



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA: ÁREA DE ENFERMEGEM SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA*

Ana Rita Correia de Matos

ORIENTADOR:

Professora Doutora Catarina Afonso

UNIDADE CURRICULAR:

ESTÁGIO DE ESCSP II COM RELATÓRIO

Leiria, março de 2023



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA*

*Projeto de Intervenção Comunitária: Curae ... de mim – Projeto de Intervenção
Comunitária de apoio e redução da sobrecarga dirigido a cuidadores familiares de
uma Unidade Cuidados na Comunidade (UCC).*

Apresentado para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária:
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Ana Rita Correia de Matos | Nº 5210154

ORIENTADOR:

Professora Doutora Catarina Afonso

UNIDADE CURRICULAR:

ESTÁGIO DE ESCSP II COM RELATÓRIO

Leiria, março de 2023

“Não é possível existir naquilo que não fomos, naquilo que não vivemos.

Mas é possível crescer através daquilo que tentamos,
daquilo que procuramos, daquilo que sentimos”.

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho contou com a participação de várias pessoas, a quem quero expressar todo o meu agradecimento.

À Professora Doutora Catarina Afonso, minha orientadora, pela sua partilha de saberes, pelo seu carácter e coração. Com ela fiz esta caminhada, feita com glória, e com ela alcancei competências tão importantes para a minha prática profissional futura. Agradeço-lhe por ter aceitado orientar este trabalho, pelo seu apoio, sugestões sempre oportunas e construtivas, pelo incentivo para poder ultrapassar os contratempos vividos pelo caminho, obrigada por acreditar em mim.

Agradeço a todos os profissionais de saúde, com os quais tive o privilégio de trabalhar ao longo dos ensinamentos clínicos, que me acolheram como parte integrante da equipa, em especial ao Enfermeiro Luís Seixo.

Agradeço à minha família, e aos amigos do coração, pois sem o seu apoio, não teria levado a bom porto toda esta minha caminhada formativa, que me enriqueceu quer profissional quer pessoalmente. A todos Vós, pelo vosso exemplo de luta, e apoio incondicional, serei sempre grata.

Agradeço ao meu avô Lúcio, avó São, e primo Zé, que apesar de já não estarem entre nós fisicamente, a sua presença fez-se sentir em cada dia, através da simbiose das recordações que guardo dos três.

Às minhas colegas de ensino clínico, Rita, Idalina e Emília. A ti Emília, agradeço do fundo do meu coração por teres sido a minha companheira de viagens, de desabafos, e de um percurso feito em colaboração. Obrigada, pelas partilhas e por nos termos apoiado mutuamente.

Todos os dias agradeço a Deus, por ter reunido tantas pessoas dotadas, e talentosas para me ajudarem neste percurso. Todos se orgulharão com certeza, com mais uma conquista minha.

Por último, mas não menos importante, a todos os cuidadores informais, que me permitiram acompanhá-los em momentos únicos e especiais. Estes são o objetivo de continuar o meu crescimento profissional, e oferecer-lhes humanamente cuidados de excelência.

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

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

CAJ - Centro de Atendimento a Jovens

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVC- Centro de vacinação COVID-19

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSCSP - Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ELI - Equipas Locais de Intervenção

ERPIS - Estruturas Residenciais para Idosos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEI - Plano Educativo Individual

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RNU - Registo Nacional de Utentes

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SVIG-TB - Sistema de Vigilância da Tuberculose

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

RESUMO

Este relatório descreve o percurso dos ensinamentos clínicos, numa análise crítica e reflexiva do processo de aquisição, e desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada, como enfermeira em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Os ensinamentos clínicos desenvolveram-se numa Unidade de Saúde Pública da Administração Regional do Centro e numa Unidade de Cuidados na Comunidade da Região, contextos que permitiram ter acesso à realidade dos Cuidados de Saúde Primária. O Modelo de Sistemas de Neuman, foi norteador de todo o percurso. Entre as intervenções realizadas, salienta-se o planeamento em saúde, que contemplou todas as etapas inerentes ao mesmo (diagnóstico da situação, definição das prioridades, delineamento dos objetivos, escolha das estratégias, elaboração e execução do projeto e avaliação), e se traduziu na realização de um Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores familiares de uma UCC, através da replicação do Programa de intervenção Psicoeducativa “Curae ... de mim”. Para sustentar a intervenção, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que serviu para consubstanciar a prática baseada na evidência.

O projeto foi operacionalizado com um grupo de seis cuidadores informais, tendo sido aplicada a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010) antes e após a intervenção. Com a implementação do projeto, verificou-se uma redução da sobrecarga nos seis cuidadores que participaram na implementação do mesmo, pois em conformidade com os pontos de corte para a determinação dos níveis de sobrecarga, verificou-se que 5 dos cuidadores, após a intervenção, não apresentavam sobrecarga e 1 sobrecarga ligeira. Esta evidência corrobora estudos prévios de intervenção com cuidadores, reforçando o papel dos Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública junto dos cuidadores informais, numa perspetiva de saúde pública, intervindo localmente em grupos numa perspetiva comunitária.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Comunitária, Saúde Pública, cuidadores informais, promoção da saúde.

ABSTRACT

This report describes the course of clinical training in a critical and reflective analysis of the process of acquisition and development of competencies inherent to the specialized practice as a nurse in Community Health Nursing in the area of Community Health and Public Health. The clinical teachings were developed in a Public Health Unit of the Regional Administration of the Center and in a Community Care Unit of the Region, contexts that allowed access to the reality of Primary Health Care. The Newman Systems Model guided the entire course. Among the interventions carried out, we highlight health planning, which included all its inherent stages (diagnosis of the situation, definition of priorities, delineation of objectives, choice of strategies, preparation and implementation of the project, and evaluation) and resulted in the development of a Community Intervention Project aimed at family caregivers of a CCU, through the replication of the Psychoeducational intervention program "Curae ... de mim". To support the intervention, an integrative literature review was conducted to substantiate the evidence-based practice.

The project was implemented with a group of six informal caregivers, and the Caregiver Burden Scale (Sequeira, 2010) was applied before and after the intervention. With the implementation of the project, there was a reduction in the caregiver burden in the six caregivers who participated in the implementation of the project, since, in accordance with the cut-off points for the determination of the levels of burden, 5 of the caregivers, after the intervention, had no burden and 1 had a mild burden. This evidence corroborates previous studies on the intervention with caregivers, reinforcing the role of Community Health Nursing in the area of Community Health and Public Health among informal caregivers from a public health perspective, intervening locally in groups from a community perspective.

Keywords: Nursing, Community Health, Public Health, informal caregivers, health promotion.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE SAÚDE PÚBLICA E DE SAÚDE COMUNITÁRIA	15
1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	16
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	22
2. MODELO DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN.....	27
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	32
3.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	32
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA	38
4. PLANEAMENTO EM SAÚDE	50
4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	50
4.2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DAS NECESSIDADES.....	55
4.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	59
4.4. FORMULAÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	61
4.5. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS	62
4.6. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	64
4.7. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	66
4.8. AVALIAÇÃO.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	81
Anexo I- Escala de Sobrecarga do Cuidador	
Anexo II- Pedido de Autorização para Utilização -Escala de Sobrecarga do Cuidador	
Anexo III- Pedido para Autorização ao Corpo Clínico do ACES	
Anexo IV- Pedido de Parecer e Resposta à Comissão de Ética da ARSC	
Anexo V- Pedido de autorização Replicação do Programa "Curae de Mim"	
APÊNDICES.....	21

Apêndice I – Planeamento e apresentação sessão: Complicações da Diabetes e Alergias Alimentares

Apêndice II – Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice III-Guião de entrevista Enfermeiros

Apêndice IV- Análise de conteúdo das entrevistas aos Enfermeiros

Apêndice V – Guião de entrevista Cuidadores Informais

Apêndice VI- Análise de conteúdo das entrevistas aos Cuidadores Informais

Apêndice VII- Termo de consentimento informado aos participantes do “Curae...de mim”

Apêndice VIII-Hierarquização das necessidades pelo Método Hanlon e boletim de votos

Apêndice IX – Planos de sessão

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Objetivos, atividades, indicadores e metas	66
Tabela 2. Níveis de sobrecarga do cuidador informal antes da intervenção (N=14).....	68
Tabela 3. Níveis de sobrecarga do cuidador informal após a intervenção (N=6)	71

INTRODUÇÃO

Conhecer, crescer, e mostrar que posso ser uma enfermeira com novas competências específicas, e especializadas foi o lema que me levou a ingressar no Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSCSP). Imaginava a Enfermagem Comunitária com expressão multifacetada, na promoção da saúde do utente/grupo/comunidade, e coloquei essa expectativa ao longo deste percurso, tendo-me proporcionado múltiplas oportunidades que aproveitei ao máximo, de forma a desenvolver os meus conhecimentos e a minha aprendizagem. Com isto em mente, investi nesta formação, que me trouxe indiscutivelmente uma riqueza de conhecimentos, experiências, recursos para o aperfeiçoamento, e ganhos de novas competências, para o que muito contribuiu a realização dos ensinamentos clínicos numa Unidade de Saúde Pública (USP) da Administração Regional do Centro e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Região Centro.

Os cuidados de saúde primários, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), são a primeira linha de contacto dos utentes/grupos/comunidade com o sistema de saúde, cuja missão consiste no aumento da proximidade dos cuidados de saúde até aos locais ao domicílio e local de trabalho. Pretendem cobrir parte das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo do seu ciclo vital, abrangendo a prevenção, o tratamento, a reabilitação e cuidados paliativos, isto é, todos os níveis de intervenção. De acordo com a OMS (2021), este nível do sistema de saúde dá prioridade à experiência das pessoas com os serviços de saúde, de modo a que os cuidados que lhes são prestados sejam os que necessitam. Os cuidados de saúde primários são mais abrangentes, e resolutivos em termos de saúde e bem-estar holístico, atuando numa abordagem às comunidades, centrada nas necessidades, e preferências dos utentes/famílias/comunidade, com enfoque na prestação de cuidados integrais aos utentes, em conformidade com as suas necessidades de saúde e não apenas num conjunto de doenças. Ainda, em conformidade com a OMS (2018), este tipo de cuidados alicerça-se nos seguintes princípios: (i) satisfazer as necessidades de saúde, promovendo cuidados equitativos e universais, de forma a assegurar todo o ciclo vital dos utentes; (ii) abordam os determinantes da saúde sociais e ambientais, suportando-se em políticas que abarquem estratégias para otimizar a segurança sanitária; promovem o empoderamento dos indivíduos/grupos/comunidade com o objetivo de otimizar e proteger a sua saúde, bem como

dos profissionais de saúde para a melhoria dos recursos, prescrição racional, comunicação e uso de tecnologias adequadas (OMS, 2021). Está implícito o princípio máximo da Declaração Universal dos Direitos Humanos que “Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar, para si e para as suas famílias, o que inclui alimentação, vestuário, habitação e prestação de cuidados de saúde” (ONU, 1968, p. 7).

Por todas estas características, e pelas potencialidades que caracterizam os cuidados de saúde primários, considero que a formação na área foi um desafio a que me propus e que abracei com elevadas expectativas, mas com alguns receios, uma vez que a minha área de atuação profissional é totalmente diferente, no Instituto Português do Sangue e da Transplantação – Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra, mas tendo a intenção de elevar a promoção da saúde e começar a ser veículo ativo de promoção da saúde.

Assim, posso desde já, referir que os ensinamentos clínicos foram importantes, pois tive a oportunidade de ser integrada numa realidade diferente, que implica uma constante atualização de conhecimentos, aquisição de novas competências, aprimorar capacidades técnicas e relacionais, constante reflexão sobre as práticas diárias, para que pudesse melhorar cada vez mais.

Para poder guiar a minha atuação, ao longo dos ensinamentos clínicos, apoiei-me no Modelo Teórico de enfermagem de Betty Neuman, nomeadamente na sua Teoria de Sistemas, uma vez que se baseia num modelo geral da teoria dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos como sistemas abertos em interação uns com os outros e com o ambiente. Neuman considera que o cliente pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma entidade social (Neuman & Fawcett, 2011). Um pressuposto importante da sua teoria é que, cada pessoa é um sistema único, um composto de fatores e características, dentro de um determinado intervalo de respostas. O ser humano é uma pessoa total, caracterizada por cinco variáveis, que incluem as fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (Neuman & Fawcett, 2011). Trata-se de um Modelo que pode ser aplicado como estrutura conceitual no planeamento em saúde que, no caso concreto, se traduziu num Projeto de Intervenção Comunitária de apoio e redução da sobrecarga dirigido a cuidadores familiares de uma UCC, através da replicação do Programa de intervenção Psicoeducativa “Curae ... de mim”.

Sabendo que o envelhecimento da população é determinante no aumento de pessoas dependentes, que exigem um apoio acrescido para poderem satisfazer as suas necessidades. Os cuidadores informais são elementos fundamentais “para garantir a continuidade de cuidados, apesar de ser um processo desgastante e com consequências na saúde” (Melo et al., 2018, p. 74).

Ancorado no planeamento em saúde, como forma de reduzir ou mesmo evitar a sobrecarga dos cuidadores informais, assumi, em parceria com os elementos da equipa de saúde, planear e implementar um programa de intervenção de enfermagem, corretamente estruturado, para ajudar os cuidadores informais, consubstanciada também em evidências científicas de elevada qualidade, que suportaram a revisão integrativa da literatura que realizei, que demonstram uma prevalência de sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais, tornando ainda mais urgente uma intervenção na área.

A elaboração deste trabalho tem como principal objetivo direcionar o processo de aprendizagem, bem como a sequência dos objetivos do ensino clínico, tendo como suporte as competências gerais e específicas, que se pretendem que o estudante atinja em ensino clínico (Louro & Kraus, 2022): 1. caracterizar os contextos de aprendizagem da prática especializada em EEECSOSP; 2. descrever e analisar de forma crítico-reflexiva a prática realizada, salientando a aquisição e desenvolvimento das competências do EEECSOSP; 3. descrever as atividades desempenhadas ao longo destas semanas, assim como as estratégias desenvolvidas na área do planeamento em saúde no seio da comunidade que integra a equipa da USP.

Este relatório pretende ser um instrumento de reflexão das competências comuns do Enfermeiro Especialista com as competências específicas do EEECSOSP, desenvolvidas em contexto de ensino clínico, dando resposta aos objetivos anteriormente explicitados. Para melhor compreensão de tudo quanto apresento, estruturei este documento em cinco capítulos. No primeiro apresento a caracterização dos locais de ensino clínico, nomeadamente a USP e a UCC (respondendo ao objetivo 1). O segundo capítulo contém a concetualização teórica da temática e o Modelo Teórico, ou seja, a Teoria de Sistemas de Neuman, que me permitiu refletir, e analisar os possíveis stressores intra, inter e extrapessoais dos cuidadores informais, inerentes à sua prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio, e serviu de guia para a implementação do projeto, tendo em vista uma assistência holística, a

segurança e o bem-estar dos cuidadores informais. No terceiro capítulo procedo à descrição e reflexão das competências adquiridas, bem como das atividades que as operacionalizaram, tendo em conta as competências do EEECSOSP, o que dá resposta ao objetivo 3. O quarto capítulo refere-se à metodologia adotada, o planeamento em saúde, descrevendo as várias etapas e o quinto capítulo é dedicado a uma análise crítica, e reflexiva do percurso realizado, com particular destaque para o planeamento em saúde realizado, onde explano as implicações do projeto desenvolvido na prática, na disciplina e na ciência de enfermagem, dando resposta ao objetivo 4.

Assim, o presente trabalho não é mais que a reflexão do caminho, entre a descrição e a reconstrução da ação, pois refletir sobre a ação implicou que pensasse nas experiências vivenciadas *in loco*, tendo em conta as necessidades dos utentes/famílias/comunidade e os recursos mobilizados, particularmente no que diz respeito aos cuidadores informais. Isto implicou analisar a minha ação de forma crítico-reflexiva, com base nos conhecimentos, na experiência e na informação, para que lhe pudesse atribuir sentido e alcançar a compreensão da situação propriamente dita, resultando numa reorganização, e num aprofundamento do conhecimento das minhas intervenções num “aqui e agora”.

No processo de elaboração do presente relatório, converteu-se o eixo central da relação entre a teoria e a prática, tendo partido da premissa que não podia conhecer sem agir e nem agir sem conhecer. Assim, todo este percurso contribuiu para uma prática clínica avançada, o que me caracteriza como futura EEECSOSP. Deste modo, este trabalho constituiu o culminar do meu percurso realizado pela enfermagem comunitária, reforçando que a enfermagem é uma carreira, ciência e disciplina gratificante, pois é a pura arte de cuidar, de ajudar os outros e de trabalhar em colaboração.

1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE SAÚDE PÚBLICA E DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Dado que se está perante um nível de formação em que deverá ser o formando, em parceria com os seus orientadores, traçar o seu percurso formativo, moldando este processo de acordo com os seus objetivos e interesses pessoais, conhecer o local do ensino é indispensável (Alarcão, 1996). É com base nestes pressupostos, que apresento seguidamente o local onde decorreu a minha prática clínica. Desta forma, neste capítulo será dada a conhecer a estrutura física, orgânica e funcional de uma USP da Administração Regional do Centro e de uma UCC da Região Centro, locais onde decorreu a prática clínica.

Foi extremamente importante compreender que as competências se desenvolvem através da integração da teoria na prática, na partilha de conhecimento com os colegas da prática, mas também na participação dos processos, na realização das intervenções ao longo do ensino clínico. A partilha de conhecimentos é o modo mais importante de transferência de conhecimentos em contextos reais da prática, uma vez que se baseia na partilha de saberes, que depende de uma cultura de cooperação e de apoio entre todos os elementos que constituem a equipa de saúde (Louro & Kraus, 2022). Assim, tive o privilégio de vivenciar muitos momentos de partilha de conhecimentos por parte daqueles que já exercem na área com muita proficiência e perícia. Por outro lado, as intervenções que realizei serviram de preâmbulo para uma futura prática profissional que pretendo ser de excelência.

Assumi, desde logo, a necessidade de perceber e de sistematizar toda a orgânica dos locais de ensino clínico e a respetiva envolvência no momento da realização do estágio, pois a minha prática profissional é uma realidade completamente diferente, não tendo contacto com os Cuidados de Saúde Primários. Neste sentido, ainda que tenha encontrado alguns obstáculos, como ter de realizar os ensinamentos clínicos fora da minha área de residência e local de trabalho, o que implicou um grande reajustamento da gestão da vida pessoal, profissional e formativa, considero que valeu a pena, pois os locais de ensino clínico vieram dar-me uma visão mais ampliada do que é a realidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acresce referir que a articulação que aconteceu entre a USP e a UCC na sequência da realização do meu projeto, na articulação entre as equipas, foi fluído com o tempo, o que me deu a oportunidade de crescer profissional e pessoalmente.

1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

O estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II iniciou num Pólo de uma USP pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, inserida num ACeS da zona centro do país. A USP, em articulação com as demais unidades funcionais do ACeS, unidades de saúde, instituições comunitárias e interação com a população geral, tem como missão defender, proteger e promover a saúde da população da sua área de abrangência, recorrendo ao uso de todos os recursos disponíveis (BI-CSP, 2022). A missão da USP, onde decorreu o ensino clínico, consiste no planeamento e organização de atividades de proteção e promoção da saúde da comunidade. Tem a responsabilidade de ser o Observatório de Saúde do ACeS no que diz respeito à vigilância epidemiológica, bem como adaptar os planos regionais e nacionais às características da população que serve, e desenvolver novos planos de intervenção na sua população (USP, 2022). A área geodemográfica deste ACeS integra-se na Região Centro (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos [NUTS] II), abrangendo um total de dez concelhos com uma área total de abrangência de 2 424,62 km². A área geográfica de abrangência deste Pólo da USP mostra uma área total de 380 Km², dando resposta a um total de 63 159 habitantes (BI-CSP, 2022).

Em conformidade com o Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro), o cálculo das dotações seguras para a USP deve ser no rácio de pelo menos um enfermeiro por cada 30 000 habitantes, preferencialmente especialistas. A USP é uma unidade funcional de cuidados personalizados, constituída por uma equipa multiprofissional de médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública e de saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental e assistentes técnicos.

Na passagem pela USP e ao concretizar o diagnóstico de situação, fui percebendo que a organização se aproximava do modelo biomédico, mas criticamente parece-me que poderia desenvolver-se numa perspetiva de Newman, uma vez que enfatiza os cuidados de enfermagem com foco na prevenção (Neuman & Fawcett, 2011), possibilitando a sua aplicação na promoção da saúde em populações de risco e/ou grupos vulneráveis, nomeadamente os cuidadores informais. O diagnóstico de situação foi particularmente importante, uma vez que se traduziu na identificação dos cuidadores enquanto grupo de risco.

Os cuidadores estão expostos a stressores, resultantes do processo de cuidar um familiar dependente, predispondo-as a maior vulnerabilidade para a sobrecarga, devido a stressores inter, intra ou extrapessoais. Como tal, o modelo de Neuman permitiu-me orientar os cuidadores informais para o bem-estar, possibilitando vê-los sob uma perspetiva holística, numa perspetiva de sistema dinâmico de energia e de interação de variáveis intra, inter e extrapessoais (Neuman & Fawcett, 2011).

O referencial de contratualização das USP, no que concerne a 2022, alicerçou-se na sua matriz de competências, no cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”, para dar resposta às necessidades da população e respetivas diretrizes do Ministério da Saúde, contando ainda com a sua atividade no âmbito da pandemia por COVID-19 (ACSS, 2022). Neste âmbito, é competência das USP implementar medidas em articulação com as outras Unidades Funcionais, para a melhoria de respostas à doença aguda e face ao aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, visando, ainda, o reforço da articulação com os municípios e outras estruturas comunitárias, o que se traduz na participação ativa dos cidadãos em termos de definição do funcionamento dos serviços de saúde (ACSS, 2022).

