicação - Complicações/Efeitos Secundários

Data e local: Fevereiro de 2024 – Ginásio da UCC de Abrantes

Duração:

30 – 45 minutos

Entidade responsável:

UCC de Abrantes

Colaboração:

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Destinatários:

- Cuidadores Informais do concelho de Abrantes

Objetivos Geral:

Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.

Objetivos Específicos:

Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes.

Conteúdos programáticos:

- Definição de efeito secundário da medicação
- Tipos de efeitos de secundários / Classificação dos efeitos secundários
- Fatores de risco
- Ensino dos 5 certos da medicação
- Manifestações e sintomas de efeitos secundários
- Ensinar como reduzir o risco de desenvolver uma reação adversa
- Ensino do procedimento de atuação caso ocorra alguma complicação/efeito secundário

Metodologia:

Expositiva /Participativa

Material:

- Computador + Videoprojector

Avaliação:

Aplicação novamente das escalas, de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et al. (2020) (no autocuidado transferências), escala de avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit e as questões de resposta aberta sobre o sentido de vida, após 15 dias da sessão.

Apresentação em PowerPoint

Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e alívio da sobrecarga

Apoio na toma da medicação – Complicações/Efeitos
Secundários

Discente: Líliana Rei

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da ESSLei

Objetivos

Geral.

Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para uma prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.

Específico.

Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do concelho de Abrantes.

Efeito secundário



O efeito secundário também conhecido por **reação adversa ao medicamento** (RAM), consiste numa resposta nociva e não intencional à toma de um medicamento. Acontece mesmo fazendo uso correto dos medicamentos, não se podendo prevenir na maioria dos casos. (Ordem dos Farmacêuticos, 2023)

Tipologia



Farmacológicas

São mais frequentes e menos graves, relacionam-se com os efeitos terapêuticos do medicamento, que resulta numa resposta aumentada do organismo. Normalmente são previsíveis, dependendo da dose, sendo mais prevalentes na toma de doses elevadas (Ordem dos Farmacêuticos, 2023).



Idiossincráticas

São imprevisíveis e raras, mas podem ser graves, associadas a alterações genéticas, que condicionam a resposta do organismo aos medicamentos. As **reações alérgicas** são um exemplo deste tipo de reações, são uma consequência de uma resposta imunitária desadequada à presença do medicamento no organismo (Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Classificação



(Ordem dos enfermeiros, 2023)

Factores de risco

Características do medicamento

Características da pessoa

Modo de uso do medicamento

- Idade
- Fatores genéticos
- Doenças
- Uso de outros medicamentos (polimedicação)

- Dose
- Duração
- Via



(Ordem dos enfermeiros, 2023)

5 certos da medicação

Pessoa certa



Medicamento certo



Dose certa



Hora certa

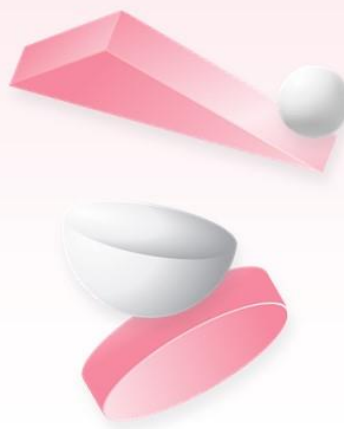


Forma certa



Manifestações / Sintomas

Sempre que se inicia a toma de um medicamento, é importante conhecer os efeitos pretendidos do medicamento e os **efeitos indesejados**, de forma a estar atento a algum efeito que possa ser diferente do habitual. As manifestações diferem de medicamento para medicamento, sendo por isso é muito importante consultar a bula do medicamento. (Metis, 2020)



Manifestações / Sintomas (Comuns e ligeiras)

Distúrbios digestivos

- Perda de apetite;
- Náuseas;
- Sensação de distensão abdominal;
- Obstipação;
- Diarreia;

Erupções cutâneas

- Sensação de comichão (prurido)
- Eritema

Sistema nervoso

- Dores de cabeça
- Tonturas
- Sonolência

Manifestações / Sintomas (Pouco frequentes/raras e graves)

Anemia e redução de glóbulos brancos

Fraturas óssea

Coágulos sanguíneos

Taquicardia ventricular

Lesão renal

Lesão hepática

Angioedema

(Manual MSD, 2023)

COMO REDUZIR O RISCO DE DESENVOLVER UM REAÇÃO ADVERSA?

Informar os profissionais de saúde acerca de todos os medicamentos que toma, bem como suplementos alimentares ou produtos à base de plantas.

Manter os medicamentos na embalagem original, para maior proteção e consulta de informação sobre o prazo de validade, lote, etc.

Ler e conservar o folheto informativo dos medicamentos.

Tomar o medicamento na dose que foi prescrita.

Não interromper o tratamento antes do recomendado.

Não prolongar o tratamento sem consultar o profissional de saúde.

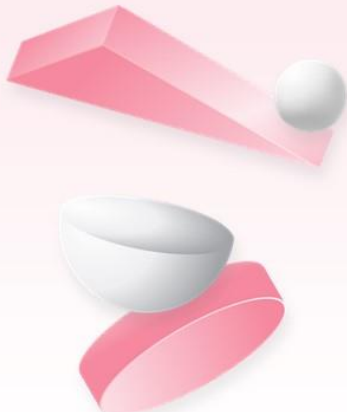
As crianças, as grávidas, as mulheres a amamentar e pessoas com doenças crónicas devem aconselhar-se com o médico ou o farmacêutico antes de tomarem qualquer medicamento.

(Ordem dos enfermeiros, 2023)

COMO PROCEDER PERANTE A SUSPEITA DE UMA REAÇÃO ADVERSA?



Adicionalmente caso ocorra uma reação adversa grave



Contacte o 112 ou dirija-se a um estabelecimento de saúde o mais rápido possível;

Caso a pessoa esteja inconsciente, verifique a respiração e pulsação.



MUITO OBRIGADO!

Referências Bibliográficas

- Infarmed (2016). Campanha europeia sobre efeitos indesejáveis de medicamentos. Consultado em 20 fevereiro de 2024. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Q0t4bT7QjDM&list=PLgnsJOOmq-3Vt7n0t7cTf516DsSqRLZki&index=6>
- Infarmed (2019). Farmacovigilância. Consultado em 20 fevereiro de 2024. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=i7fivS4GClo&list=PLgnsJOOmq-3Vt7n0t7cTf516DsSqRLZki&index=15>
- MANUAL MSD (2023). Considerações gerais sobre reações adversas medicamentosas. Consultado em 20 fevereiro de 2024. Disponível em <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/medicamentos/rea%C3%A7%C3%B5es-adversas-medicamentosas/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-rea%C3%A7%C3%B5es-adversas-medicamentosas>
- Ordem dos farmacêuticos (2023). O que são Reações Adversas aos Medicamentos?. Consultado em 20 fevereiro de 2024. Disponível em <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/o-que-sao-reacoes-adversas-aos-medicamentos/>

Fotos