É de referir a pandemia por COVID-19 interferiu na priorização dos cuidados, delegando a função de observatório da USP e no que se refere às atividades de promoção da saúde. A prática assistencial associada à vacinação absorveu as equipas, com especial destaque para as equipas de enfermagem, que demonstram grande capacidade na gestão e organização da vacinação, o que conferiu ainda dando ênfase à importância que estes profissionais têm nas USP. A realidade vivenciada na USP, onde decorreu o ensino clínico, não diferiu do panorama nacional, pois a COVID-19 foi, como referem Vieira et al. (2021, p. 393), “a primeira pandemia severa do mundo moderno, tendo já colapsado diversos sistemas de saúde, obrigando-os a adaptar-se”. Neste pressuposto, os referidos autores analisaram a atividade numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários em Portugal, durante o primeiro pico da pandemia, como forma de avaliar os seus impactos no acompanhamento clínico da população. Tratou-se de um estudo retrospectivo, com análise os dados de todas as consultas efetuadas numa unidade de cuidados primários entre 1 de março e 31 de julho de 2020 e em período homólogo de 2019 e 2018. Ficou, assim, demonstrado que, em 2020, houve um aumento de consultas quando comparado com igual período de 2019 e 2018, maioritariamente não presencial, ao

contrário de anos anteriores, com redução da “maioria das consultas de vigilância e de rotina (2.562 em 2020, 3.067 em 2019 e 2.975 em 2018) e um aumento das consultas por patologia psiquiátrica, destacando-se a ansiedade (362 em 2020, 252 em 2019 e 238 em 2018)”. Este estudo consistiu numa primeira casuística da atividade dos Cuidados de Saúde Primários registada durante a primeira vaga da pandemia, a nível nacional (Vieira et al., 2021, p. 393). Esta foi uma situação também verificada na USP, onde decorreu o ensino clínico, onde se verificou uma diminuição de realização de algumas consultas presenciais, não necessariamente, tal como partilharam as enfermeiras supervisoras e corroborado com os documentos existentes na unidade, por inferior incidência das patologias, mas porque os utentes procuraram menos os cuidados de saúde devido ao medo de contágio por COVID-19. No entanto, como referem Vieira et al. (2021, p. 403), “não se pode excluir que o confinamento, a redução da atividade laboral e o maior distanciamento social possam também ter reduzido a incidência de algumas patologias”.

Foi, assim, visível o impacto da pandemia na USP, o que levou à envolvimento de toda a equipa na vacinação, fazendo com que a intervenção comunitária, especialmente a saúde escolar, até então ser uma prioridade, ficasse para segundo plano durante a pandemia. Desde o início do ensino clínico, verifiquei que se começaram a estabelecer contactos com as escolas, para reuniões e planeamento das intervenções a realizar no corrente ano letivo. Assim, em contexto de ligação com a comunidade escolar, a intervenção da USP incide no pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico, cujo principal objetivo consiste em dar resposta aos programas nacionais de saúde escolar e de saúde oral, com a emissão dos cheques dentista para a coortes dos 7, 10 e 13 anos, numa parceria com programa COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative for Europe*), que consiste num sistema de vigilância do estado nutricional infantil das crianças em idade escolar do 1º Ciclo do Ensino Básico (dos 6 aos 8 anos), sob supervisão científica do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e apoio da Direção Geral da Saúde (DGS). A ida das equipas às escolas e desenvolvimento de programas em saúde escolar, como é exemplo o “Quero crescer forte”, esteve parado durante a pandemia.

Por tudo o que foi exposto, reconheço também que, devido à pandemia, experienciei um contacto com a USP diferente, totalmente dirigido à resposta à pandemia, a perceção da atividade da unidade funcional previamente à pandemia foi concretizada pelos relatos das

enfermeiras supervisoras, bem como dos documentos existentes na unidade e que tive oportunidade de consultar. Assim, foi possível perceber que o trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem desta USP abrange uma grande amplitude de intervenções, o que implica uma elevada abrangência de conhecimentos, e competências especializadas para o desenvolvimento das suas atividades, estando sempre presente, em tudo o que foi relatado, o foco na vigilância da população. Neste contexto, e para ter acesso à informação clínica dos utentes, tive de me familiarizar com o sistema informático SClínico, que permite o uso e a partilha dos dados com os vários profissionais de saúde de diferentes áreas e a sua sistematização, com a potencialidade de uniformizar as práticas e as informações recolhidas. Assim, a utilização desta ferramenta permitiu que a minha atuação fosse mais eficaz, fazendo com que desempenhasse melhor o meu papel no seio da equipa multidisciplinar e, assim, realizar um melhor apoio, assistência e acompanhamento dos utentes e/ou as comunidades.

Verifiquei que a, na USP, os profissionais de saúde utilizam várias plataformas, como o Registo Nacional de Utente, pois trata-se da base onde constam todos os utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Toda a parte comercial relativa a aquisição de materiais consumíveis desta USP é realizada através da plataforma *Glantt*. É também utilizado o SINUS, uma plataforma informática administrativa utilizada pela USP, onde para cada utente é gerado um número de identificação do SNS, para todas as valências do Centro de Saúde, que abrange o registo de contacto dos utentes, agendamento eletrónico das consultas e o registo da vacinação. A notificação de doenças de declaração obrigatória é realizada também por esta equipa, através do sistema aplicacional SINAVE, onde é disponibilizado um formulário eletrónico para registo dessas notificações, que posteriormente envia alertas de informação aos delegados de saúde locais e regionais, disponibilizando também informações específicas de vigilância e estatística à Direção-Geral de Saúde (DGS). Outra plataforma utilizada, que desconhecia até iniciar este ensino clínico, é o SISO, Sistema de Informação para Saúde Oral, que integra o Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral, e tem como objetivo avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais. Através deste sistema é possível também, imprimir os cheques dentistas e controlar informação sobre a saúde oral dos utentes.

Na USP realizei o diagnóstico de saúde da população do município, à qual dá resposta, que me conduziu à problemática, a qual, coincidentemente estava em sincronia com as minhas inquietudes. Neste sentido, norteadas pela Teoria de Sistemas de Betty Neuman, que fornece

uma abordagem holística abrangente e baseada em sistemas para a enfermagem, com flexibilidade, centrei-me na resposta do sistema dos cuidadores informais aos fatores de stress ambiental reais ou potenciais, para, assim, poder intervir, visando a obtenção e a manutenção do bem-estar do sistema dos cuidadores informais.

Por tudo o que referi, posso dizer que a realização do ensino clínico nesta USP contribuiu indiscutivelmente para o desenvolvimento de competências de EESCSP. Assumiu-se como um oportunidade para ter conhecimento das atividade que se aí se desenvolvem e os resultados alcançados, tendo sempre como fim último os ganhos em saúde das populações e utentes da sua área de abrangência, que são o centro da sua atividade, missão, planeamento, organização e intervenções no âmbito da proteção e da promoção da saúde da comunidade, com incidência nos determinantes da saúde no âmbito dos comportamentos e do ambiente em geral e em meios específicos, bem como a prestação de cuidados no âmbito comunitário, nomeadamente no que concerne aos grupos populacionais particularmente vulneráveis e com problemas de grande impacto social.

Pude constatar que USP assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade, em conformidade com as necessidades de cuidados de saúde da população, regendo-se por princípios que considera de fulcral importância, sendo estes: a centralidade no utente/grupos/comunidade; qualidade e excelência; acessibilidade da população da sua área de abrangência aos cuidados de saúde; prima pela criatividade e pela inovação, autonomia na organização funcional e técnica; com rentabilização dos seus recursos; em estreita cooperação com outras unidades funcionais e instituições, privilegiando o estabelecimento de protocolos e a continuidade de cuidados.

O facto de ter uma gestão participativa de todos os profissionais facilitou a minha sinergia com todos os elementos da equipa que integrei, para a concretização dos objetivos e realização de atividade a que me propus para o EC. Rege-se pelo imperativo de que as necessidades e as expectativas dos seus utentes são a alavanca para a melhoria da qualidade na assistência e esta USP é o resultado de um ciclo virtuoso em que a melhoria contínua é uma aposta constante, um garante de cuidados assistenciais que privilegiam a acessibilidade e a prestação de cuidados de saúde com elevados níveis de qualidade, satisfazendo utentes e profissionais de saúde. O seu compromisso consiste na prestação de cuidados de saúde de

proximidade, cumprindo rigorosos critérios de qualidade e de excelência. Enfatizo que as USP são uma conquista para um presente e futuro diferente para se alcançar a verdadeira saúde, numa perspetiva de um estado holístico de harmonia total e de bem-estar da população. Estas são uma realidade que incontavelmente veio trazer mais e melhor a cada cidadão, que vê, assim, garantido o seu direito a cuidados de saúde personalizados. Por outras palavras, as USP são uma espécie de farol que indicam o caminho às restantes unidades funcionais e a a pandemia reforçou este papel. Assim, a USP, onde decorreu a prática clínica, rege-se pela confiança, solidariedade, colaboração, respeito e competência. Neste sentido, ao longo do EC pude constatar que promove proximidade à população que serve, esforça-se para colocar cada utente/família no centro da sua atenção e revela preocupação com a qualidade da organização e dos cuidados de saúde prestados. Desde modo, está a garantir os direitos e deveres das pessoas, como consignado na Lei de Bases da Saúde, de 4 de setembro de 2019, que preconiza que:

todas as pessoas têm direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade; b) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde; c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes (p. 56).

Integrar-me neste ambiente de prestação de cuidados foi claramente um privilégio. Tendo presente que a integração numa unidade de cuidados é um processo que se vai construído e consolidando ao longo do tempo, tentei assumir sempre uma postura facilitadora e promotora de uma integração rápida e eficiente que me possibilitasse adaptar com êxito ao contexto, à dinâmica e à forma de organização dos serviços.

Tinha consciência que a minha adaptação a toda a orgânica do *locus* de ensino clínico deveria ser célere e idónea, considerando que, ainda que tenha necessitado de um certo período de tempo para me adaptar com êxito ao contexto, à dinâmica e à forma de organização da USP, e tendo noção que esse tempo é intrínseco a qualquer período de integração, foi processo bastante fácil de alcançar. Ainda assim, considero que os contextos de trabalho são peculiares

e distintos em termos de dinâmica, organização e estruturação, pelo que qualquer integração numa unidade de cuidados é sempre um desafio para todo o profissional de saúde e, claramente, integrar-me no ambiente da prestação de cuidados da USP, exigiu de minha parte um “esforço e perseverança” constantes. Esse processo foi facilitado não só pela maneira acolhedora com que me receberam, mas também pela postura de recetividade, respeito, interesse, colaboração, flexibilidade, disponibilidade, iniciativa e espírito crítico que assumi sempre com toda a equipa multidisciplinar. Para além do referido, a adoção de uma postura pessoal e profissional congruente com o papel que desempenho, enquanto estudante, facilitou todo o processo de integração.

Contribuindo para um bom clima relacional de trabalho, procurei sempre uma integração positiva e crescente junto da equipa multidisciplinar, estabelecendo relações interpessoais e profissionais adequadas com todos os elementos da equipa. Promovendo a reflexão e discussão conjunta sobre a *praxis* do EEECSOSP, partilhei ideias, conhecimentos e opiniões com a equipa de enfermagem, sobretudo com a enfermeira tutora, e aceitei sempre as críticas e observações que me foram feitas, encarando-as como construtivas no meu processo de aprendizagem.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Um outro contexto de prática clínica foi uma UCC da região Centro, que se constitui como uma unidade funcional, cujo lema é “Abraçar a Saúde na comunidade com ciência, arte e o envolvimento de Todos”. É através da UCC, que o ACeS participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Constitui-se como uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, dotada de autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do seu plano de ação. A UCC tem como missão a prestar cuidados de saúde de proximidade, assentes nos mais altos padrões de qualidade técnico-científica ao seu dispor e promove valores consagrados como sejam a acessibilidade e a satisfação dos utentes, com a finalidade de obter ganhos em saúde. Pretende, desta forma, aumentar a qualidade dos cuidados de saúde, capacitando o utente/família/comunidade para a autonomia. A adequação dos recursos disponíveis é centrada nas necessidades de cada utente, com o intuito de promover e atingir um elevado nível de satisfação do utente,

respeitando a individualidade de cada um. Também procura contribuir para a melhoria da educação, promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. A sua intervenção é direcionada para a implementação dos Programas de Saúde da DGS e também do Plano Nacional de Saúde (atuando nas escolas, locais de trabalho, locais de lazer, infantários, ERPI's, cuidados ao domicílio e comunidades de risco). Assim, presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito comunitário e domiciliário aos indivíduos, famílias e grupos vulneráveis em situações de risco ou dependência, atuando ao nível da educação para a saúde e no que se refere à integração de redes de apoio à família, ou seja, presta cuidados de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, atuando aos três níveis de cuidados (Manual de Acolhimento, 2019).

No que diz respeito à sua carteira de serviços, a UCC desenvolve os seguintes programas: Saúde Escolar (SE), Saúde Comunitária (SC), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Intervenção Precoce (SNIPI), Rede Social, Centro de Atendimento de Jovens (CAJ), Contra Corrente, Rede de Violência Doméstica, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e o Projeto Figueira Respira Mais; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Rendimento Social de Inserção/Núcleo Local de Inserção do Concelho; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ); Programa Nacional de Saúde Escolar.

O ensino clínico realizado na UCC, e tendo em conta que é sua missão prestar “Cuidados em Comunidade, para a Comunidade que garantam a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade” (Manual de Acolhimento, 2019, p. 4), permitiu-me estabelecer uma relação terapêutica com o utente/família a fim de promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas, comunicar com o utente/família/cuidador de forma empática e próxima, mostrando disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades, bem como estimei a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma, através do diálogo familiar com o objetivo de definir futuros objetivos em saúde. Pude verificar que a equipa da UCC prima pelo respeito das capacidades, crenças, valores e desejos da comunidade na conceção das intervenções, com vista à resolução dos problemas identificados, estabelecendo planos de cuidados em colaboração com o utente e o cuidador com o objetivo de promover e reforçar a saúde, sendo esclarecidas todas as intervenções a implementar. Em suma, esta unidade funcional promove uma prática de cuidados que visa a segurança, a privacidade e a dignidade do utente/família/comunidade,

estabelece as prioridades em saúde da comunidade de acordo com o Plano de Saúde Local; procede à implementação de cuidados de saúde relativos ao utente, família e/ou comunidade, de acordo com os programas de saúde em vigor e realiza a avaliação dos cuidados de saúde prestados, com vista à melhoria contínua.

Considero que o ensino clínico na UCC, se constituiu como uma mais-valia, em termos pessoais e profissionais, tendo em conta que foi uma oportunidade para desenvolver novas competências na área da Saúde Comunitária, no sentido de refletir e implementar intervenções especializadas junto dos profissionais, indivíduos, famílias e comunidades. Na minha perspetiva, a prestação de cuidados de saúde na comunidade constitui-se como uma pedra basilar na saúde de todos, uma vez que agrega todas as vertentes como a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, cooperando numa relação de perfeita simbiose com os restantes parceiros de cuidados.

Quero também deixar registado que a vacinação para a COVID-19 foi, de certa forma, um constrangimento para a realização de algumas atividades. No entanto, também se constituiu como uma valorização da enfermagem neste contexto específico de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Acresce, ainda, salientar que tive mais facilidade no estágio de UCC, talvez pelo facto de se tratar de uma unidade funcional, gerida e dinamizada por enfermeiros.

Como objetivos primordiais, a UCC procura melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde, pelo desenvolvimento de cuidados de proximidade ao utente ao facilitar a articulação entre os vários serviços e unidades da rede de prestação de cuidados, criando oportunidades de captação de recursos, reforçando o trabalho em parceria com instituições da comunidade e valorizando o papel de intervenção comunitária. Esta UCC constitui-se como uma unidade de referência na acessibilidade, continuidade e equidade dos cuidados, prestados com eficiência, de modo a conseguir alcançar uma melhoria do estado de saúde e aumento da satisfação dos utentes para além de promover uma participação responsável nos cuidados de saúde e também, o desenvolvimento profissional de todos os colaboradores e consequente satisfação pessoal e profissional (BI-CSP, 2022).

Para a consecução dos seus objetivos, esta unidade funcional integra uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, uma técnica de serviço social, fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista. A equipa nuclear é composta por profissionais em permanência na

UCC (enfermeiros), os restantes profissionais fazem parte da equipa multidisciplinar que colabora com a UCC a tempo parcial e são provenientes das diversas unidades funcionais do ACeS a que pertence.

A área de abrangência da UCC é de 380km², integrando 14 freguesias, com uma atuação transversal a toda a área geográfica abrangida, o que implica uma constante articulação com as USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), bem como em parceria com organizações da comunidade, grupos formais ou informais, Autarquia, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), empresas e outros recursos da comunidade (BI-CSP, 2022).

Em relação às dotações seguras, e face ao índice populacional do concelho, seria importante a alocação de mais enfermeiros especialistas, pelo menos 12, o que seria um para cada 5.000 utentes, uma vez que esta Unidade tem apenas alocados cinco enfermeiros, uma vez que as dotações seguras espelham a manutenção da qualidade dos cuidados aos utentes, dos enfermeiros e ao nível dos resultados da própria UCC. Pude também verificar que a metodologia de trabalho parece centrada nas especialidades inerentes à orgânica da UCC e, como tal, considero que a visão de Neuman (1995) poderia ajudar numa metodologia centrada nos sistemas.

Neuman (1995) desenvolveu o modelo a partir da ideia de que técnicas únicas de enfermagem podem melhorar o estado de saúde do cliente com ênfase na gestão ou eliminação do stresse. Nesta perspetiva, o objetivo da enfermagem é reduzir os fatores de stresse ou o potencial para os fatores de stresse, utilizando intervenções de prevenção primária, secundária ou terciária destinadas a manter, alcançar ou sustentar um nível ótimo de bem-estar para o cliente e seu cuidador informal. Neste sentido, o enfermeiro precisa de compreender o impacto não só do fator de stresse, mas também da resposta do sistema. Uma vez que um evento adverso tenha ultrapassado a linha de defesa normal dentro do sistema do cliente e as linhas de resistência tenham entrado em jogo para proteger a integridade do sistema, o sistema é confrontado com a tarefa de regressar a um estado estável. O termo reconstituição no Modelo de Sistemas refere-se à recuperação do sistema dos fatores de tensão (adversidade) e ao regresso a um estado de equilíbrio ou bem-estar (Turner & Kaylor, 2015).

Considero que o ensino clínico na UCC, se constituiu como uma mais-valia, em termos pessoais e profissionais, tendo em conta que foi uma oportunidade para desenvolver novas competências na área da Saúde Comunitária, no sentido de refletir e implementar intervenções especializadas junto dos profissionais, indivíduos, famílias e comunidades. Na minha perspetiva, a prestação de cuidados de saúde na comunidade constitui-se como uma pedra basilar na saúde de todos, uma vez que agrega todas as vertentes como a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, cooperando numa relação de perfeita simbiose com os restantes parceiros de cuidados.

Quero também deixar registado que, a vacinação para a COVID-19 foi, de certa forma, um constrangimento para a realização de algumas atividades. Quero referir que me identifiquei mais com o contexto de UCC, talvez porque tem uma visão mais operacional. No entanto, com o decorrer do tempo, também me apercebi da importância da USP, nomeadamente na estruturação do pensamento e indicação da operacionalização.

2. MODELO DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN

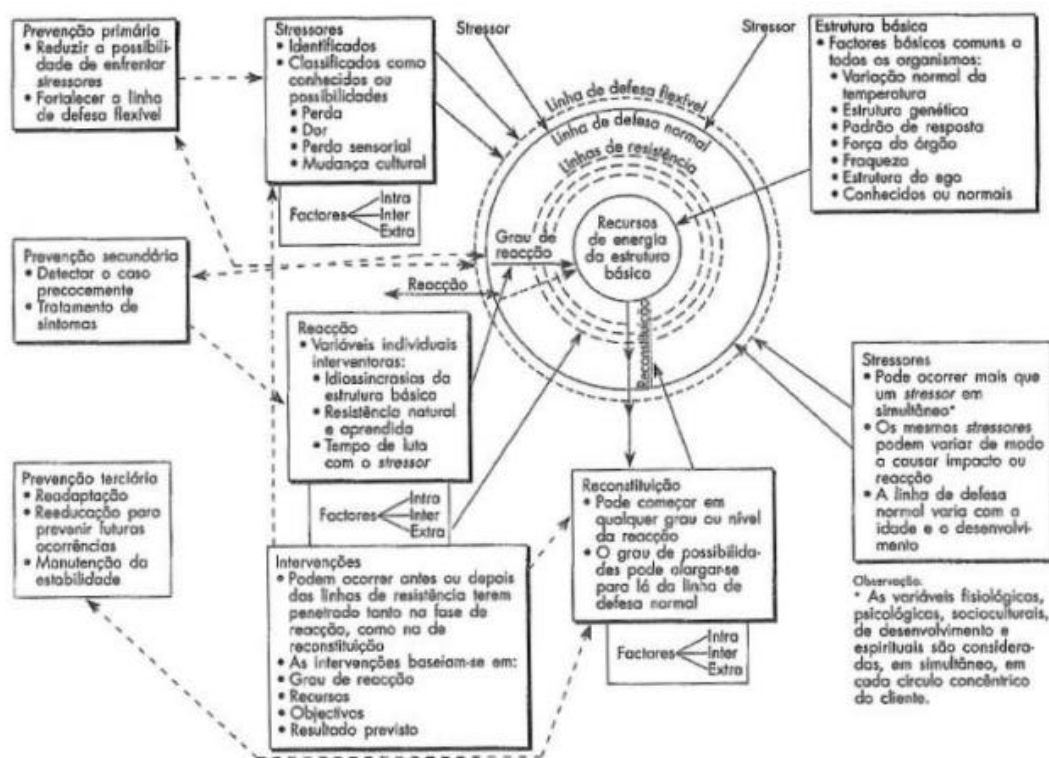
A intervenção de enfermagem, como refere Coelho (2021, p. 16), “com a sua vertente formativa, seja ela associada à educação permanente, seja à educação para a saúde, é primordial no sentido de contribuir para uma vivência saudável e permitir a tomada de decisão informada”. O mesmo autor refere ainda que, com “a sua vocação para a capacitação dos cidadãos no desenvolvimento do seu próprio projeto de saúde, é das disciplinas que mais contribui para garantir que indivíduos e comunidades tenham acesso à informação adequada, compreendam a mesma e como a utilizar” (Coelho, 2021, p. 16).

O Modelo da Teoria de Sistemas de Betty Neuman (fig. 1), baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas, que é uma teoria de médio alcance que se enquadra na escola de pensamento dos resultados/efeitos desejados e está integrada no paradigma da integração que tem uma orientação para a pessoa (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). O modelo de sistemas Neuman é baseado num modelo da teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos como sistemas abertos em interação uns com os outros e com o ambiente. Dentro deste modelo, o cliente pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma entidade social. Um pressuposto importante da teoria de Newman é que cada pessoa é um sistema único, composto por fatores e características dentro de um determinado intervalo de respostas (Neuman & Fawcett, 2011). Neste modelo, o ser humano é uma pessoa total, caracterizada por cinco variáveis, que incluem as características fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (Graham et al., 2016). A variável fisiológica refere-se à estrutura e função do corpo. A variável psicológica diz respeito aos processos mentais em interação com o ambiente. A variável sociocultural refere-se aos efeitos e influências das condições sociais e culturais. A variável espiritual concerne às crenças e influências. A variável de desenvolvimento diz respeito aos processos e às atividades relacionados com a idade (Neuman & Fawcett, 2011).

Diz-se que um organismo individual tem um núcleo central de mecanismos básicos de sobrevivência, tais como o controlo da temperatura, o ego e a função dos órgãos. Esse núcleo é protegido por linhas de defesa. A camada exterior é a linha flexível de defesa e é variável,

respondendo a um particular fator de stresse. A linha interior ou “normal” de defesa representa o estado de bem-estar e adaptação do indivíduo, sendo geralmente estável. As linhas de resistência representam os fatores internos que determinam a resposta de um organismo a um agente de stresse e os fatores de stresse (intrapessoal, interpessoal e extrapessoal), são significativos para o conceito de ambiente, e são descritos como forças ambientais com as quais interagem, e potencialmente passíveis de alterar a estabilidade do sistema. Os fatores intrapessoais incluem as interações do cliente, tais como as respostas condicionadas. Os fatores interpessoais, surgem da interação entre dois ou mais indivíduos, tais como a expectativa de papéis. Os fatores extrapessoais compreendem todas as interações que ocorrem fora da pessoa, tais como as circunstâncias financeiras (Ahmad & Sadeghi, 2017).

Figura 1-Modelo da Teoria de Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Tomey & Alligood (2014)

Neuman define o ambiente como todo o ambiente interno e forças externas que cercam o cliente, influenciando e sendo influenciadas pelo cliente em qualquer momento do seu ciclo vital. Identifica três ambientes relevantes: internos, externos e criados. As influências internas estão contidas dentro dos limites do sistema do cliente, por outras palavras, são intrapessoais

por natureza. As influências externas existem fora do cliente; e o ambiente criado é inconscientemente desenvolvido e é utilizado pelo cliente para apoiar a proteção através das estratégias de *coping* (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman vê a saúde como um *continuum* de bem-estar para a doença que é dinâmica por natureza e está em constante mudança. O bem-estar ideal existe quando as necessidades totais do sistema são completamente satisfeitas e a doença existe no extremo oposto do *continuum* de bem-estar e representa um estado de instabilidade e esgotamento de energia (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). Neste sentido, a autora acredita que a enfermagem se centra na pessoa como um todo, e que os enfermeiros se preocupam com todas as variáveis que afetam a resposta de um indivíduo ao stress. O principal objetivo da enfermagem, é a estabilidade do sistema do cliente, o que é conseguido através das intervenções de enfermagem para reduzir os fatores de stress, uma área onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar desempenha um importante papel, tendo como base o processo de Neuman, que contém três partes básicas: diagnóstico de enfermagem, objetivos de enfermagem e resultados de enfermagem. Neuman salienta a importância de identificar os objetivos do cliente e as percepções do cuidador e a colaboração entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos seus cuidados em todas as fases do processo. Assim, identifica três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem lugar mesmo antes do sistema do cliente poder responder a um stressor, cujo objetivo é reduzir a possibilidade de encontro com o agente de stress. A prevenção secundária tem lugar após sistema do cliente responder a um fator de stress. A prevenção terciária ocorre após a fase de tratamento ativo ou de prevenção secundária que se concentra no reajustamento para a estabilidade ótima do sistema do cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste modelo, a Enfermagem é vista como uma profissão que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de stress. Tem como principal objetivo, a prestação de assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, ou seja, um nível máximo de bem-estar. Para que tal seja possível é necessário garantir a avaliação rigorosa dos fatores de stress que surgem dentro e fora do sistema, complementada com a implementação de intervenções intencionais que ajudam o cliente a reter, atingir e/ou manter a sua estabilidade, enquanto mitigam ou reduzem os fatores de

stress e condições adversas que afetam ou podem afetar o sistema cliente (Melanie & Evely, 2009).

Em suma, o diagrama do modelo do sistema Neuman decompõe-se nos quatro conceitos do metaparadigma da enfermagem (ambiente, pessoa, enfermagem, saúde). Este ajuda o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar a compreender e relacionar com mais facilidade as suas competências com a experiência prática do dia-a-dia. Dentro do modelo dos sistemas, o indivíduo é visto como um cliente ou um sistema composto por características inatas incorporadas numa estrutura específica. Uma pessoa, uma família, uma comunidade ou um problema social é considerado como um composto de variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) composto de um núcleo central ou uma estrutura de fatores essenciais de sobrevivência e elos defensivos concêntricos circundantes. O sistema cliente desenvolve uma série de defesas que são utilizadas como proteção para interagir com o ambiente, denominadas linhas de defesa. A linha normal de defesa pode ser interpretada como o nível habitual de bem-estar do cliente (Turner & Kaylor, 2015).

Para além desta linha de defesa, está a linha flexível de defesa, que evita influências de fatores de stress do sistema do cliente, mantém o sistema livre de reações ou sintomas de stress. As linhas de resistência estão dentro da linha normal de defesa. Quando um stressor ambiental rompe a linha normal de proteção e provoca uma reação adversa, as linhas de resistência são desencadeadas para proteger a estrutura básica que está no centro ou núcleo do sistema do cliente. A entrada das linhas de resistência deixa a estrutura fundamental em risco e representa uma ameaça potencialmente fatal para o sistema cliente. O efeito do stressor pode ser afetado pelo número de stressores que o sistema cliente enfrenta num determinado momento, a intensidade dos stressores e a estabilidade ou estado de bem-estar do sistema (Turner & Kaylor, 2015).

Este modelo pode servir de base para que o planeamento de intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário.

Como elemento integrante da equipa multiprofissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela posição de proximidade com os cuidadores informais, pode promover uma abordagem holística e integrada nos cuidados ao utente e seu cuidador informal, para que haja uma plena transição de cuidados, vem como alcançar os melhores resultados possíveis.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Foram objetivos gerais dos ensinamentos clínicos, o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública. Procurei inicialmente compreender a estrutura, o funcionamento, a organização e hierarquia dos locais da prática clínica, conhecer todas as atividades desenvolvidas pela equipa de saúde e participar em todas as atividades propostas. Toda a orgânica da USP e UCC é muito diferente do meio onde desempenho funções, esse facto que pode parecer irrelevante, mas foi extremamente importante para criar um sentimento de pertença e de identidade na minha atuação. Conhecer bem como todos os seus intervenientes e o papel que cada um desempenha na equipa de saúde foi também uma prioridade, já que a integração num serviço/equipa é também muito relevante para o desempenho individual e para todo o processo de aprendizagem. Relativamente a este aspeto, devo referir que a integração nos locais de ensino clínico foi muito facilitada pelo carinho e disponibilidade com que fui recebida e acolhida. A diferença que senti também se prendeu com a forte aposta no planeamento em saúde, o que me permitiu um maior contacto com as pessoas, uma realidade que não estava tão familiarizada. Assim, posso referir que desenvolvi as minhas capacidades relacionais, o que se traduziu numa maior empatia com os utentes/grupos/comunidade e com os restantes elementos da equipa que integrei, uma evidência que considero salutar.

3.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As “*Competências Comuns*” do enfermeiro, como preconiza a OE, no seu Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, 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.

- **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.**

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal dizem respeito ao desenvolvimento de uma prática profissional, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional das práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A atividade profissional do enfermeiro especialista centra-se no ser humano, no entanto, trabalhar com e para pessoas requer em todas as ocasiões, tomadas de decisões que assentem em princípios ético-deontológicos, valores e normas legais, atendendo sempre à preocupação de defender e respeitar os direitos humanos. Como preconiza a OE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019), para que a prática de enfermagem seja realizada respeitando a ética e a deontologia, é preponderante que o enfermeiro especialista detenha conhecimentos sólidos e aprofundados na área da ética e da deontologia profissional. Assim, durante este ensino clínico surgiu a oportunidade de aperfeiçoar esta competência, pois desenvolvi as atividades de enfermagem com responsabilidade ética e legal, uma vez que é minha competência prestar aos utentes/família/grupo/comunidade uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, consoante estabelece o Código de Ética de Enfermagem, sob pena da sua responsabilização administrativa.

Em todas as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos tentei sempre uma aproximação do utente/família com vista a criar uma relação terapêutica, na base do respeito pelos princípios éticos e deontológicos, adotei uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas realizadas. Desta feita, algo que tive sempre presente foi procurar desenvolver e demonstrar uma atitude ética e deontológica, adotando uma conduta marcada pelo sigilo e descrição profissional, demonstrando respeito pelos utentes/grupo, colegas e restantes profissionais. Houve, assim, a preocupação por uma intervenção que respeitasse os princípios éticos. Foi, assim, submetido um pedido para a realização do projeto de intervenção à Comissão de Ética da ARS Centro, com parecer favorável, como forma também de garantir um maior rigor na questão ética e legal. Esta preocupação ainda se tornou mais integrada ao

perceber a vulnerabilidade dos cuidadores e a importância do seu anonimato, mas também a possibilidade de que com o seu consentimento estes resultados possam ser divulgados.

- **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.**

De acordo com a OE, no seu Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantir um ambiente terapêutico e seguro.

O enfermeiro especialista, deve adotar um papel dinâmico no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica a nível institucional. Ao longo dos ensinamentos clínicos, colaborei sempre na melhoria e qualidade contínua. Cada atividade desenvolvida foi sempre alvo de uma avaliação crítica, para que fosse possível determinar a eficácia e a eficiência dos resultados advindos dessa mesma atividade e, conseqüentemente, melhorar as próximas ações, maximizando desta forma os resultados obtidos. A dotação segura e adequada de enfermeiros, e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados. Durante a minha prática clínica, mantive a preocupação constante em pesquisar e cumprir os protocolos instituídos, em cada um dos serviços, e atuar em conformidade com este.

Quero também referir que, a concretização do Projeto de Intervenção Comunitária de apoio e redução da sobrecarga dirigido a cuidadores familiares, também foi ao encontro de uma necessidade de melhoria de qualidade na UCC, bem como da necessidade de continuidade da prestação de cuidados no domicílio. Como preconiza a OE (Regulamento n.º 613/2022, Artigo 6.º, 8 de julho de 2022, p. 182), um dos atos do enfermeiro, no âmbito das suas intervenções, consiste na utilização de

“todas as técnicas e meios que considerem apropriados e em relação às quais reconheçam possuir o conhecimento necessário e adequado, para a prestação das melhores

intervenções, tendo como referência a prática baseada na evidência, referenciando para os recursos adequados, em função das necessidades e problemas existentes”.

Neste sentido, o projeto realizado foi com o objetivo de empoderar os cuidadores informais, foco da minha intervenção, o que implicou o planeamento em saúde, com atividades de promoção e educação em saúde neste grupo alvo, particularmente. Esta atividade contribuiu, desta feita, para a aquisição das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e responder a uma necessidade da UCC. As intervenções de enfermagem, alicerçadas na Teoria Geral dos Sistemas de Neuman, ajudaram na resposta do cuidador informal ao stresse, no caso concreto as dúvidas e falta de informação que os cuidadores informais apresentavam para dar continuidade dos cuidados ao seu ente querido no domicílio, bem como intervenções de resposta primária, secundária e terciária para a prevenção da sobrecarga do cuidador informal. As estratégias primárias visaram preservar a integridade do sistema dos cuidadores informais, alargando a sua linha flexível de defesa, incluindo o programa de promoção da saúde e o reconhecimento dos fatores de risco para a sua saúde física e mental, face ao ato de cuidar. As intervenções secundárias objetivaram ajudar a alcançar a estabilidade do sistema através da identificação e implementação de ações que pudessem reforçar as suas linhas de defesa, o que, por sua vez, promoveu a reconstituição e a redução da resposta dos cuidadores informais ao stresse, como preconiza o Teoria Geral dos Sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011).

Posso, assim, referir que o projeto também constituiu uma prática de melhoria contínua para a UCC com implicação nos indicadores de acesso da comunidade e da redução da sobrecarga dos cuidadores informais, um sucesso que se pode se expandir a outras UCC's.

- **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Segundo o artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, que regula as competências na área da gestão dos cuidados, refere que “o Enfermeiro Especialista deve realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, p.4745). A gestão dos cuidados é transversal à prestação de cuidados de Enfermagem, contudo, as competências adquiridas dotam o Enfermeiro Especialista de conhecimento e competências para fazer a

gestão de recursos imprevisíveis. O Enfermeiro Especialista, para além da gestão dos seus cuidados, disponibiliza assessoria aos restantes Enfermeiros. É, pois, uma ponte entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, colaborando nas decisões em equipa e negociando soluções e intervenções.

No desenvolvimento dos ensinamentos clínicos, para dar uma resposta adequada às necessidades nos diferentes contextos, desenvolvi as minhas atividades tendo em conta a gestão de recursos materiais. Providenciei atividades sistematizadas, voltadas para a uniformização da disposição dos materiais, a manutenção do bom estado dos equipamentos, bem como a existência de material suficiente para responder às atividades solicitadas. Estes foram fatores que considerei determinantes e contribuíram para que estas atividades tenham sido realizadas de modo preciso, eficiente e em tempo útil, tal como está preconizado. Através dos vários turnos em que acompanhei as Enfermeiras Especialistas, foi possível compreender a importância da liderança e gestão dos recursos humanos, na otimização do seu desempenho e trabalho, adequando os recursos às necessidades de cuidados prestados, garantindo a segurança e qualidade nas tarefas delegadas, através da supervisão das mesmas. Reconheci os diferentes papéis e funções de todos os elementos das equipas nos diferentes contextos do ensino clínico, indispensável para proporcionar um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Tenho a noção de que a gestão de cuidados não é uma tarefa fácil, mas o espírito de equipa, aliado a uma gestão competente e presente, consegue atingir com sucesso cuidados de excelência. Liderei e geri o projeto de Intervenção Comunitária de apoio e redução da sobrecarga dirigido a cuidadores familiares na UCC, o que me possibilitou desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados. Outra expressão de aquisição desta competência relacionou-se com a forma como consegui gerir a minha integração na adaptabilidade às dificuldades inerentes à minha vida profissional, familiar e de aprendizagem, para que todo este processo fosse em direção a porto seguro, o que se confirmou.

- **Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Neste domínio, as competências do Enfermeiro Especialista definidas no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, o artigo 8º, enfatiza o “desenvolvimento do autoconhecimento

e a assertividade como base de uma praxis clínica especializada e fundamentada em evidência científica” (p.4745). Os Enfermeiros Especialistas, seja qual for a sua área de atuação, têm como desígnio, prestar cuidados de Enfermagem à pessoa alvo dos seus cuidados, decorrentes do conhecimento científico, técnico e humano adquirido, que o capacitam para dar uma resposta eficaz e eficiente na satisfação das necessidades do utente/família/grupos/comunidade.

A importância da prática clínica em Enfermagem é inegável para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e técnico-científicas. É uma das formas eficazes de aliar a formação teórica e o treino prático na formação em Enfermagem, no pressuposto de que o conhecimento prático e teórico são importantes e facultam diferentes contribuições para a aprendizagem. Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e nos desenvolvemos como pessoas e como profissionais. O EEECSOSP deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2009).

A aquisição de saberes, e o desenvolvimento de competências nas diferentes vertentes da Enfermagem, é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade ao utente/família, permitindo uma maior compreensão da dimensão desta díade, num ambiente seguro. Só assim é possível responder, de uma forma organizada, eficaz e eficiente, às suas necessidades.

Quero destacar, a importância das reflexões com o enfermeiro orientador, com os restantes membros da equipa, e colega de ensino clínico. Se a saúde é um conceito geral que inclui dimensões físicas, sociais, culturais, emocionais e espirituais, então, para se ter uma visão holística do utente/grupos/comunidade deve ser considerada a reflexão entre todos os elementos da equipa de saúde. A prática reflexiva é uma estratégia de aprendizagem que apoia os enfermeiros, uma condição *sine qua non* para uma resposta aos desafios da prática clínica diária. Assim, o desenvolvimento de uma prática reflexiva permitiu-me, ainda mais, explorar as minhas experiências de aprendizagem, orientada por profissionais experientes. A reflexão de grupo, proporcionou oportunidades positivas para aumentar a minha confiança, valorizando ainda mais o tempo de reflexão, o que fomentou o meu desenvolvimento pessoal

e profissional. Este tipo de reflexão foi uma estratégia valiosa no meu processo de aprendizagem, e na jornada de me tornar uma enfermeira num mundo de prática de cuidados de saúde sempre exigentes e gratificantes.

As várias experiências, ao longo dos ensinamentos clínicos, desenvolveram o meu autoconhecimento, enquanto pessoa, e, sobretudo, enquanto profissional de enfermagem. Desenvolvo várias atividades, nomeadamente: a observação de todo o procedimento realizado no Centro de Vacinação COVID da USP, desde o pedido à receção das vacinas, bem como o seu armazenamento, preparação e administração. Devo referir que, principalmente, o pedido e a receção das vacinas eram feitos apenas pelas duas enfermeiras especialistas da USP. Tive também a oportunidade de observar de que forma é realizado o agendamento, reagendamento, bem como o registo da vacinação.

Surgiu a possibilidade de participar na realização de várias visitas domiciliárias, e com os enfermeiros especialistas da UCC, a possibilidade de participar em entrevistas aos doentes e aos seus cuidadores familiares, procurando conhecer as suas dificuldades e necessidades, de modo a planear intervenções futuras, no sentido de minimizar os danos e promover a qualidade de vida do doente e suas famílias. A discussão de alguns casos e temas pertinentes relativamente aos diagnósticos de situação de saúde foi uma atividade que desenvolvi sempre que possível no decorrer do ensino clínico tanto com as colegas como as enfermeiras tutoras, o que considerei bastante enriquecedor para a minha formação e crescimento pessoal e profissional pela possibilidade de esclarecimento de dúvidas e troca de informações e experiências.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

O EEECSOSP é um profissional com competências específicas que lhe permitem otimizar a gestão dos processos de transição situacional e do binómio saúde/doença do utente/grupos/comunidade, usando uma abordagem abrangente e holística e de suporte. Neste sentido, importa referir que a competência de enfermagem inclui as capacidades essenciais que são necessárias para, no caso concreto, cumprir o meu papel enquanto EEECSOSP. Os cuidados de saúde mudaram muito devido a várias questões que marcam a

nossa atualidade, tais como as mudanças na estrutura das doenças e um rápido envelhecimento da população com taxas de natalidade decrescentes. Consequentemente, os sistemas de cuidados de saúde têm de se adaptar a esses desafios. Por exemplo, quando uma pessoa recebe alta hospitalar, são necessários cuidados domiciliários para dar apoio à pessoa/família com dignidade e respeito. Assim, o EEECSOSP deve prestar cuidados abrangentes que satisfaçam as necessidades complexas e diversificadas dos utentes/família. Independentemente do ambiente de trabalho, isto é exigido a todos os enfermeiros. Atualmente existe um consenso generalizado de que os enfermeiros devem ser capazes de combinar várias fontes de informação e incorporá-las nas suas decisões e práticas de enfermagem. Neste pressuposto, ao longo da minha prática clínica considero ter alcançado as Competências Específicas do EEECSOSP (OE, Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), as quais passo a descrever e refletir.

O EEECSOSP tem como responsabilidade específica a identificação das “necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica” ou contexto e no âmbito das suas competências específicas “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de uma comunidade” bem como “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2010, pp.1-2). O papel dos enfermeiros, em particular do EEECSOSP, é fundamental na promoção de um clima positivo para que a mudança sirva como um catalisador para, no caso concreto, os cuidadores informais possam dar continuidade aos cuidados no domicílio à pessoa dependente dos seus cuidados, na implementação de intervenções para a promoção da saúde e a capacitação para o autocuidado. As intervenções promotoras de saúde desenvolvidas pelo EEECSOSP, “em todas as fases do ciclo vital”, devem reforçar “a importância da adoção de comportamentos saudáveis com vista a uma vida longa, ativa e saudável” (Canhestro & Basto, 2016, p. 30).

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

Para alcançar este domínio de competência, tive a oportunidade realizar um planeamento em saúde no âmbito da promoção da redução da sobrecarga dos cuidadores familiares, através da aplicação do Programa de intervenção Psicoeducativa “Curae ... de mim”. Assim, parti da premissa que para intervir era indispensável conhecer a realidade, ou seja, fazer um diagnóstico da saúde, o que se assumiu como muito importante para nortear as minhas intervenções. Posto isto, após reunião com a equipa de enfermagem da USP e da UCC, em conjunto, concluímos que seria viável e benéfico para os cuidadores familiares desenvolver um projeto de intervenção na área da sobrecarga do cuidador familiar, tendo em conta que o cenário demográfico de Portugal se caracteriza pelo aumento constante do número de pessoas idosas e também com elevado grau de dependência.

As atuais políticas de saúde centralizam os cuidados ao idoso com dependência no seu contexto domiciliário, passando a família a assumir a responsabilidade de prestar cuidados aos seus familiares com dependência, reconhecendo-se a sua importância enquanto prestadores de cuidados. Este facto é reforçado pela criação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que são equipas que garantem entre outros cuidados, o apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares cuidadores, o apoio na satisfação das necessidades básicas, e o apoio no desempenho das atividades instrumentais de vida diária (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, artigo 27º). Assim, é fundamental a existência de uma articulação adequada, entre os profissionais de saúde, particularmente, os enfermeiros e os familiares cuidadores, com o objetivo de promover apoio psicossocial e planeamento de estratégias de intervenção para o alívio da sobrecarga provocada pelos cuidados ao familiar dependente, passando esta questão a ser uma prioridade atual.

Avaliar o risco de sobrecarga dos cuidadores informais, desenvolver programas específicos destinados a proporcionar ajuda e adotar medidas de apoio sempre que necessário para manter e melhorar a qualidade de vida e o acesso aos serviços desses cuidadores, assumiu-me como uma prioridade. Assim, promovi, dei visibilidade e reconheci a importância da diminuição da sobrecarga do cuidador informal. O *feedback* da equipa foi positivo, referindo que a intervenção se encontrava ajustada ao problema em questão.

Neste âmbito, foi fulcral ter como alicerce o Modelo de Sistemas Neuman, servindo de guia para o diagnóstico da saúde dos cuidadores informais. Este modelo permite a clarificação de definições de papéis a todos os níveis da prática de enfermagem (Neuman & Reed, 2007). A teoria de Neuman ajudou-me a diagnosticar também a relação entre os cuidadores informais e os fatores de stresse ambiental, uma forma de poder avaliar a sua resposta aos fatores de stresse ambiental e os níveis de intervenção necessários para que lhes pudesse assegurar e/ou restaurar uma saúde ótima. Segundo Neuman, o objetivo da prática e aplicação da enfermagem é proteger a estrutura básica dos utentes e manter o seu nível ótimo de bem-estar (Neuman & Reed, 2007). De acordo com este conceito, os enfermeiros devem ajudar a alcançar o bem-estar ótimo dos utentes, prestando cuidados em todos os níveis de prevenção - primários, secundários e terciários (Neuman & Reed, 2007).

Segundo a OE, no seu Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022, Artigo 6.º Ato do enfermeiro (p. 191), no domínio da prestação de cuidados, os enfermeiros, e tendo em conta o diagnóstico de enfermagem:

- “a) Utilizam metodologia científica que inclui a identificação de necessidades em saúde e de enfermagem em especial, a recolha e apreciação de dados sobre cada situação, a formulação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração, prescrição e execução de planos de intervenção, tratamentos, que incluem recursos adequados, a avaliação e a redefinição das intervenções implementadas;
- b) Concebem, organizam, coordenam, implementam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem nos diferentes níveis de prevenção, suportadas numa interação entre os enfermeiros e o beneficiário dos cuidados (pessoa, família, grupos populacionais ou comunidade), estabelecendo, com estes, uma relação terapêutica;
- c) Decidem sobre técnicas, recursos e meios de diagnóstico a utilizar no planeamento e implementação das intervenções, nos diferentes contextos, entre eles, a consulta de enfermagem, potenciando a eficiência e eficácia, criando a confiança e a participação ativa do beneficiário dos cuidados”.

Tive também a oportunidade de acompanhar um Enfermeiro da ECCI em três visitas domiciliárias e, no decorrer das mesmas, foram realizadas atividades de colheita de dados do

utente e do cuidador familiar, de modo a compreender as suas necessidades, as estruturas familiares existentes, as dinâmicas presentes e o ambiente envolvente. Estas avaliações permitem caracterizar utentes, cuidadores e contexto de cuidados, possibilitando ao Enfermeiro da ECCI prescrever intervenções mais adequadas às necessidades identificadas e intervir no ambiente onde estas se expressam.

As visitas domiciliárias são também muito importantes, pois ajudam a estabelecer uma comunicação forte e positiva entre os enfermeiros e o indivíduo/comunidade. Em todo o país, programas de visitas domiciliárias de alta qualidade oferecem um apoio vital às pessoas para que possam lidar com os desafios da sua saúde, o que vai ao encontro de preconizado por Bastos (2018, p. 27), quando refere que “a visita domiciliar é um instrumento essencial para a prática das ações no nível primário de assistência à saúde, em especial, na Estratégia de Saúde da Família”. Neste sentido, é de extrema importância o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, envolvendo o utente/família/comunidade para promover hábitos de saúde e prevenir a doença.

Neste contexto, saliento que também desenvolvi as minhas competências relacionais, que se assumem de extrema importância, pois delas depende o sucesso das relações entre profissionais e destes com os utentes/família. No meu ponto de vista, o tipo de relação que se desenvolve influencia grandemente a qualidade dos cuidados prestados e o nível de confiança que depõem nos profissionais de saúde. Na minha prática profissional procuro sempre adotar um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa a que pertenço. Enquanto aluna, não descurei esta atitude e, por isso, tentei sempre respeitar e colaborar com a equipa, que também se demonstrou bastante disponível quando solicitada. Todo o trabalho desenvolvido foi no sentido de dar visibilidade às unidades *locus* de prática clínica e à qualidade dos cuidados prestados e poder retirar o máximo de conhecimentos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura EEECSOSP.

- **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

É objetivo desta competência colocar em prática projetos de saúde comuns de forma a dar resposta aos problemas de saúde identificados na comunidade (OE 2019), Devido às circunstâncias atuais, relacionadas com a pandemia COVID-19, alguns projetos que se

encontravam a ser desenvolvidos pela USP, particularmente no âmbito da saúde escolar, encontravam-se suspensos, à data da realização do ensino clínico. Esta situação não permitiu colaborar nem participar em atividades relacionadas com este tipo de comunidades, para além de que também era período de férias escolares, o que tornou mais difícil a sua concretização. Todavia, com a implementação do projeto, através da realização do planeamento em saúde, contribui para o processo de capacitação dos cuidadores informais, como forma de lhes poder reduzir/prevenir a sua sobrecarga face ao ato de cuidar o seu ente querido no domicílio.

Os cuidadores informais desempenham tarefas de vida diária em simultâneo com outras atividades relacionadas com os cuidados de saúde, nomeadamente: gestão da terapêutica, tratar feridas, monitorização de equipamentos, entre outros. Estes são geralmente familiares ou parentes próximos que prestam cuidados parciais ou totais à pessoa dependente com dificuldades de autocuidado, facilitando o seu bem-estar e ajudando-o em diferentes tarefas e das atividades básicas de vida diária. As atuais alterações demográficas, com um peso crescente da população idosa, traduzem-se num aumento da longevidade, embora nem sempre em boa saúde e sem incapacidades, o que condiciona a garantia futura para a acessibilidade, qualidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde e o papel dos cuidadores informais (Martins & Araújo, 2016). Os desafios colocados por uma população envelhecida requerem esforços para avaliar o valor destas responsabilidades invisíveis e crescentes de cuidados, o que coloca uma pressão acrescida sobre os cuidadores informais (Cès et al., 2019).

Desenvolvi e realizei também, em colaboração com a colega de EC, uma sessão de educação para a saúde sobre as complicações da diabetes *mellitus* e alergias alimentares para todos os assistentes de ação educativa (Apêndice I). A alergia alimentar afeta cerca de 7-8% das crianças em todo o mundo ou cerca de duas crianças em sala de aula com uma média de 25 crianças (Santos et al., 2022). Uma alergia alimentar, de acordo com os mesmos autores, é definida como uma resposta imunológica potencialmente ameaçadora da vida que ocorre reprodutivamente após a ingestão do alérgeno e tem o potencial de resultar em reações alérgicas graves. Segundo a *American Academy of Allergy Asthma and Immunology* (2021), a sintomatologia que ocorre com mais frequência é no nariz, pulmões, garganta ou na pele, que pode evoluir a sua gravidade em minutos. A anafilaxia, o tipo mais grave de reações alérgicas, consiste numa condição potencialmente fatal que envolve o sistema de órgãos múltiplos ou,

quando expostos a um alérgico conhecido, a tensão arterial baixa, afetando cerca de 3,1% da população europeia (Santos et al., 2022). Atualmente existem políticas de gestão das alergias alimentares e a sua implementação em contexto escolar. Algumas das oito recomendações listadas incluem a formação da comunidade escolar, proibições de alimentos alérgicos em zonas delimitadas, a exigência de que as crianças com uma alergia alimentar conhecida tenham um plano atual de anafilaxia de emergência e a disponibilidade de planos de anafilaxia para crianças que ainda não tenham sido diagnosticadas com alergia alimentar ou *stock* de auto injetores de adrenalina nas escolas (*American Academy of Allergy Asthma and Immunology*, 2021). Como tal, assumimos com importante capacitar a comunidade escolar para esta problemática, pois os professores e auxiliares de ação educativa devem ter formação na área em contexto escolar, o que se traduz em mais literacia relacionada com alergias alimentares, ficando com mais conhecimentos para gerir situações de emergência.

As evidências científicas atuais mostram que as crianças e adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 passam uma parte significativa dos seus dias na escola (Mayen et al., 2022). É, pois, importante que a comunidade escolar esteja preparada para ajudar estas crianças/adolescentes. A diabetes tipo 1 é uma condição autoimune que leva à destruição de células beta pancreáticas que, por sua vez, causa produção insuficiente de insulina, resultando em hiperglicemia. É uma doença crónica que requer a substituição da insulina e um esforço intensivo por parte da pessoa acometida. O tratamento está orientado para a diminuição da hiperglicemia, minimizando, simultaneamente, o risco de hiperglicemia (Mayen et al., 2022). Assim, a educação da criança/adolescente, da família e da comunidade escolar é fundamental, assim como o reconhecimento das fases normais de desenvolvimento e dos desafios que isto traz no contexto de vida diária para a criança/adolescente. Com cuidados e apoio adequados, estas crianças e adolescentes têm, assim, potenciada a sua qualidade de vida, sendo assim, fundamental o papel do EEECSOSP.

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

O enfermeiro especialista na área comunitária, durante a sua prática profissional, participa nas várias etapas dos projetos e programas de saúde, que se inserem nos objetivos do plano

nacional de Saúde. Assim, na USP, o Plano Nacional de Saúde Escolar e a nível local a Saúde Escolar está organizada da seguinte forma: a USP coordena, monitoriza e avalia o Plano Nacional de Saúde Escolar; movimenta profissionais e parceiros da comunidade em colaboração com as escolas; operacionaliza o Plano de Ação da Saúde Escolar respetivamente nos jardins de infância e primeiro ciclo e operacionaliza também o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (emissão de cheques dentistas e bochecho de flúor). Por sua vez, a UCC faz a operacionalização do Plano de Ação da Saúde Escolar no segundo e terceiro ciclo e também a nível do secundário. Neste contexto, na UCC, realizei em conjunto com uma colega 14 sessões acerca das alterações da puberdade para alunos do 6.º ano de escolaridade, num Agrupamento de Escolas da zona urbana da área de abrangência.

Outra atividade desenvolvida pela USP e coordenada por uma Enfermeira diz respeito à vacinação da gripe sazonal e COVID-19 nas diversas instituições (ERPis, Centros de dia e outras instituições), bem como no Centro de Vacinação COVID-19, onde participei. Constatei que é necessária uma gestão adequada dos recursos disponíveis, uma boa articulação com a comunidade e posterior avaliação no sentido de perceber o impacto e os ganhos em saúde decorrentes de todas as ações.

Tive igualmente a oportunidade de participar na aplicação de inquéritos no âmbito do *Programa + Contigo* em duas escolas de um Agrupamento de Escolas da zona urbana de abrangência da UCC. Este é um programa que integra o Projeto de Educação para a Saúde do Agrupamento de Escolas, cujas entidades promotoras são a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a Administração Regional de Saúde do Centro. O mesmo está a ser implementado em bastantes escolas do país e tem objetiva a prevenção de comportamentos de risco, uma área de intervenção do EEECSOSP.

No âmbito desta atividade, posso também referir que esteve subjacente o Modelo de Neuman, assume que cada utente/grupo é um composto único de características e fatores dentro de uma determinada gama de respostas humanas. Além disso, cada fator de stresse difere um do outro em termos da sua capacidade de perturbar o estado normal dos seres humanos e o nível de normalidade. Partindo destes pressupostos, considerámos importante intervir em contexto escolar, indo ao encontro das necessidades da população alvo, através da realização de sessões de educação para a saúde. O Modelo de Sistemas Neuman deu-me

uma perspetiva multidimensional das necessidades de formação da comunidade escolar, bem como uma perspetiva holística (Neuman & Reed, 2007). Verifiquei, assim, as potencialidades desta teoria, pois a mesma é aplicável a todos os níveis de intervenção da enfermagem comunitária, tais como individual, familiar, de grupo e à comunidade em geral. Enfatiza as intervenções primárias, tais como a promoção da saúde. Por conseguinte, recorri a este modelo para obter e aplicar informação baseada em evidências de investigação e ao longo do ensino clínico, com o objetivo de melhorar os resultados da minha ação na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, em parceria com os restantes elementos da equipa.

- **Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.**

Uma vez que a vigilância ativa dos indicadores epidemiológicos da população é de extrema importância para se poder compreender com mais clareza, os fenómenos de saúde/doença que ocorrem numa determinada população, o Enfermeiro Especialista deve estar desperto para dados epidemiológicos da população que se encontra na área geográfica de abrangência da sua prestação de cuidados, mas também para os dados das demais áreas geográficas a nível nacional e mundial, a fim de os poder analisar e correlacionar entre si, verificando a existência ou não de fatores e causas que podem interferir nos fenómenos que podem pôr em causa a saúde pública da população (OE, 2010).

Uma vigilância epidemiológica bem organizada, flexível e ágil é indispensável para proteger e promover eficazmente a saúde dos grupos e comunidades. Na USP, o trabalho desenvolvido pelas Enfermeiras Especialistas tem sido notório, destacando-se o seu empenho profissional desde o início da pandemia por COVID-19, bem como o desempenho da equipa responsável pelo Centro de Vacinação COVID-19. Para além desta vigilância epidemiológica, verifiquei que a USP tem um papel ativo na vigilância de outras doenças, como é o caso da tuberculose, nas questões relacionadas com o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e também no que respeita à realização da Consulta do Viajante.

No decorrer deste ensino clínico também surgiu a oportunidade de participar e conhecer outras áreas que estão diretamente relacionadas à saúde pública e comunitária, também essas com a sua importância e especificidade. Foi, sem dúvida, uma experiência muito

enriquecedora poder participar na Consulta do Viajante e na vacinação internacional, que apenas tive contacto nas aulas teóricas. Considero que o papel do enfermeiro, nesta consulta, pode ser fundamental já que uma grande parte da mesma se destina a aconselhamento sobre as medidas preventivas a adotar antes, durante e depois da viagem. Estas medidas dependem do destino, da idade, do estado de saúde do viajante, do intervalo de tempo que falta para o início da viagem e do tipo de viagem. Incluem medidas de proteção individual, vacinação, medicação preventiva da malária, informação sobre higiene individual, cuidados a ter com a água e os alimentos que se ingerem, o que fazer em caso de diarreia não complicada, como se proteger da picada dos insetos, como se adaptar ao novo meio ambiente, entre outros aspetos para os quais o utente deve estar em alerta quando viaja (Serviço Nacional de Saúde, 2019). Esta consulta destina-se ainda a avaliar as condições de saúde do viajante antes da viagem, nomeadamente grávidas, crianças, idosos, indivíduos com doenças crónicas sob medicação, entre outros, para administrar vacinas, incluindo contra a febre-amarela e passar o respetivo Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia. Também lhe podem ser fornecidas informações sobre a assistência médica e segurança no país de destino e aconselhamento sobre a farmácia que o viajante deve levar consigo (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

Estas consultas devem ocorrer na presença de um médico e um enfermeiro, uma vez que se complementam, mas no meu dia de observação, Enfermeira não pode participar na consulta médica, devido à elevada afluência de utentes e ao número reduzido de enfermeiros ao serviço, por baixa médica e férias. A consulta de enfermagem decorreu após a consulta médica, onde ocorreu sobretudo a administração de vacinas, quando assim eram prescritas pelo médico, bem como os ensinamentos que lhe estavam inerentes. Achei uma área muito interessante onde, para além de um vasto conhecimento sobre a vacinação internacional e prevenção de doenças, requer um conhecimento sobre geografia mundial e os diversos climas, culturas, perigos, condições de higiene e sanitárias, entre outras áreas.

Surgiu, também, durante este ensino clínico, a possibilidade de visitar o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (CDP). Foi uma visita muito enriquecedora e pertinente, em primeiro lugar, porque desconhecia este serviço e o seu funcionamento e, por outro lado, porque a tuberculose continua a ser um problema de saúde pública. Nos últimos dez anos, Portugal assistiu a uma diminuição de cerca de 40% da taxa de notificação e de incidência de

tuberculose. Até cinco de março de 2022, foram notificados 1891 casos de tuberculose referentes a 2021, dos quais 1697 eram casos novos. Em 2021, doze casos foram multirresistentes (resistência simultânea à isoniazida e rifampicina). A tuberculose (doença de notificação obrigatória) é notificada sempre que um caso é identificado e inicia tratamento – são notificados os casos possíveis, prováveis ou confirmados. O sistema de vigilância da tuberculose, permite caracterizar o doente e o seu seguimento, até ao fim do tratamento, com várias atualizações da informação ao longo do processo de tratamento (Programa Nacional para a Tuberculose, 2018). Nesta visita ao CDP observei como se faz a vigilância epidemiológica da tuberculose. Surgiu a oportunidade de ver no microscópio o *Mycobacterium Tuberculosis* e visitar o laboratório onde se fazem as análises dos produtos biológicos recebidos no CDP Coimbra. Não foi possível assistir a nenhuma consulta, pois tratava-se de um dia com poucos doentes para a referida consulta, mas foi possível conversar e aprofundar mais os conhecimentos sobre a temática.

Durante todo o ensino clínico, foi possível consciencializar-me da importância das competências e a sua complexidade, aumentando os meus conhecimentos relativamente ao ser EEECSOSP, bem como das minhas próprias limitações. Na equipa de enfermagem da USP e da UCC, consegui facilmente reconhecer todas estas competências, pois desempenham-nas de forma natural e com tanto saber, que me sinto espontaneamente envolvida nas suas linhas de pensamento e ações. No decorrer dos ensinamentos clínicos, as atividades desenvolvidas permitiram-me desenvolver competências e consolidar conhecimentos práticos e científicos da área.

Assim, dou por concluída esta reflexão crítica afirmando que, nestes ensinamentos clínicos, foram experienciados vários sentimentos, experiências novas, aprendizagens realizadas no contacto com diferentes pessoas, que me enriqueceram muito. Foi, acima de tudo, mais uma aprendizagem de vida, pois sinto que desenvolvi competências como Enfermeira Especialista e como pessoa. Em suma, considero ter atingido os objetivos que delineei no início dos ensinamentos clínicos, o que me deixa satisfeita e com a noção de que todo o meu trabalho foi bem desenvolvido, mas com a certeza que muito há ainda que aprender.

Acresce ainda referir que o facto de me ter norteado pela Teoria de Sistemas de Betty Neuman, pude constatar que a sua aplicação me impediu de incorrer na incoerência nos

cuidados aos cuidadores informais, população alvo da minha intervenção no planeamento em saúde, através de abordagens holísticas, ou seja, este modelo permitiu-me alcançar os fins desejados. À luz desta teoria, pude valorizar a Enfermagem, na medida em que objetivei a qualidade da minha intervenção, olhando os cuidadores informais como um todo, numa visão holística, para alcançar a promoção a segurança do seu bem-estar através do diagnóstico de stressores associados à prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio, bem como as alterações encontradas nessa tarefa, o que me levou a apostar na intervenção, bem como a agir em conformidade com a prevenção da sua sobrecarga. Assim, tive a plena noção que este modelo tem muitas potencialidades de aplicabilidade na prática de cuidados aos cuidadores informais, visando a redução e/ou prevenção da sua sobrecarga.

4. PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia do planeamento em saúde configura-se como uma ferramenta importante, pois possibilita, através da análise de políticas e objetivos de saúde, realizar ações que contribuem para o desenvolvimento deste setor. Por outras palavras, o planeamento em saúde permite que as ações possam ser executadas de forma racional, que possuam a efetiva capacidade para alterar a realidade e que se possam projetar no futuro (Imperatori & Giraldes, 1993). Os mesmos autores referem que o planeamento em saúde tem de ser executado em várias etapas: em primeiro lugar, realiza-se um diagnóstico da situação, depois procede-se à definição das prioridades referentes aos problemas identificados, seguindo-se o delineamento dos objetivos o que implica a escolha das melhores estratégias para que se possa colocar em prática o plano; na fase subsequente procede-se à elaboração de um programa ou projeto, preparando-se a sua operacionalização e, por fim, executa-se o mesmo, para posterior avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Por conseguinte, ao longo do ensino clínico de Saúde Comunitária e Saúde Pública II, procedi à construção de um projeto de intervenção comunitária, o qual obedeceu às etapas do planeamento em saúde, incluindo sequencialmente todas as suas fases, na medida em que fui um elemento articulador entre USP e UCC. Deste modo, passo a apresentar e descrever todas as fases do mesmo.

4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação principia com a primeira etapa da metodologia de projeto com a finalidade de elaborar “um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 10). Como preconizam os mesmos autores, o diagnóstico de situação deve ser suficiente sucinto e claro por forma a identificar os problemas e determinar as necessidades. A etapa do diagnóstico de situação visa a produção de um mapa cognitivo e descritivo do problema identificado, sendo este um processo dinâmico e, como tal, a caracterização da situação deve ser contínua e atualizada (Ruivo & Ferrito, 2010).

De acordo com os Resultados Provisórios dos Censos 2021 (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2021), entre os municípios mais populosos da região Centro, ou seja, com mais efetivos populacionais acima de 40.000 habitantes, esta cidade, com uma população residente na área geográfica de abrangência do Pólo da USP a corresponder a 62 541 habitantes. Em conformidade com o Registo Nacional de Utentes (RNU), entre estes, 29.791 são do sexo masculino e 32.750 do sexo feminino, sendo o grupo etário com maior índice populacional dos 25-64 anos, com uma taxa de 30.115 habitantes, e a menor representatividade é o dos 15-24 anos com 5.856 habitantes (INE, 2021; PORDATA, 2022). O concelho desta cidade tem um índice de dependência total de 62,24%, um índice de dependência de jovens a corresponder a 17,55% e um índice de dependência de idosos de 45,7% (BI-CSP, 2022). Este índice de dependência, decorrente do envelhecimento populacional, que é uma realidade comum ao resto do território nacional, constitui-se como um problema que afeta diretamente os cuidadores informais, tornando-os num grupo vulnerável. Numa sociedade em envelhecimento, a prestação de cuidados a longo prazo é uma necessidade fundamental. A prestação de cuidados informais exige um intenso envolvimento emocional e financeiro. Enquanto cuidam da saúde e bem-estar dos idosos, estes membros da família, agindo como cuidadores informais, podem eles próprios tornar-se vulneráveis a uma saúde precária devido ao stresse e encargos adicionais.

Os cuidadores informais são indivíduos que cuidam voluntariamente de um parente ou amigo que enfrenta uma doença, incapacidade ou qualquer condição que exija particular atenção. Na Europa, a proporção de cuidadores informais varia entre 20% e 44%. Devido ao aumento da longevidade e da procura de cuidados prolongados e os recursos limitados para cuidados formais, é provável que mais pessoas terão de desempenhar este papel no futuro (Biliunaite et al., 2022).

A experiência de cuidados informais pode variar muito, dependendo de vários fatores. Por exemplo, a motivação para cuidar, a duração do tempo que prestam cuidados, as suas competências para os cuidados e o estado de saúde dos recetores dos cuidados são suscetíveis de influenciar os cuidados (Rabarison et al., 2018). Estudos mostram que o cuidar pode levar a experiências positivas, tais como o crescimento pessoal ou sentimentos de proximidade e intimidade com a pessoa cuidada. Ao mesmo tempo, os cuidadores informais experienciam

também pior saúde psicológica e física, comparativamente a quem não desempenha este papel. Além disso, estão em risco de solidão e isolamento social, bem como mais vulneráveis a dificuldades financeiras. Acumulação destes resultados negativos pode aumentar a sobrecarga dos cuidadores informais, uma experiência que é descrita como uma combinação de vários determinantes, ou seja, psicológicos, físicos, sociais e financeiros (Mollica et al., 2017).

Neste contexto, dá-se como exemplo um estudo realizado por Aires et al. (2020) que adaptou o conceito de *burnout* ao contexto da prestação informal de cuidados como forma de lidar com as consequências dos stressores inerentes ao processo de cuidar. Trata-se de um estudo transversal com 125 cuidadores informais. A recolha de dados foi realizada nos municípios do Noroeste do Rio Grande do Sul, no Brasil, através de uma entrevista estruturada, em 2017 e 2018. Foi utilizado o Inventário de Sobrecarga do Cuidador. O estudo demonstra que a maioria dos cuidadores informais era do sexo feminino (73,6%), casada (55,2%) e filha (68,0%). As variáveis que mostraram uma relação estatisticamente significativa com a sobrecarga foram: idade do cuidador, o nível de escolaridade, tempo dedicado aos cuidados, grau de parentesco, coabitar com a pessoa cuidada, usar o seu rendimento mensal e ser mulher. Ficou demonstrado que as mulheres cuidadoras informais, com menos habilitações literárias, que passam mais tempo, em média por semana, a prestar cuidados e que vivem com o idoso, apresentavam uma sobrecarga mais elevada (Aires et al., 2020).

De igual modo, também se destaca que a população idosa utiliza os serviços de saúde com mais frequência, sendo hospitalizada com mais frequência e por mais tempo do que outros grupos etários. Em geral, os idosos necessitam de cuidadores em todos os momentos, cuidados permanentes e contínuos. Neste contexto, o cuidado oferecido ao idoso dependente é prestado pela família, amigos e/ou vizinhos, no domicílio. Todavia, estas pessoas têm frequentemente pouca formação e conhecimentos para promover cuidados adequados, algo que se alia à insuficiência da rede de apoio formal, o que pode levar à sobrecarga dos cuidadores informais, com consequências negativas quer para si, quer para a pessoa a quem presta cuidados (Aires et al., 2020; Biliunaite et al., 2022). Estudos internacionais identificam fatores que predisõem os cuidadores informais à sobrecarga, nomeadamente: ser uma cuidadora feminina, ter idade avançada, ser viúvo, oferecer apoio emocional, depender de

muitas horas com a prestação de cuidados, ter poucos conhecimentos sobre as atividades inerentes aos cuidados (Mollica et al., 2017; Aires et al., 2020; Biliunaite et al., 2022).

Biliunaite et al. (2022) investigaram as características dos cuidadores informais lituanos, com necessidades de apoio, bem como verificar o impacto da pandemia por COVID-19 no seu bem-estar e da pessoa cuidada. O estudo foi realizado *online* entre maio e setembro de 2020. Foram convidados a participar no estudo cuidadores informais com experiência, tendo respondido a um questionário que incluía 38 itens de escolha múltipla, incluindo as características demográficas dos participantes, disponibilidade do apoio, necessidades de apoio, bem-estar e o impacto da pandemia por COVID-19. A sobrecarga foi avaliada através do *Caregiver Burden Inventory* (CBI) de 24 itens. Os autores contaram com uma amostra total de 226 indivíduos, sendo a maioria mulheres (87,6%). Quase metade dos participantes (48,7%) não estava a receber qualquer apoio e 73,9% expressou a necessidade de receber mais apoio por parte dos profissionais de saúde. Os cuidadores informais apresentaram uma elevada sobrecarga (M=50,21; Dp=15,63). Constatou-se que as mulheres estavam significativamente mais sobrecarregadas do que os homens ($p=0,011$). Ainda que muitos participantes apresentassem problemas psicológicos (55,8%), apenas 2,2% estavam a receber qualquer apoio psicológico. A maioria dos cuidadores informais não sofreu quaisquer alterações significativas em si próprios (63,7%) ou no bem-estar do seu recetor dos cuidados (68,1%) devido à pandemia por COVID-19. A maioria dos participantes foi identificada como cuidadores informais a longo prazo e com tempo elevado de prestação de cuidados, os quais vivenciavam uma elevada sobrecarga. Face a estes resultados, os autores propõem uma maior acessibilidade e disponibilidade de apoio por parte dos profissionais de saúde, através de intervenções na comunidade, sendo a mais privilegiada sessões formativas que possam empoderar os cuidadores informais e prevenir a sua sobrecarga física e psicológica (Biliunaite et al., 2022).

A experiência de ser o cuidador informal, particularmente de um idoso dependente, é cada vez mais frequente, uma vez que a incidência das doenças crónicas e o número de idosos dependentes cresce à medida que a população envelhece. Considerando que este é o perfil da população portuguesa, emergiu na necessidade de realizar uma revisão integrativa da literatura para mapear as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem

dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário (Apêndice II), tendo ficado demonstrado a necessidade de intervenções comunitárias junto deste grupo populacional, para que estes não se sintam desamparados para lidar com as exigências do cuidar.

O cuidador informal, para estar disponível 24 horas no acompanhamento a pessoa dependente, abdica da sua vida, abandonando muitas das vezes o seu trabalho e momentos de lazer, pois o ato de cuidar é contínuo. Com os avanços da medicina, os cuidadores deparam-se com a necessidade de ter de prestar cuidados cada vez mais complexos, no entanto, com pouca informação e poucos apoios (Alves, 2016; Teixeira et al., 2017). Cuidar de uma pessoa dependente pode trazer satisfação pessoal, mas também um conjunto de desafios e dificuldades para quem cuida com impacto para quem é cuidado. Cuidar de outro acarreta um esforço físico, psicológico, social e económico (Costa et al., 2019; Chakraborty et al., 2023).

O facto de o cuidador informal estar exposto a estes fatores, de forma contínua, contribui para o agravamento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e da qualidade de vida de ambos (Teixeira et al., 2017). Neste sentido, “a sobrecarga é um conceito relacionado com o cansaço”, ou seja, “pode transpor a exposição do cuidador a fatores de stresse significativos e num espaço de tempo relativamente curto, ou a uma exposição prolongada a fatores de stresse pouco significativos, mas que, ao longo do tempo, originam efeitos em termos de sobrecarga para quem cuida” (Sequeira, 2018).

Esta sobrecarga influencia a qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa cuidada, podendo conduzir eventualmente a uma institucionalização mais precoce. Assim há que ter em conta que, o cuidador também carece de cuidados, e que em momento algum se deve sentir sozinho (Teixeira et al., 2017). Torna-se indispensável a promoção e a implementação de medidas de suporte ao cuidador informal. A criação de políticas orientadas para os cuidadores é potenciadora de uma abordagem com múltiplos benefícios para todos: a pessoa foco dos cuidados, os cuidadores e os sistemas públicos (Teixeira et al., 2017).

Considerando o índice de dependência que existe na área geográfica de abrangência do Pólo da UCC, decorrente do envelhecimento populacional, colocando os cuidadores informais numa situação de grande vulnerabilidade em termos de sobrecarga, identificou-se como problema a sobrecarga dos cuidadores informais.

4.2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DAS NECESSIDADES

Face ao problema identificado, a sobrecarga dos cuidadores informais, que os coloca numa posição de grande vulnerabilidade, no desempenho do seu papel como cuidadores da pessoa dependente, procedeu-se à identificação das necessidades.

Deste modo, e com base também no diagnóstico da situação, revelador de uma população muito envelhecida com elevado índice de dependência, ao nível da área geográfica de abrangência do Pólo da UCC, discutiu-se o problema com o Enfermeiro Supervisor e a Professora. Por conseguinte, decidiu-se questionar cuidadores formais e informais, de forma a chegar à identificação dos problema, e necessidades ligadas aos cuidadores informais. Paralelamente fiz uma aplicação da escala de sobrecarga do cuidador a alguns cuidadores de modo a reforçar o diagnóstico de situação, bem como a identificação dos seus problemas e necessidades subjacentes face à prestação de cuidados ao seu familiar dependente (ANEXO I). Importa salientar que, para ter acesso aos cuidadores informais, foi necessário solicitar apoio aos enfermeiros da UCC, que, por sua vez, se disponibilizaram a falar com a USF para esta fazer um levantamento dos cuidadores informais, a partir do ficheiro de registo dos utentes, de forma a poder identificar os seus problemas e necessidades, bem como para implementar o projeto. Esta situação deveu-se ao facto de não ter acesso a uma amostra adequada para realizar o estudo com os utentes da ECCI, na decorrência do tempo de realização do EC.

O modelo de sistemas de Neuman, por se basear na teoria geral dos sistemas em que os utentes são considerados um sistema aberto, em permanente transformação, dinâmico e contínuo, e que qualquer necessidade pode perturbar a sua estabilidade, o mesmo serviu de alicerce para que pudesse proceder à identificação dos problemas e necessidades ligadas aos cuidadores informais. Como se trata de um modelo holístico, que se adapta a todos os contextos de cuidados, no caso concreto aos cuidados de saúde primários, apliquei-o aos cuidadores informais, aumentando ainda mais a colaboração entre os elementos da equipa de enfermagem.

Assim, iniciei esta fase com a realização de uma entrevista a dois enfermeiros para conhecer a perceção da equipa de enfermagem sobre os problemas inerentes à sobrecarga do

cuidador familiar. A entrevista era composta por quatro breves perguntas, de resposta aberta (Apêndice III). Verifiquei que o seu contacto com cuidadores ocorre essencialmente no contexto da ECCI, onde os utentes e cuidadores permanecem, em média, 3 meses. Referiram que esse período de tempo de interação permite diagnosticar as necessidades do cuidador e mobilizar os recursos possíveis para dar resposta às suas necessidades. Ao longo do tempo de internamento na ECCI, estes vão avaliando os resultados das medidas implementadas e ajustando as suas intervenções. Todavia, relataram que, apesar dos seus melhores esforços, a sobrecarga dos cuidadores é, frequentemente, difícil de resolver. Foram unânimes ao considerarem que a sobrecarga corresponde a um excesso de estímulos e necessidades aos quais o cuidador sente que tem obrigação de dar resposta, mas que, devido a diversos fatores, não dá uma resposta suficientemente adequada (Apêndice IV). Assim, um dos enfermeiros entrevistados referi: *“vejo cuidadores que sentem uma obrigação de prestar os cuidados ao seu familiar, mas que, muitas vezes na sua própria perspetiva, ficam aquém do que seria desejado. Vejo cuidadores cansados, exaustos mesmo, com deterioração da sua própria saúde. Vejo cuidadores com inseguranças em relação à qualidade dos cuidados que prestam, com sentimentos de culpa por não conseguirem assegurar cuidados melhores, e sem grandes soluções para os seus problemas”*. Quanto aos fatores que mais contribuem para a sobrecarga do cuidador familiar, referiram que, tendo em conta a sua experiência, *“os cuidadores familiares são pessoas que tentam equilibrar diversos papéis das esferas pessoal, familiar, social e profissional com o papel de cuidador”*. Deste modo, a multiplicidade de papéis, frequentemente, aliada à incompatibilidade de horários, à complexidade do ato de cuidar, são fatores preditores da sobrecarga, com implicações negativas a todas as esferas da vida do cuidador. Acrescentaram ainda outros fatores, nomeadamente: a falta de conhecimento e/ou de capacidade para o ato de cuidar; limitações físicas do cuidador; insuficiência económica da família; falta de condições habitacionais; falta de tempo para descansar do papel de cuidador; falta de apoio de outros familiares/cuidadores. Face a esta problemática, a equipa de enfermagem recorre a estratégias para a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar, com destaque para o seu empoderamento, pois são de opinião que quanto mais capaz e mais segurança o cuidador sentir, menor risco corre de sobrecarga. Acrescentaram que, nos casos em que o cuidador não detém capacidade física ou saúde, é imprescindível encontrar cuidadores alternativos e empoderá-los, bem como se assume de elevada importância a intervenção, no âmbito

social, em questões associadas às condições habitacionais e económicas, proporcionar-lhes apoio psicológico e promover períodos de repouso do papel de cuidador. As respostas dos enfermeiros permitiram priorizar as reais necessidades dos cuidadores, tendo em conta os fatores determinantes de sobrecarga.

Foram também realizadas entrevistas a três cuidadores informais, baseadas num guião (Apêndice V), que continha três questões nucleares, para conhecer a sua perceção sobre a sua sobrecarga ao cuidar do familiar dependente. Estes descreveram que cuidar e ser cuidador equivale a cuidar, a tratar/assegurar as atividades da vida diária da pessoa que cuidam, tendo em conta a garantia do bem-estar e a segurança. Em suma, foram unânimes ao referirem que cuidador é quem cuida. Nas entrevistas realizadas no significado atribuído ao cuidar identificou-se a funcionalidade, a necessidade de substituir nas atividades da vida diária; contribuir para o bem-estar físico e emocional, com dignidade, atribuindo muita importância em desenvolver estratégias para a redução das limitações e de todas as atividades que o seu familiar não pode fazer sozinho. No que se refere à expressão do cansaço, identificou-se o cansaço físico, e mental, sendo nítida a alteração da componente emocional do cuidador, por vezes, condicionada pela falta de tempo para organização de todo o seu dia a dia. Foi possível ainda perceber que algumas famílias se conseguem articular, de modo a se dividirem na prestação dos cuidados, o que levou um dos cuidadores entrevistados a não referir cansaço. Os cuidadores demonstraram que, com o passar do tempo, desenvolvem estratégias, para diminuição do seu esforço/cansaço, como, por exemplo, aumentar a alternância dos posicionamentos na cama, para diminuir as transferências. Assim, transferem a pessoa cuidada, apenas quando têm ajuda. Os cuidadores referenciaram algumas estratégias para reduzirem a sua sobrecarga: descanso, prática de atividade física, alimentação equilibrada, diminuição das transferências, aumento dos posicionamentos, quando em descanso no leito, e envolvimento de outros familiares nos cuidados. Estas evidências, vividas na primeira pessoa, também ajudaram na priorização das suas necessidades (Apêndice VI).

Posteriormente apliquei a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010) (Anexo I), a quem foi solicitado um pedido de autorização para aplicação da mesma (Anexo II), que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, a uma amostra de 14 cuidadores informais, com um mínimo de 53 anos e um máximo 78 anos, a cuidar de um

familiar, tendo como grau de parentesco pai/mãe, cônjuge, irmã, nora, sobrinha, com idade entre os 70 e os 96 anos.

Trata-se uma escala traduzida para português da sua versão original inglesa por Sequeira (2010). Possui 22 itens, com boa consistência interna (0,79 a 0,92) nos múltiplos estudos de investigação em que tem sido usada (2010), com um alfa de Cronbach de 0,93. A análise fatorial realizada pelo mesmo autor permitiu identificar quatro fatores, que explicam 62% da variância total. Os fatores criados empiricamente são concordantes e idênticos aos constructos que estiveram na sua origem (Sequeira, 2010, p. 11). O primeiro fator: “impacto da prestação de cuidados” tem os itens que respeitantes à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos (alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo e desgaste físico e mental), sendo constituído por onze itens e apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,93); o segundo fator: “relação interpessoal” agrupa itens relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados e avalia o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados, fundamentalmente associado às dificuldades com a interação, sendo constituído por cinco itens, com uma consistência interna de 0,83 (alfa de Cronbach); o terceiro fator “expectativas com o cuidar” é formado por quatro itens, relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, tendo como foco os medos, receios e disponibilidades, e apresenta uma consistência interna de 0,67 (alfa de Cronbach); o quarto fator “perceção de autoeficácia” é constituído por dois itens, acerca da opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho, com uma consistência interna de 0,80 (alfa de Cronbach). Cada item é pontuado de maneira qualitativa/quantitativa: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). O score global pode variar entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa (Sequeira, 2010, p. 11).

A todos os cuidadores informais foi entregue um termo de consentimento informado (Apêndice VII). Estes foram informados da ausência de qualquer contrapartida da sua colaboração no projeto, assim como da possibilidade de suspenderem a sua participação em qualquer momento. Em nenhuma situação foram divulgados os dados a pessoas

externas à investigação, e assegurou-se que estes procedimentos estavam em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (eu) 2016/679 do Parlamento 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).

4.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Partindo dos resultados do diagnóstico de saúde, da identificação do problema e das necessidades, e para poder iniciar o processo de estabelecimento de prioridades, como a seguir apresento, com o objetivo de selecionar os problemas prioritários dos cuidadores informais para intervenção, o que implicou a realização de uma reunião com 8 enfermeiros, pertencentes à USP e à UCC, identificados como peritos no conhecimento da comunidade e contexto, para votação das prioridades, tendo por base os seguintes critérios do Método de Hanlon: magnitude, gravidade, eficácia e exequibilidade (Tavares, 1990) (Apêndice VIII).

As necessidades mais prementes que os cuidadores apresentavam eram ao nível da redução de sobrecarga, otimização do autocuidado, melhoria das relações sociais/rede de apoio e suporte e melhoria da gestão do tempo na consecução do seu papel de cuidador. Assim, foram constituídas tabelas de voto com todas as necessidades reais, sendo que todos os participantes foram convidados a votar. Esta reunião de reflexão revelou ser um momento de extrema importância, pois permitiu constatar que as necessidades sentidas foram ao encontro das necessidades reais dos cuidadores informais, possibilitando um momento de ligação entre as duas unidades funcionais, reforçando o trabalho colaborativo para atuar na comunidade. Deste modo a principal necessidade identificada foi ter de se intervir para a redução do nível da redução de sobrecarga dos cuidadores.

Tendo em conta o problema identificado e a priorização das necessidades identificadas pelos peritos da área, realizou-se uma reunião com o Enfermeiro Supervisor e a Professora Orientadora, com o objetivo de considerarmos a possibilidade da realização de um projeto no âmbito da carteira de serviços da UCC. Assim, e tendo também em conta os resultados do Programas “Curae de mim”, aplicado numa UCC, com efeito positivo no indicador e no

Índice de Desempenho Global (IDG) de uma UCC, e após ter auscultado a equipa da UCC, onde decorreu o ensino clínico, fez todo o sentido desenvolver este programa no âmbito dos cuidados de saúde primários e, por isso, pensou-se em replicar o programa “Curae de mim” na UCC. Assim, procedeu-se ao processo de estabelecimento de prioridades, uma etapa essencial do planeamento em saúde, possibilitando a identificação das necessidades prioritárias a intervir nos 6 cuidadores informais. Todavia, importa referir que, segundo Sousa et al. (2017, p. 1), “não existem fórmulas predeterminadas para a seleção de problemas prioritários. Cabe a cada equipa de intervenção comunitária a definição de um processo próprio com diferentes métodos/técnicas que possibilitem a identificação e intervenção em necessidades classificadas como prioritárias pela comunidade”. Concordo com o pensamento destes autores, pois, como defendem Neuman e Reed (2007), o utente é um ser singular, com as suas próprias características e necessidades. Como tal, teve de se formular e fixar os objetivos, como a seguir apresento, de acordo com a priorização das suas necessidades.

Ao longo das atividades realizadas no ensino clínico e devido às limitações temporais do período em que este decorreu, foi definido, em concordância com o Enfermeiro Supervisor e a Professora Orientadora, dar resposta apenas à necessidade considerada prioritária, pelos peritos, após votação (Redução da sobrecarga dos cuidadores). A problemática identificada responde diretamente aos indicadores de acesso da UCC. Após discussão com o Enfermeiro Supervisor, foi envolvido o Coordenador da UCC. Tal como já mencionado anteriormente, o projeto foi implementado na UCC, a utentes da USF, na medida em que não se conseguiu uma amostra adequada para realizar o estudo, o que se deveu ao facto de, no tempo de realização do ensino clínico, não haver uma amostra suficiente, ou seja, nessa altura era reduzido o número de utentes da ECCI. Assim, o Coordenador da UCC e o Enfermeiro supervisor, falaram com a equipa da USF para esta fazer um levantamento dos cuidadores informais, a partir do ficheiro de registo dos utentes, para implementar o projeto, tendo conseguido 14 cuidadores informais. Por conseguinte, verificou-se a potencialidade da concretização do projeto para os cuidadores informais de abrangência através de uma intervenção dirigida aos mesmos. Sequencialmente foi feito o pedido à direção do ACeS (Anexo III), e elaborado o formulário de parecer à Comissão de Ética da ARSC (Anexo IV).

Com a execução das atividades inerentes a esta etapa, considero ter adquirido uma das unidades de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, Regulamento n.º 428/2018, de 6 de julho de 2018, p. 19355): “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade”.

4.4. FORMULAÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após o diagnóstico da situação e da hierarquização de necessidades, assumiu relevância a fixação de objetivos a adquirir no que diz à problemática. Como salientam Imperatori e Giraldes (1993), tem de se proceder a uma apropriada definição de objetivos, para a realização da avaliação da intervenção. Por conseguinte, delineei como objetivo geral:

- Promover a redução da sobrecarga dos cuidadores familiares de uma UCC, através da replicação do Programa de intervenção Psicoeducativa “Curae ... de mim”, para o qual pedi autorização para a sua utilização (Anexo V).

Como objetivos específicos do programa, estabeleci os seguintes: realizar as 6 sessões do programa “Curae ... de mim”; fornecer informação acerca da sobrecarga e do acesso aos recursos existentes; incentivar os cuidadores familiares para o autocuidado e desenvolvimento de uma rede de apoio através de recursos da comunidade; elaborar um folheto com estratégias de autocuidado e com contactos de recursos da comunidade; identificar a perceção da sobrecarga dos cuidadores familiares através da aplicação, antes e após a intervenção, da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010), o que também permitiu avaliar o programa.

Depois da definição dos objetivos, assume-se como fundamental o estabelecimento das metas a alcançar. Neste contexto, Imperatori e Giraldes (1993) referem que a meta consiste no resultado desejável e tecnicamente passível de concretização das atividades, o que se traduz em indicadores, que, no caso, espelham os resultados, a serem apresentados mais à frente.

4.5. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

A fase da seleção de estratégias, refere-se ao conjunto lógico, e coerente de técnicas específicas e organizadas para se poder alcançar um determinado objetivo, diminuindo, desta feita, um ou mais problemas de saúde identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como forma de fundamentar, e orientar de forma científica e através de uma metodologia acomodada ao problema em questão, para as intervenções a serem realizadas no projeto, recorri, tal como já referenciei anteriormente, à realização de uma revisão integrativa da literatura, tomando como extremamente relevante basear a prática na evidência científica, tendo como questão de pesquisa: “Quais as intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário?”, que se traduziu no seguinte objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário.

Da análise dos artigos, que foram considerados na revisão integrativa da literatura, foi possível sintetizar algumas intervenções de enfermagem, dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário, nomeadamente:

- Apoio dos enfermeiros quer pela sobrecarga, quer pelos défices de conhecimento e competências práticas;
- As intervenções foram personalizadas, de acordo com o/os défice/s detetados no autocuidado a prestar ao utente dependente, com realização de sessões, conforme as necessidades detetadas;
- Realização de sessões para redução da taxa de sobrecarga nos cuidadores;
- Ensinos de estratégias de comunicação, técnicas de tratamento da situação de saúde da pessoa cuidada;
- Ensinos individualizados.

Os cuidados informais foram alvo de intervenções, como por exemplo, no estudo de Gil et al. (2020), onde foram realizados ensinos de estratégias de comunicação, técnicas de tratamento de afasia, estratégias de enfrentamento, avaliação e planeamento das intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico de cada situação, tendo também

o cuidador como alvo dos cuidados. No estudo de Afonso (2022), no qual foi implementada a metodologia do planeamento em saúde, com desenho, planeamento e operacionalização de um projeto de melhoria contínua da qualidade, no contexto da prática da investigadora, dirigido a cuidadores familiares de pessoa com doença de Alzheimer, ficou demonstrado que a aplicação do programa a 14 participantes, a alteração do *status* do diagnóstico de sobrecarga do cuidador familiar, de intensa para ligeira e/ou moderada. Os participantes expressaram reconhecimento e satisfação através de narrativas que permitiram a identificação de indicadores do impacto do programa. No estudo de Godinho (2022), também com desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde, dirigido a cuidadores informais de utentes dependentes, os cuidadores informais apresentam sobrecarga ligeira e as necessidades de aprendizagem foram mais sentidas ao nível da prevenção de quedas, levante/transferências e prevenção de úlceras por pressão. Estes tiveram apoio dos enfermeiros quer pela sobrecarga, quer pelos défices de conhecimento e competências práticas; o suporte e acompanhamento pelos mesmos, visaram melhorar a qualidade dos cuidados. A preparação do cuidador informal para cuidar constituiu-se como um domínio central para a enfermagem, sendo apresentada como uma preocupação com a prestação de cuidados pelos mesmos, para substituir, assistir ou apoiar o utente dependente na gestão das atividades de autocuidado. Os cuidados a prestar foram intervenções no âmbito de substituir ou assistir: na higiene, alimentação, assistir na marcha/transferências, posicionamentos, acompanhar o utente dependente às consultas, exames, promover ou manter condições para o sono e repouso, prestar cuidados específicos sob orientação da equipa de saúde, em cuidados simples, na gestão do regime terapêutico e vigiar situações particulares. Ensinos Individuais; realização de “Caminhadas com história”: Integradas no “Cantinho do Cuidador”; realização de ensinos aos cuidadores informais através de planos de cuidados, de modo personalizado, de acordo com o/os défices/s detetados no autocuidado a prestar ao utente dependente, tendo realizado 1/2 sessões, conforme as necessidades.

Aliando os resultados apresentados, decorrentes da revisão integrativa da literatura, e tendo por base o Modelo da Teoria de Sistemas de Neuman, que contempla dois componentes fundamentais, o stresse e a reação da pessoa ao stresse, pude constatar que estas duas condições afetavam o bem-estar holístico dos cuidadores informais. Assim, a utilização deste

modelo na prática de enfermagem, justificou a natureza dos cuidados a implementar, bem como contribuiu para a elaboração do programa e do projeto. Por conseguinte, posso referir que a utilização deste modelo se constituiu como uma ferramenta chave na intervenção com os cuidadores informais.

4.6. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A elaboração de programas e projetos consiste na primeira fase do “planeamento operacional e constitui essencialmente no estudo detalhado das atividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objetivos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 30), ou seja, consiste na definição, “através de uma sequência lógica de eventos como, de que forma, com que ações e estratégias, se irá alcançar os objetivos traçados”. A operacionalização do planeamento, de acordo com os mesmos autores, pode abarcar vários níveis: *planeamento estratégico*, *planeamento tático* e *planeamento operacional*. Imperatori e Giraldes (1993, p. 129) referem que “um programa é o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo”, enquanto um projeto consiste numa “atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

Tendo por base os dados obtidos no diagnóstico de situação, a priorização das necessidades e a preocupação pessoal e, por este se constituir como um problema de Saúde Pública a nível nacional e mundial, definiu-se como prioritário intervir na redução da taxa de sobrecarga nos cuidadores junto dos cuidadores informais que apresentassem sobrecarga. Neste seguimento foi replicado o “Programa de intervenção Psicoeducativa “Curae ... de mim” que teve como população alvo cuidadores informais da área de abrangência da UCC com sobrecarga face ao cuidar da pessoa dependente. O termo “Curae ... de mim”, incluído na designação do projeto, remete precisamente para se considerar os cuidadores informais como foco da nossa intervenção, ou seja, vê-los sob um olhar holístico, sendo esta a máxima do Modelo da Teoria de Sistemas de Neuman, pois há a necessidade de cuidar de quem cuida.

A participação neste programa previa a realização de seis sessões, sendo que o primeiro e o último contacto eram sessões de avaliação. Cada uma das restantes sessões teve uma duração aproximada de 60 minutos. A data e hora foram definidas de acordo com a disponibilidade dos participantes. A participação neste estudo foi absolutamente voluntária, podendo os participantes a qualquer momento, suspender a sua participação quer de uma forma temporária quer de uma forma definitiva.

A avaliação da eficácia do projeto foi feita, tal como já referenciado anteriormente, através da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010), na primeira e na última sessão. Foram definidos igualmente alguns indicadores de atividade e de resultado, descritos no Tabela 1.

Tabela 1.

Objetivos, atividades, indicadores e metas

Objetivo	Atividade	Indicador	Meta
Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais	Aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010) a 6 cuidadores informais	Taxa de melhoria dos scores obtidos na sobrecarga dos cuidadores informais (% da média do score final - % da média do score inicial)	Obter 5% de melhoria nos scores obtidos na Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010), tendo em conta as suas dimensões
Reduzir a sobrecarga dos cuidadores informais	Realizar sessões para redução da taxa de sobrecarga dos cuidadores informais	Taxa de realização das sessões (Nº de sessões realizadas/ Nº de sessões programadas) x100	Realizar 100% das sessões programadas
Avaliar o grau de satisfação dos participantes no projeto	Aplicar a escala de avaliação aos participantes, no final de cada sessão	Taxa de avaliação das sessões, pelos participantes (3- muito bom, 2- razoável e 1- mau) (nº de participantes a classificar com 3 as sessões/nº total de participantes a avaliar) x100	Obter 80 % dos participantes a considerar as sessões muito boas
	Avaliar a adesão dos participantes às sessões	Taxa de assiduidade dos participantes (nº de pessoas presentes nas sessões/número de participantes no projeto) x100	Obter 50% de assiduidade

4.7. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A fase da preparação da execução, interliga-se com as fases antecedentes e com as que posteriores, refletindo o processo contínuo que caracteriza o planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste sentido, esta etapa iniciou com a elaboração do plano operacional das atividades a ser implementado, de acordo com os planos das sessões, onde constam os objetivos gerais específicos, justificação da escolha do tema, descrição da atividade, avaliação e materiais (APÊNDICE IX).

Foram assim planeadas, seis sessões, que foram projetadas para serem realizadas em seis dias. No entanto, estas foram compacta em quatro sessões, devido aos já referidos constrangimentos dos cuidadores informais, ou seja, a maioria tinha dificuldades em desalocar-se à UCC e não tinham a quem pedir para os substituir nos cuidados da pessoa dependente. As quatro sessões contaram sempre com a presença dos 6 cuidadores informais. Estas foram dinamizadas por mim, em colaboração com o Enfermeiro Supervisor, tendo local a Sala de Atividades da UCC.

Todas as sessões iniciaram com a receção do grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC, o que compreendia uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença de todos. Nas sessões que se seguiam foram sempre lembrados os aspetos abordados na sessão anterior. Em todas foi sempre facultada solução antisséptica de base alcoólica para as mãos e folhas e distribuição das folhas com 3 *Smiles* para a avaliação da sessão: a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha) que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente. Tendo-se obtido sempre avaliações correspondentes a muito bom por parte de todos os cuidadores informais. No final de cada sessão, era sempre realizado um esclarecimento de dúvidas, lembrando a data da próxima sessão, seguindo-se os agradecimentos e a despedida. Foram também utilizados outros materiais, ao longo das sessões, sendo estes o computador, projetor, PowerPoint e vídeos.

Na primeira sessão, cujo objetivo geral foi sensibilizar os cuidadores familiares presentes relativamente ao conceito de cuidador e sobrecarga, auscultando as estratégias adotadas para a redução da sua sobrecarga, apliquei a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010), tendo sido lidos, em voz alta cada item, e os cuidadores iam preenchendo, ao mesmo tempo, a sua escala. Seguidamente propus aos elementos do grupo que se agrupassem dois a dois,

para que se apresentassem e, seguidamente, os elementos dos pares apresentavam o outro, dizendo o nome, idade, quem era a pessoa que cuidavam, há quanto tempo cuidavam, de forma a estabelecer uma relação mais próxima entre os elementos do grupo. Posteriormente forneci, a cada um dos cuidadores presentes, duas folhas onde constava: numa “SER CUIDADOR É:” e na outra “SOBRECARGA É...”, e solicitei-lhes que descrevessem o que sentiam relativamente àquelas frases. Após esta atividade, recolhi as referidas folhas e agrupei-as relativamente ao ser cuidador e à sobrecarga, tendo-as afixadas numa cartolina. Por fim, foi realizado um *brainstorming* sobre os dois referidos, com discussão conjunta sobre as estratégias utilizadas para redução de sobrecarga.

No que se refere aos resultados obtidos em relação à Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010), cuja primeira sessão contou com os 6 cuidadores, constatou-se que 5 cuidadores informais revelavam sobrecarga intensa, e 1 sobrecarga ligeira (cf. tabela 2).

Tabela 2.

Níveis de sobrecarga do cuidador informal antes da intervenção (N=6)

Níveis de sobrecarga	N
Sem sobrecarga (<46)	0
Sobrecarga ligeira (entre 46 a 56)	1
Sobrecarga intensa (>56)	5

No dia 3 de janeiro, iniciou-se a segunda sessão, com os mesmos 6 cuidadores, sensibilizando-os para o impacto do cuidar na vida de cada um, incentivando-os a refletir sobre o conceito de cuidador e sobrecarga, o que decorreu numa dinâmica de grupo para os incentivar na sua reflexão sobre o impacto do cuidar, tendo apresentado um *PowerPoint* com os conceitos relacionados com o cuidador e a sobrecarga. Posteriormente forneci a cada um dos cuidadores uma folha onde constava a seguinte frase “EU SOU CUIDADOR DE:” e solicitei-lhes que escrevessem o nome e o grau de parentesco da pessoa que cuidavam. Seguidamente cada cuidador leu em voz alta o que escreveu na folha e perguntei-lhes o que significava, para si, ser cuidador. Escrevi na cartolina o que ia ouvido de cada cuidador. Depois, convidei cada cuidador a colar a sua tira junto do que tinha acabado de escrever. Após esta atividade, iniciou-se uma outra com o objetivo de sensibilizar os cuidadores familiares presentes para a reflexão das suas relações interpessoais, reconhecendo a importância dos sentimentos e emoções. Neste sentido, objetivei incentivar a reflexão sobre o conceito de sentimentos e emoções, a

autoconsciência, a autoperceção de emoções e os sentimentos nas relações interpessoais, bem como identificar as estratégias de regulação das emoções nas relações interpessoais. Assim, apresentei um PowerPoint com uma reflexão sobre sentimentos e as emoções, onde também eram abordados os mais predominantes nas situações de sobrecarga do cuidador. Posteriormente expliquei-lhes a Técnica da Tartaruga, uma técnica de educação emocional, que ajuda a controlar as emoções e os impulsos, e contribui para o desenvolvimento emocional e social. A Técnica da Tartaruga implica os seguintes passos:

1. Passo- identificar/perceber que a pessoa se sente irritado.
2. Pensar na palavra “STOP” para si próprio.
3. Entrar na sua “carapaça”, imaginando que ele é a sua carapaça, e fazer três respirações profundas. Pensar em frases como: “posso-me acalmar”, “estou bem”, “devo pensar em soluções para o meu problema”, “sou capaz de resolver o problema”.
4. Sair da sua própria carapaça, quando estiver calmo e pronto para pensar em soluções para o problema.

Após explicar a Técnica da Tartaruga, elucidei-os para o facto de esta ser uma técnica simples de relaxamento, na qual cada um deveria focar-se nas suas partes do corpo, uma a uma, e dizer três vezes cada um dos nomes de cada uma das partes. Sugeri-lhes que iniciassem a técnica e validassem o seu efeito. Entreguei um cartão com imagem alusiva à Técnica da Tartaruga a cada um dos elementos do grupo e, em grupos de 2 pessoas, estes foram treinando as duas técnicas apresentadas. Por fim, teve lugar uma discussão em grupo acerca do benefício das técnicas apresentadas nas relações interpessoais.

No dia 5 de janeiro de 2023, ocorreu a terceira sessão, com os mesmos seis cuidadores, cujo objetivo geral consistiu em sensibilizar os cuidadores familiares presentes, para a identificação e mobilização de estratégias de autoeficácia. Estabeleci como objetivos específicos abordar o conceito de autoeficácia através do exercício da mão; incentivar os cuidadores familiares a refletirem na sua autoeficácia; debater em grupo estratégias de autoeficácia. Para concretizar estes objetivos, iniciei com a apresentação de um *PowerPoint* com uma reflexão sobre o conceito e a importância da autoeficácia. Posteriormente distribuí a cada cuidador uma folha de papel e uma caneta, onde cada um desenhou a sua própria mão e em cada dedo escreveu um dos seus pontos fortes e/ou capacidades. Na base da mão, escreveram três dificuldades

que sentiam. Depois de concluírem, cada cuidador familiar colocou numa cartolina o que acabara de escrever, sendo convidado a partilhar o que escreveu, promovendo, assim, a reflexão e a partilha entre os presentes.

Seguiu-se a sensibilização dos cuidadores familiares presentes para a reflexão das suas expectativas futuras, recorrendo às experiências vividas partilhadas, pelos 6 elementos do grupo de cuidadores. Esta atividade teve como objetivos específicos, incentivar à reflexão sobre as perspetivas futuras, relacionadas com os objetivos de vida dos cuidadores familiares presentes, e incentivar a partilha, e o debate em grupo sobre estratégias de redução de sobrecarga para o futuro. Comecei por questionar os cuidadores sobre o que pediriam se tivessem uma varinha de condão, para o seu futuro, e, à medida que os mesmos individualmente iam partilhando os seus desejos, eu registava-nos numa cartolina. Incentivei-os à reflexão dos objetivos individuais de cada um, seguindo-se um debate em grupo sobre as estratégias de redução de sobrecarga para o futuro. O grupo de cuidadores criou o Kit Curae...de Mim. Foi dado a cada elemento uma bolsa, onde estes colocaram os trabalhos que desenvolveram, bem como as informações que lhe foram transmitidas, para levarem consigo, de modo a que possam recorrer a ele, em momentos mais difíceis, quando se encontram no processo do cuidar. Seguiu-se um momento de partilha e convívio, através de um lanche oferecido pela enfermeira dinamizadora, e todos os presentes, de forma a estabelecer o contacto entre todos.

4.8. AVALIAÇÃO

A avaliação consiste na etapa do planeamento, na qual se pode fazer uma comparação com um padrão, a fim de se corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planear de forma mais eficiente (Imperator & Giraldes, 1993). Neste sentido, na sexta e última sessão, voltou a aplicar-se a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010) aos seis cuidadores informais, e foi entregue o Kit Curae. Procedeu-se ao esclarecimento de dúvidas e de partilha de mudanças, através de uma breve reflexão sobre as sessões e o projeto desenvolvido.

Tendo em conta os constrangimentos que alguns cuidadores informais da amostra inicial apresentavam, como dificuldades em deslocarem-se à UCC, e por não terem a quem delegar os cuidados da pessoa dependente, a amostra final para a realização do estudo

proposto foi 6 cuidadores informais, conforme já foi referido. Entre estes, 4 tinham idade compreendida entre os 58-69 anos; 5 eram mulheres, estando mais representados os filhos e cônjuge (2 cada), como grau de parentesco com a pessoa cuidada; 3 possuíam o 3º. Ciclo do Ensino Básico; 4 eram não ativos a nível profissional; 4 mencionaram não ter ajudas para cuidar do seu familiar; 4 coabitavam com a pessoa cuidada e 4 não cuidavam anteriormente do seu familiar.

Assim, verificou-se que, após a realização de todas as sessões, como consta da tabela 3, os cuidadores informais revelaram agora um mínimo e um máximo a variarem entre 0 e 76, correspondendo-lhe uma média de $39,55 \pm 17,13$. Com redução da sobrecarga do impacto da prestação de cuidados ($M=21,05 \pm 6,78$), onde se tinha constado maior sobrecarga. Em todas as outras dimensões também ocorreu uma diminuição da sobrecarga dos cuidadores. Em conformidade com os pontos de corte para a determinação dos níveis de sobrecarga, verificou-se que 5 dos cuidadores, após a intervenção, não apresentavam sobrecarga e 1 sobrecarga ligeira (cf. tabela 3).

Tabela 3.

Níveis de sobrecarga do cuidador informal após a intervenção (N=6)

Níveis de sobrecarga	N
Sem sobrecarga	5
Sobrecarga ligeira	1
Sobrecarga intensa	0

Estes achados vão ao encontro com resultados encontrados na literatura tais como, um estudo desenvolvido por Andrade, et al. (2019) mostra uma efetiva falta de formação e apoio aos cuidadores informais de pessoas dependentes, no domicílio, os quais relataram sérias dificuldades em assegurar a continuidade dos cuidados. Note-se que 97,4% dos cuidadores inquiridos declararam não ter recebido orientação ou formação sobre a prestação de cuidados pela equipa de saúde. A prestação de cuidados a pessoas dependentes está frequentemente associada a situações de sobrecarga que se traduzem em problemas físicos, psicológicos, emocionais e até financeiros (Oldenkamp, et al., 2018). Estas limitações, conforme verifiquei na prática clínica, fazem com que os cuidadores informais apresentem um conjunto de dificuldades e “despreparo” que dificulta o seu desempenho, levando-os, em muitas circunstâncias, até à exaustão. Por conseguinte, e tendo em conta as dificuldades relatadas

por cuidadores informais, assumimos como essencial identificar as áreas prioritárias de intervenção, a fim de os capacitar para desenvolver a prestação de cuidados de saúde ao seu familiar dependente, ao mesmo tempo para a redução dos níveis de sobrecarga. As dimensões dos cuidados, frequentemente relatadas por esses cuidadores informais, estão principalmente associadas ao autocuidado, alimentação, higiene e conforto, vestir/despir, mobilizações, transferências, utilização da casa de banho, equipamentos e gestão terapêutica, o que está em conformidade com os resultados de um estudo desenvolvido por Dixe et al. (2019). A reforçar, Godinho et al. (2022) referem que

Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa e do Mundo, em que as pessoas idosas apresentam elevada carga de doença e dependência. Necessitando de apoio de um Cuidador Informal, sendo na sua globalidade familiares, que não estão preparados para prestarem este tipo de cuidados (p. 241).

Por conseguinte, e ainda em consonância com os autores supracitados, os cuidadores Informais confrontam-se “com a realidade do desempenho do papel, sendo um processo complexo que acarreta mudanças no quotidiano e na saúde do mesmo, que pode originar sobrecarga e exaustão” (Godinho et al., 2022, p. 241). No seu estudo, objetivaram reduzir a sobrecarga do cuidador informal, e capacitá-lo para prestar cuidados apropriados às pessoas dependentes, na maioria idosas, que são admitidas na Equipa de ECCL de uma UCC no Alentejo Central. Seguiram a metodologia do planeamento em saúde. Verificaram que 27,3% dos cuidadores informais apresentavam sobrecarga intensa e 54,5% sobrecarga ligeira e 18,2% sem sobrecarga. As suas principais necessidades de aprendizagem foram, em primeiro lugar, a prevenção de quedas, o levante/transferências e prevenção de úlceras por pressão. Deste modo, há necessidade de os Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária, pelas competências que detêm, capacitar os cuidadores informais, para que se possa reduzir os seus défices de conhecimento e competências práticas, de forma que possam satisfazer as necessidades da pessoa dependente que cuidam. Neste âmbito, não nos podemos esquecer que a família/cuidador informal, também é foco da nossa intervenção e cuidar de quem cuida é premente, tendo como linha orientadora os conceitos de Neuman, cuja teoria contempla o ser humano inserido no seu ambiente, como estrutura básica, um sistema aberto, bem como as variáveis de cada utente (Neuman & Reed, 2007). De acordo com Neuman, os seres humanos são “sistemas abertos” em constante interação com as forças externas e internas do

ambiente, tendo utilizado o termo “fatores de stresse” para se referir a estas forças. Assim, procurei capacitar os cuidadores informais de acordo com o conceito de Neuman, segundo o qual, o ser humano continua a mover-se entre o estado de estabilidade da saúde e da doença, sendo o conceito de saúde, uma continuação do estado do sistema aberto da doença ao bem-estar ou do bem-estar à doença. Quando todas as necessidades do sistema aberto são satisfeitas, prevalece o bem-estar aberto (Neuman & Reed, 2007).

As avaliações das intervenções inerentes ao projeto, revelam que cabe ao enfermeiro identificar os possíveis stressores, e as suas consequências nos cuidadores informais para que possa, como defendem Neuman e Fawcett (2011), estabilizar o seu sistema energético através de mudanças, positivas e necessárias para que estes alcancem o bem-estar. Assim, o enfermeiro, deve intervir no sentido de promover a transformação das situações que causam stresse (Neuman & Fawcett, 2011). Considero que, este estudo pode contribuir para melhor compreensão da situação dos cuidadores informais, tendo como guia o Modelo de Neuman, a partir da implementação de um projeto que direcionou um olhar holístico, tendo em conta a identificação dos fatores de risco (stressores), e do diagnóstico da situação e, desta forma, me permitiu orientar o planeamento dos cuidados de enfermagem, sempre baseados em evidências científicas. Como defende Neuman (1995, p. 10), o enfermeiro, ao servir-se de um modelo holístico, procede ao “estudo sistémico das características abstratas do cliente, da família e da comunidade, através da análise precisa e global, das relações de espaço e tempo das quais estas características dependem”. Por conseguinte, a utilização deste Modelo teórico possibilitou-me organizar os meus conhecimentos para o desenvolvimento de competências de EEECSOSP. A aplicação do Modelo de Neuman, através das intervenções por mim encetadas, resultaram numa maior estabilidade do sistema dos cuidadores informais, uma conclusão a que cheguei, através da avaliação dos efeitos das intervenções, que contribuíam para ajudar os cuidadores informais a conservar, atingir e/ou manter a sua estabilidade no seio do seu sistema.

A avaliação efetuada, revela que todos os participantes fizeram uma avaliação das sessões muito positiva, atribuindo-lhes a valorização de “muito boas”, com uma assiduidade de 100%. Estes resultados robustecem a importância do EEECSOSP e a suas intervenções em ganhos em saúde em grupos vulneráveis, no caso concreto em cuidadores informais. Quero também expressar que outro positivo, na execução do projeto e todo o ensino clínico, consistiu na

aquisição de conhecimentos e competência que me permitem atuar em contexto comunitário, e em termos de planeamento em saúde, dando continuidade a esta ação, sempre em parceria com os restantes elementos da equipa de saúde, pois ficou demonstrado que o trabalho em grupo, que caracteriza os cuidados de saúde primários, potencia mais e melhor saúde junto dos utentes/grupos/comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório consistiu no *terminus* de uma caminhada, que marca o início de um novo percurso profissional, para o qual foi necessário um investimento pessoal, familiar e profissional, mas que resultou numa transformação na maneira como fui superando os desafios com os quais me ia deparando, na minha relação com todos os elementos dos campos de ensino clínico, que me ajudaram e apoiaram nesta minha mudança e progressão profissional, em direção a uma prática futura como EESCSP.

Por conseguinte, este documento reflete tudo o que vi, senti, aprendi e experienciei, ao longo do processo de aquisição. e desenvolvimento de competências enquanto EESCSP. Uma reflexão crítica sobre os objetivos delineados, e a sua concretização permite concluir que o Modelo de Neuman, que orientou as minhas intervenções, está em conformidade com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e com o Regulamento das Competências do EESCSP (Regulamento Nº 428/2018 de 16 de julho).

Os resultados da avaliação do projeto, evidenciaram ganhos em saúde, por parte dos cuidadores informais, o que sugere a sua replicação futura.

Destaco todas as oportunidades que me foram concedidas ao longo dos ensinamentos clínicos, o que passou por um trabalho conjunto, a partilha de saberes e reflexão conjunta, sobre os problemas e necessidades que iam surgindo nas populações, e comunidades que a USP e a UCC dão resposta. Assim, posso dizer que implementação do projeto, numa articulação com a USP e UCC, veio ainda mais corroborar que a enfermagem não é um trabalho que se exerce sem ajuda dos outros e que as pessoas cuidadas devem ser o foco das nossas atuações. Neste pressuposto, refiro que este projeto e todas as outras atividades desenvolvidas tiveram muita importância para a futura prática profissional em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Particularmente. saliento as implicações para a prática ao nível da redução da taxa de sobrecarga dos cuidadores informais, tendo-me levado a realizar um planeamento em saúde e uma revisão integrativa da literatura, o que me munuiu de ferramentas a serem utilizadas no futuro, na área da Saúde Comunitária. Assim, considero ter contribuído com o desenho do projeto e com uma visão epidemiológica, para a lucidez da visão global da saúde pública. e operativa da saúde comunitária.

Importa também salientar que a realização deste estudo contribuiu para a disciplina de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no sentido da afirmação não só na articulação entre a UCC e USP, mas também na construção do saber, ou seja, permitiu-me ter uma visão global desta realidade, através da identificação de um problema, a sobrecarga dos cuidadores informais, implicando a identificação das suas necessidades. e proporcionar-lhes uma resposta para as mesmas, o que realmente espelhou a efetividade de um projeto de intervenção comunitária.

Era meu desígnio melhorar a minha prática de cuidados junto dos utentes/grupos/comunidade, o que se operou numa mudança que foi perceptível ao longo dos ensinamentos clínicos, tendo constatado uma evolução qualitativa na mesma, que me permitirá, futuramente, fazer uma avaliação mais minuciosa dos utentes/grupos/comunidade, com os quais venha a trabalhar, identificando novos problemas de enfermagem. Como defende Benner (2001, p. 61), quando se podem descrever situações clínicas onde a intervenção do enfermeiro “faz a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrentes da sua prática torna-se visível, e é com esta visibilidade, que o realce e reconhecimento da perícia. se tornam possíveis”. Consciente de que a aquisição de competências consiste num processo contínuo, a manutenção das mesmas depende de uma prática continuada, um desafio a que me proponho para a minha vida profissional a haver.

Assim, ao chegar a esta fase do meu percurso, posso afirmar que esta etapa do meu processo de ensino e aprendizagem se constituiu um desafio, no qual a motivação, a perseverança e o empenho estiveram sempre presentes. Os ensinamentos clínicos foram momentos em que agi, segundo uma perspetiva crítico-reflexiva, guiada pelo Modelo de Neuman, permitindo-me analisar a minha atuação/intervenção de forma a implementar melhorias na prática, e assim, contribuir para a prestação de cuidados, cada vez mais qualificados e de excelência.

Os ensinamentos clínicos, assumem-se como o expoente máximo do nosso processo de aprendizagem, uma vez que nos lançam desafios colocando-nos à prova, e estimulando a ânsia de saber e aprendizagem. Tenho a plena consciência que, o desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico, tem outro impacto pois, este ambiente real permitiu-me integrar as experiências de forma mais sólida e substanciada, dando assim, continuidade à construção da identidade como futura EEECSOSP.

Ao longo de todo o meu percurso formativo, assumi uma postura reflexiva acerca das competências adquiridas, mais concretamente uma reflexão sobre a prática dos cuidados e as minhas potencialidades profissionais e pessoais. Conduziu-me, ainda, a uma maior dedicação à pesquisa de evidências científicas, que fundamentassem a minha prática e enriquecessem o meu desempenho, com objetivo *major* de adquirir competências incontestáveis, tendo também contando com a colaboração de todos os elementos inerentes aos locais de ensino clínico, pois só com a sua partilha de saberes pude fazer um percurso mais positivo e gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022. República Portuguesa. acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2022_Final.pdf
- Administração Regional de Saúde do Centro (2018). Perfil Local de saúde. https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2021/04/PeLS2018_A25_BM.pdf
- Administração Regional de Saúde do Centro (2019). Relatório de Atividades 2019. Coimbra. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2021/12/Relatorio-de-Atividades-2019.pdf>
- Afonso, C.I.C. (2022). *Curas de mim – A Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Intervenção com Cuidadores Familiares*. (Dissertação de Mestrado). URI: <http://hdl.handle.net/10400.8/7342>
- Aires, M., Fuhrmann, A.C., Mocellin, D., Dal, Pizzol, F.L.F., Sponchiado, L.F., Marchezan, C.R., Bierhals, C.C.B.K., Day, C.B., Santos, N.O., & Paskulin, L.M.G. (2020). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Rev Gaúcha Enferm.*; 41(esp):e20190156, 1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
- Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. *Revista da Faculdade de Educação*, 22(2), 11-42.
- American Academy of Allergy Asthma and Immunology (2021). Allergies Symptoms, Diagnosis, Management & Treatment. Acedido em 15 de fevereiro de 2023. [Aaaai.org. https://www.aaaai.org/Conditions-Treatments/Allergies/Allergies-Overview](https://www.aaaai.org/Conditions-Treatments/Allergies/Allergies-Overview)
- Andrade, L. M., Costa, M. D. F. M., Caetano, J. Á., Soares, E., & Beserra, E. P. (2019). A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 43(1), 37-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100005>
- Bastos, I.E.P. (2018). A importância do papel do enfermeiro na visita domiciliar: revisão integrativa. *Revista de Saúde*; v.12, n.1 (ESP). Acedido em 10 de fevereiro de 2023. <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3609/2631>
- Benner. P. (2001). *De iniciado a perito*. (A.A.Queirós.Trad.) Coimbra: Quarteto Editora.
- Biliunaite, I., Kazlauskas, .E, Sanderman, R. (2022). Informal caregiver support needs and burden: a survey in Lithuania. *BMJ Open*; 12:e054607. doi:10.1136/bmjopen-2021-054607
- Chakraborty, R., Jana, A. & Vibhute, V.M. (2023). Caregiving: a risk factor of poor health and depression among informal caregivers in India- A comparative analysis. *BMC Public Health*; 23, 42. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14880-5>
- Coelho, R.M.P (2021). *Capacitar para cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2: Intervenção de Enfermagem Comunitária ao cuidador formal*. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido em 12 de janeiro de 2023. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3804/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20-%20MESTRADO.pdf>
- DeSanto-Madeya, S. (2013). Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories (3rd Edition ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 3rd ed. Philadelphia. PA: F A Davis Company.
- [file:///C:/Users/Andreia%20Santos/Downloads/Revista de Enfermagem Refer%C3%Aancia RIV14003 portugu%C3%AAs.pdf](file:///C:/Users/Andreia%20Santos/Downloads/Revista%20de%20Enfermagem%20Refer%C3%Aancia%20RIV14003%20portugu%C3%AAs.pdf)

- Gil, E., Faria, L., Bispo, S., Barbosa, T., & Figueiredo, M. do C. (2020). Intervenções de enfermagem que capacitam o cuidador informal da pessoa com afasia em contexto domiciliário: uma scoping review. *Revista Da UI_IPSantarém*, 8(1), 124–137. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19884>
- Godinho, M.I.M.M. (2022). “Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo. (Dissertação de Mestrado). URI: <http://hdl.handle.net/10174/32210>
- Groenvynck, L., Fakha, A., de Boer, B., Hamers, J. P. H., van Achterberg, T., van Rossum, E., & Verbeek, H. (2021). *Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review. The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnab036
- Gusmão, C. M. P., Vilela, R. Q. B. (2019). A capacitação pedagógica na formação em enfermagem: tensionamentos do currículo. *Brazilian Applied Science Review*. 3(1), jan, fev: 26-35
- Hughes, F. (2016). Health literacy: a key educational role for nurses and a vital tool for improving health. *International Nursing Review*. 63(3): 304-305. <http://doi.org/10.1111/inr.12311>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª Ed.), Lisboa: Obras Avulsas.
- INE (2022). Portal do Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt>
- INE. (2021). Portal do Instituto Nacional de Estatística. <http://www.ine.pt>
- International Council of Nurses [ICN]. (2019). <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lage, M., & Araújo, O. (2014). A Construção Discursiva do Cuidado Informal a Idosos Dependentes: percepções, constrangimentos e práticas. In A. Fonseca (Coords.), *Envelhecimento, Saúde e Doença* (pp. 221-260). Coisas de Ler. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/30275>
- Lei de Bases da Saúde, de 4 de setembro de 2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 169. https://www.iasaude.pt/attachments/article/6312/lei_95_2019_bases_saude.pdf
- Louro, C.; Kraus, T. (2022). Planeamento do Estágio I Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública I. Leiria. <https://www.ipleiria.pt/esslei/wpcontent/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Martins & Araújo (2016). Avaliação dos Cuidadores: Considerações e orientações para a prática. In Morim, A., Gomes, B., Martins, C., Araújo, F., Bastos, F., Petronilho, F., ... Martins, T., *A Pessoa Dependente & o Familiar Cuidador* (113-130). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mayen, S., Lagouanelle-Simeoni, M.-C., Cote, J., Fonte, D., Reynaud, R., Gentile, S., & Colson, S. (2022). Educational needs and type 1 diabetes mellitus: The voices of adolescents, parents and caregivers. *Health Education Journal*, 81(2), 226–237. <https://doi.org/10.1177/00178969211062477>
- Melanie, M. & Evely, W. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* (2ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). *Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. AJN, American Journal of Nursing*, 110(1), 51–53. doi:10.1097/01.naj.0000366056.06605.d2
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Pedro Melo. - 1ª ed. - Lisboa: Lidel, 2020. - 156 p.- ISBN 978-989-752-477-6, consultado em 22 julho 2022
- Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2018). Family caregiver support and empowerment: A nursing intervention program. *Millenium*, 2(5), 73-80. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205.07.00171>
- Ministério da Saúde (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Consultado a 10 de junho de 2022. <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20020/2011383/Pages/default.aspx>
- Mollica MA, Litzelman K, Rowland JH, et al. The role of medical/ nursing skills training in caregiver confidence and burden: a CanCORS study. *Cancer* 2017;123:4481–7
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Edição), East Norwalk: Appleton&Lange. Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5ª Edição), Estados Unidos da América: Pearson.

- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B., & Reed, K. S. (2007). *A Neuman Systems Model Perspective on Nursing in 2050*. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 111–113. doi:10.1177/0894318407299847
- Oldenkamp, M., Bültmann, U., Wittek, R. P. M., Stolk, R. P., Hagedoorn, M., & Smidt, N. (2018). Combining informal care and paid work: The use of work arrangements by working adult-child caregivers in the Netherlands. *Health Soc Care Community*; 26(1), e122-e131. doi: 10.1111/hsc.12485
- Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do Caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 181-196. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a03.pdf>
- ONU. (1968). Universal declaration of human rights. *Zeitschrift Fur Krankenpflege. Revue Suisse Des Infirmieres*, 61(12), 499–502. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Parecer sobre Atividades de Vida Diária. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEE_R_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 613/2022, Artigo 6.º, 8 de julho de 2022. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 131. Acedido em 12 de março de 2023. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health* ICF. https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf?sfvrsn=eead63d3_4
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Pereira, M. G. (1996) – *Repercussões da Doença Mental na Família*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Tese de Mestrado, https://run.unl.pt/bitstream/10362/23517/1/2148_3015_1_PB.pdf
- Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006, junho 6). *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. *Diário da República*, 1(109), pp. 3856-3865.
- Portugal, S., & Alves, J. (2015). *Doenças raras e cuidado: um olhar a partir das redes sociais*. *Cescontexto - Debates - Um olhar social para o paciente*. *Actas do I Congresso Iberoamericano de Doenças Raras*, 9, 34-40. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/81017/1/Doen%c3%a7as%20raras%20e%20cuidado%20Um%20olhar%20a%20partir%20das%20redes%20sociais.pdf>
- Rabarison KM, Bouldin ED, Bish CL, et al. The economic value of informal caregiving for persons with dementia: results from 38 states, the district of Columbia, and Puerto Rico, 2015 and 2016 BRFSS. *Am J Public Health* 2018;108:1370–7.
- Regulamento N.º 743/2019 DE 25 DE SETEMBRO DE 2019 DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento para a norma de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República* n.º 184/2019, Série II. Acedido em 20 de julho de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento N.º 140/2019 DE 6 DE FEVEREIRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, série II, n.º 26, 4745-4750 (2019). Acedido em 30 de junho 2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento N.º 428/2018 de 16 de julho da Ordem dos enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na

- área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, série II, nº135, 1954- 1959 (2018). Acedido em 17 de junho de 2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ribeiro, O. (2011). Famílias com dependentes no autocuidado: Um olhar sobre a pessoa dependente. [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto].
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, Série IV(1), 25-36. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2423&id_revista=24&id_edicao=60
- Ruivo, M. & Ferrito, C. (2010). *Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de etapas* (Ed. Rev.)
- Santos, M. J. L., Merrill, K. A., Gerdts, J. D., Ben-Shoshan, M., & Protudjer, J. L. P. (2022). Food Allergy Education and Management in Schools: A Scoping Review on Current Practices and Gaps. *Nutrients*, 14(4), 732. <https://doi.org/10.3390/nu14040732>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale. Referência. II Série. Nº 12. 9-16. Acedido em <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental. (2.ª ed.). Lidel.
- Sousa FAMR, Goulart MJG, Braga AMS, Medeiros CMO, Rego DCM, Vieira FG et al. Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Rev Saude Publica*. 2017;51:11.
- Sousa, F.A.M.R., Goulart, M.J.G., Braga, A.M.S., Medeiros, C.M.O., Rego, D.C.M., Vieira, F.G. et al. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Rev Saude Publica*; 51,11, 1-10 <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006460>
- Souza, L., Hanus, J., Libera, L, Silva, V., Mangili, E., Simões, P., Ceretta, L., & Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149.
- Squire, A. (2005). Saúde e Bem Estar para Pessoas Idosas. Fundamentos Básicos para a Prática. Lusociência.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde. Cadernos de Formação. 2ª ed. Lisboa
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narigão, M., Lourenço, R., & Nascimento, R. (2017). Medidas De Intervenção Junto Dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional.
- Teixeira, A.M.D.P. (2018). *Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Autocuidado*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3835/1/Tese%20Vers%C3%A3o%20Final%20BAllexandra%20Teixeira.pdf>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2014). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Turner, S.B., & Kaylor, S.D. (2015) Neuman Systems Model as a Conceptual Framework for Nurse Resilience. *Nursing Science Quarterly*, 28, 213-217. <https://doi.org/10.1177/0894318415585620>
- Vieira, P. A., Barros, P. J., Caseiro, T., Rodrigues, N., & Arcanjo, J. (2021). Efeitos de uma pandemia numa unidade de cuidados de saúde primários e sua população: um estudo retrospectivo. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 37(5), 393–406. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i5.13135>
- WHO. (2021). *Primary Health Care*. Acedido em from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>

ANEXOS

Anexo I- Escala de Sobrecarga do Cuidador

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

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

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

Fontes para citação da Escala:

Sequeira, Carlos. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers", Journal of Clinical Nursing 22, 3-4: 491 - 500.
doi: [10.1111/jocn.12108](https://doi.org/10.1111/jocn.12108)

Sequeira C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (2ª ed.). Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência, II Série, nº 12, Março, pp 9 a 16.

Informação sobre utilização de Instrumentos de avaliação

NOME DO INSTRUMENTO/ PROGRAMA
INVESTIGADOR PRINCIPAL / PROFISSIONAL DE SAÚDE (nome, tel., e-mail de contacto)
TITULO DO ESTUDO/ CONTEXTO
CALENDARIO PREVISTO (DATA DE INICIO DE FIM)
AMOSTRA /CONTEXTO
COMENTARIOS

Enviar ao Prof. Doutor Carlos Sequeira – carlossequeira@esenf.pt

Assunto: Título do Instrumento

Anexo II- Pedido de Autorização para Utilização -Escala de Sobrecarga do Cuidador

RE: Pedido de autorização para utilização da escala ESC

De: Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>
Enviada: 30 de julho de 2022 08:41
Para: carlossequeira@esenf.pt
Assunto: Pedido de autorização para utilização da escala ESC

Caríssimo Sr. Professor Carlos Sequeira

O meu nome é Ana Rita Matos e sou aluna do 1 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria.

Estou a desenvolver uma investigação para integrar no relatório de estágio/ tese, sobre "intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores familiares em contexto domiciliário".

O estudo decorre sob a orientação da Professora Doutora Teresa Kraus e Professora Catarina Afonso, ambas do Politécnico de Leiria.

Na revisão bibliográfica verifiquei que fez a adaptação da Escala Escala de Sobrecarga do Cuidador (Zarit) para o contexto nacional, e que se encontra publicada em Março de 2010 na revista Referência. Assim, venho solicitar autorização para utilizar a referida Escala. Os resultados obtidos no meu estudo, onde farei referência ao seu trabalho, poderão vir a contribuir para a melhoria da utilização desse instrumento.

Atenciosamente,

2 anexos — Transferir todos os anexos

- escala_sobrecarga_cuidador_sequeira.doc
56K Ver como HTML Transferência
- info_utiliza_instrumentos (1).doc
30K Ver como HTML Transferência

RE: Pedido de autorização para utilização da escala ESC

Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>
Para: Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>

2 de agosto de 2022 às 01:10

Estimada Ana Rita Matos

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu estudo.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>
<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Anexo III- Pedido Autorização ao Corpo Clínico do ACES

16/10/22, 21:58

Gmail - Pedido de autorização



Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>

Pedido de autorização

6 mensagens

Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>

8 de agosto de 2022 às 10:10

Para: ccs. @arscentro.min-saude.pt, @arscentro.min-saude.pt, @arscentro.min-saude.pt

Exmo Sr. Diretor Executivo do ACES
Exmos Membros do Conselho Clínico e de Saúde do ACES
Exmo Sr Coordenador da UCC do , Sr Enfermeiro

O meu nome é Ana Rita Correia de Matos, e sou aluna do 1 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria. O Curso decorre sob a orientação da Professora Doutora , e da Professora ambas do Politécnico de Leiria.

Pretendia desenvolver um projeto de intervenção comunitária, dirigido aos cuidadores familiares no âmbito do curso supracitado, para integrar no relatório de estágio/ tese, sobre "Intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores familiares em contexto domiciliário". O objectivo específico deste projecto será reduzir a sobrecarga do cuidador familiar, através da promoção de estratégias promotoras de saúde.

Pretendo utilizar a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Burden Interview Scale), adaptada e validada pelo Sr Professor Doutor Carlos Sequeira (ESC), que após pedido prévio, já me remeteu autorização para a sua respectiva utilização.

É minha intenção submeter o projeto à Comissão de Ética da ARS do Centro.

Assim, venho por este meio, solicitar a Vossas Excelências, o pedido de autorização para desenvolver este projecto, na UCC

Pede deferimento.

Coimbra, 08 de agosto de 2022

Ana Rita Matos

Para: Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com> <@arscentro.min-saude.pt> 17 de agosto de 2022 às 10:35

Exm^o Sr.^o Enf.^o Rita Matos,

Da parte desta UCC nada temos a opor relativamente ao seu pedido.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeiro Especialista de Reabilitação
Coordenador da UCC
ACES

ucc. @arscentro.min-saude.pt

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS

De: <@arscentro.min-saude.pt>
Enviado: 8 de agosto de 2022 16:17
Para: anarita.matos82@gmail <anarita.matos82@gmail>
Cc: <.min-saude.pt>; <@arscentro.min-saude.pt>; <@arscentro.min-saude.pt>
Assunto: RE: Pedido de autorização

Exm^{os} Srs

Por parte do Conselho Clínico, nada a opor.
Os meus cumprimentos,

*Assistente Graduada Sénior de Medicina Geral e Familiar
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS*

Anexo IV - Pedido de Parecer e Resposta à Comissão de Ética da ARSC

27/03/23, 02:11

Gmail - Pedido de apreciação e autorização CE



Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>

Pedido de apreciação e autorização CE

3 mensagens

Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>

24 de outubro de 2022 às 12:43

Para: Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>

Bom dia

Exmo Sr. Presidente e respectivos elementos da Comissão de Ética da ARS Centro

O meu nome é Ana Rita Correia de Matos, e sou aluna do 1 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria. O Curso decorre sob a orientação da Professora Doutora Catarina Afonso, do Politécnico de Leiria. Venho desta forma, apresentar resumidamente o meu projeto de intervenção comunitária, dirigido aos cuidadores familiares no âmbito do curso supracitado, para integrar no relatório de estágio/ tese. Em anexo, segue o formulário, com a informação solicitada. Assim, venho por este meio, solicitar a Vossas Excelências, o pedido de autorização para desenvolver este projecto.

Pede deferimento.

Coimbra, 24 de setembro de 2022

27/03/23, 02:13

Gmail - Comissão de Ética - Envio de parecer



Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>

Comissão de Ética - Envio de parecer

3 mensagens

Para: "anarita.matos82@gmail.com" <anarita.matos82@gmail.com>

21 de novembro de 2022 às 14:14

Exmo(a). Senhor(a)

Enfª Ana Rita Matos

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se envia em anexo, o parecer emitido pela Comissão de Ética, a um pedido/ressubmissão formulado por V.Exa. e devidamente homologado pelo Conselho Diretivo desta ARS Centro.

Com os melhores cumprimentos

Secretariado da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL: FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO: <i>Tomado conhecimento e deliberada a favor do parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> 17.11.2022</p>
-------------------------------------	--

ASSUNTO: Parecer sobre o Projeto 107/2022 – “Curae ... de mim – Projeto de intervenção comunitária de apoio e redução da sobrecarga dirigido a cuidadores familiares de uma ECGI”

Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
[Assinatura]
Dr.ª Rosa Reis Marques
Presidente,

Este estudo foi apresentado por Ana Rita Correia de Matos, aluna do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto Politécnico de Leiria.

O objetivo é promover a redução da sobrecarga dos cuidadores familiares assistidos pela UCC. Pretende a autora seguir o Programa “Curae ... de mim”, tendo já obtido autorização da pessoa responsável pelo desenvolvimento deste Programa.

Prevê seis sessões em grupo e presenciais sobre sobrecarga e acesso aos recursos existentes destinadas a cuidadores familiares e a avaliação antes e depois do programa da perceção da sobrecarga destes cuidadores através da Escala de Sobrecarga do Cuidador, anexada ao protocolo.

A autora obteve também a autorização do responsável por esta Escala, assim como da Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS e da Coordenadora da UCC

É também apresentado um documento de consentimento informado devidamente formulado.

Face a esta informação, esta Comissão de Ética emite um parecer favorável.

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira
[Assinatura]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro
[Assinatura]

Anexo V - Pedido de Autorização Replicação Programa “Curae...de mim”

Pedido de Autorização > Caixa de entrada x

Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com> domingo, 2/10/2022, 07:33 ☆ ↶ ⋮
para Catarina ▾

Exma SrªDrª Catarina Afonso

O meu nome é Ana Rita Correia de Matos, e sou aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria.
O Curso decorre sob a orientação da Professora Doutora Teresa Kraus, e por si Professora Doutora Catarina Afonso, professoras do Politécnico de Leiria.
Pretendia desenvolver um projeto de intervenção comunitária, dirigido aos cuidadores familiares no âmbito do curso supracitado, para integrar no relatório de estágio/ tese, sobre “Intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores familiares em contexto domiciliário”: Um Projeto de Intervenção na UCC Farol do Mondego. O objetivo específico deste projeto será reduzir a sobrecarga dos cuidadores familiares em contexto domiciliário.
Assim, sabendo que desenvolveu o projeto CURAE, venho deste modo solicitar a sua autorização, para a utilização dos instrumentos/materiais validados e disponíveis no mesmo, a fim de os poder utilizar e colocar em prática no desenvolvimento do meu percurso académico, nomeadamente na execução do meu projecto.
Agradeço desde já a sua disponibilidade e aguardando uma resposta para continuar o meu trabalho.

Grata

Com os meus melhores cumprimentos

Ana Rita Matos

C Catarina Inês Costa Afonso <catarina.afonso@ipleiria.pt> domingo, 2/10/2022, 10:55 ☆ ↶
para mim ▾

Bom dia!
Agradeço o envio de mail. Autorizo a utilização do programa. Os seus resultados poderão reforçar a divulgação desta intervenção.
Boa sorte, Votos de tudo a correr bem
Com os melhores cumprimentos
Catarina Afonso

Obter o [Outlook para Android](#)

From: Ana Rita Correia Matos <anarita.matos82@gmail.com>
Sent: Sunday, October 2, 2022 7:33:18 AM
To: Catarina Inês Costa Afonso <catarina.afonso@ipleiria.pt>
Subject: Pedido de Autorização

...

APÊNDICES

Apêndice I – Planeamento e apresentação sessão: Complicações da Diabetes e Alergias Alimentares

Sessão	
Tema:	Complicações da Diabetes e Alergias Alimentares
Data e hora:	19.12.2022
População Alvo:	Assistentes Operacionais Escola EB 2º E 3º Ciclos Dr. João de Barros
Profissional(ais) responsáveis pela organização:	Enfermeira: Emília Moreira e Ana Rita Matos Enfermeiro supervisor: Luís Seixo
Palestrantes do evento	Enfermeira Emília Moreira e Ana Rita Matos
Duração	1 hora
Local:	Biblioteca da Escola EB 2º E 3º Ciclos Dr. João de Barros
Objetivo geral:	Promover a capacitação dos AO's para as complicações da diabetes e alergias alimentares
Objetivo específicos:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as principais complicações da diabetes (hipo e hiper glicémia) - Identificar os fatores de risco, co-morbididades e fatores precipitantes da diabetes; - Identificar os vários tipos de tratamentos existentes; - Abordar e demonstrar a técnica de avaliação de glicemia e administração de insulina; - Salientar a importância da alimentação adequada à diabetes; - Identificar as diferenças entre alergia e intolerância alimentar, e os principais alimentos envolvidos em ambas; - Descrever como se manifestam as alergias alimentares; - Abordar e demonstrar a técnica de administração da caneta de adrenalina.
Justificação da sessão:	Por necessidade de esclarecimento e informação aos AO's, houve uma solicitação por parte da escola Dr. João de Barros à UCC Farol do Mondego, para que fosse realizada uma sessão de educação para a saúde, referente aos temas "complicações da diabetes e alergias alimentares".

Descrição	O quê?	Como?	Duração
	Introdução	- Receber grupo AO'S na Biblioteca da Escola EB 2º E 3º Ciclos Dr. João de Barros, fazer uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença.	5 minutos
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um brainstorming sobre os conceitos: "diabetes"; - Apresentação de um PowerPoint, onde se aborda o tema: "Complicações da Diabetes", e onde serão abordados os temas que irão de encontro aos objetivos específicos apresentados; - Apresentar e demonstrar o kit de avaliação de glicemia; - Apresentar uma caneta de insulina; - Realização de um brainstorming sobre os conceitos: "alergias alimentares"; - Apresentação de um PowerPoint, onde se aborda o tema: "Alergias Alimentares", e onde serão abordados os temas que irão de encontro aos objetivos específicos apresentados; - Apresentação de um Filme informativo "EAACI explica Alergia Alimentar"; - Apresentação da caneta de adrenalina. 	40 minutos
	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas.	15 minutos
Materiais/Meios auxiliares/Recursos	Kit avaliação de glicemia, caneta de insulina, caneta de adrenalina, computador, projetor, PowerPoint, vídeo, cartões com smiles para a avaliação da sessão.		
Avaliação	Fornecer a cada elemento 3 smiles, a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente		

Apêndice II – Revisão Integrativa da Literatura

Revisão integrativa da literatura

Intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário

Introdução

Nos últimos anos tem ocorrido um aumento da população envelhecida, das doenças crónicas e da esperança média de vida em Portugal, o que se deve à “evolução, em qualidade e acessibilidade, dos cuidados de saúde” (Barreto, 2018, p. 3). Deste modo, ainda em conformidade com a mesma autora, com o crescente aumento significativo de idosos e de doentes dependentes, emerge uma maior necessidade de prestação de cuidados quer por profissionais de saúde, quer por parte dos cuidadores informais.

A sociedade em envelhecimento está a colocar uma enorme pressão sobre os sistemas de saúde para atender às necessidades das pessoas idosas e das que possuem doenças crónicas, deficiências físicas ou psíquicas, parciais ou totais, temporárias ou definitivas. A promoção de cuidados informais é uma forma de reduzir essa carga (Metzelthin et al., 2017).

Cuidar de quem cuida é fundamental. Em setembro de 2019 foi publicada em Diário da República a Lei nº 100/2019 que regula os direitos e deveres dos cuidadores informais, bem como da pessoa cuidada e estabelece medidas de apoio.

Os cuidadores informais são definidos como pessoas que promovem algum tipo de assistência contínua e não remunerada a pessoas com dependência na realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD's) ou com doença crónica (Birtha & Holm, 2017). Por norma, os cuidadores informais são membros da família que, na maioria das vezes, não possuem formação técnica para cuidar de alguém dependente e não são remunerados pelos cuidados que prestam. Face a tal, estes sentem-se sobrecarregados na prestação de cuidados que requerem esforços físicos, psicológicos e sociais, para os quais não se sentem preparados (Rosas-Santiago et al., 2017).

A maioria dos cuidadores informais presta cuidados no domicílio da pessoa dependente e realiza uma vasta gama de tarefas, que podem ser suplementadas com prestadores de cuidados formais. Estes são caracterizados por não serem profissionais treinados para prestar cuidados, embora em alguns casos possam receber formação. Não possuem contratos relativos às responsabilidades dos cuidados, apesar de poderem adquirir contribuições financeiras. Executam uma ampla gama de atividades, compreendendo o apoio emocional e a assistência, sem que haja limites para o tempo gasto na prestação de cuidados (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017).

A *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE, 2019) revela, com base num estudo realizado, que, em média, 61% dos cuidadores informais são mulheres, apresentando a Grécia e Portugal o maior desequilíbrio de género, ou seja, mais de 70% dos cuidadores informais são mulheres. Ainda de acordo com o mesmo estudo, quase dois terços dos cuidadores informais prestam cuidados aos pais ou ao cônjuge, todavia os padrões dos cuidados variam em consonância com os diferentes grupos etários, ou seja, os cuidadores informais na faixa etária dos 50-65 anos apresentam maior probabilidade de ser cuidador dos pais, enquanto os cuidadores com idade igual ou superior aos 65 anos têm maior probabilidade de cuidar do cônjuge, sendo esta última situação a que requer um cuidado mais intenso, impondo cuidados diários, com ambos os géneros a revelar a mesma probabilidade de assumir esse papel (OECD, 2019).

No estudo EUROFAMCARE (Birtha & Holm, 2017), foram identificados, como principais motivos, para a decisão de ser cuidador informal, os laços emocionais (por exemplo, amor e afeto) (57%), sentido de dever (15%) e um senso de obrigação pessoal (13%), com apenas 3% a assumiram a função de cuidar um familiar no domicílio devido à falta de alternativas.

Cuidar pode ser experienciado como stressante e está associado a consequências adversas para a saúde. Há evidências crescentes para o facto de que o cuidador informal pode sofrer um aumento de carga física e psicológica, com resultados negativos para a saúde. No entanto, os cuidadores informais também podem vivenciar aspetos positivos do cuidado, como a satisfação, as recompensas ou o prazer (Metzelthin et al., 2017). Os mesmos autores referem que há estudos, como é exemplo o estudo de Boer et al. (2010), onde apenas 7% dos cuidadores informais não tiveram experiências positivas na prestação de cuidados. Enfatizar

os resultados positivos não reduz diretamente a sobrecarga do cuidado informal, mas uma atitude positiva em relação ao cuidado informal pode influenciar positivamente a perceção da prestação do cuidado, o que pode levar à melhoria da saúde e do bem-estar de ambos, o recetor dos cuidados e os cuidadores informais.

A complexidade da situação vivida pelo cuidador informal, na maioria dos casos, gera *stress* que compromete a sua saúde física e psicológica, interferindo na sua qualidade de vida. Além disso, esse *stress* é agravado, em muitos casos, com as suas queixas psicológicas e psicossomáticas, aspetos emocionais, como a raiva, o medo, a culpa, a depressão, sentimentos de insatisfação com a vida e solidão, dúvidas sobre a sua competência e a eficácia das suas estratégias de enfrentamento. A presença de stressores secundários, como as dificuldades financeiras, conciliar o cuidado prestado com a vida familiar e profissional, o isolamento social e falta de informação/formação sobre os cuidados a prestar, bem como a necessidade de se adaptar a uma nova etapa da sua vida, também são fatores que podem levar ao *stress* do cuidador informal (Maffioletti et al., 2019).

Estão identificados fatores que podem causar *stress* nos cuidadores informais: terem pouco tempo para si mesmos, pois estão constantemente ocupados com algum tipo de responsabilidade; redução do tempo de lazer; pouco tempo para as relações com amigos e família; má higiene do sono devido às necessidades ou hábitos da pessoa que necessita de cuidados; forte pressão económica sobre o cuidador, pois pode haver - dependendo do contexto regional ou local - pouco suporte económico. Estes fatores de *stress* podem causar vários problemas físicos e psicológicos, desde a depressão até ao *burnout* (Longacre et al., 2017).

As consequências que se manifestam em quem cuida são variáveis ao longo do processo de cuidar, sendo que a sobrecarga, por norma, é mais veemente no início da relação, com possibilidades de reduzir “à medida que o cuidador se vai adaptando à nova situação e vai adquirindo mais competências para cuidar” (Moreira, 2015, p. 21). É neste contexto que surge o termo “sobrecarga”, uma tradução da palavra inglesa *burden*. A sobrecarga do cuidador pode resultar quer no “comprometimento físico e psicológico”, quer em “problemas de ordem emocional, social e financeiros”. A sobrecarga do cuidador tem sido definida como os

problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser vivenciados pelos familiares que cuidam de pessoas dependentes (Moreira, 2015, p. 21).

A literatura distingue dois tipos de sobrecarga do cuidador informal: a objetiva e a subjetiva. De acordo com Martins (2006, p. 65), a sobrecarga objetiva relaciona-se mais com as tarefas de cuidar, enquanto a sobrecarga subjetiva está mais relacionada com as características do cuidador. Deste modo, a sobrecarga objetiva relaciona-se com a situação de doença e de dependência, com o tipo de cuidados e o impacto dos mesmos no bem-estar físico, psíquico, social e económico do cuidador informal. A sobrecarga subjetiva diz respeito à perceção pessoal do cuidador informal, ou seja, aos sentimentos, atitudes e reações emocionais, acerca da experiência do cuidado. Por outras palavras, refere-se às consequências psicológicas (Sequeira, 2018). A sobrecarga psicológica reflete-se nas alterações psicológicas e no sofrimento, com impacto na saúde mental dos cuidadores (Sequeira, 2018).

A identificação dos fatores associados à sobrecarga nos cuidadores informais assume-se como importante para que se possam estabelecer intervenções preventivas. A literatura identifica vários fatores associados aos cuidadores informais e aos fatores associados à pessoa dependente que levam à sobrecarga. Alguns exemplos desses fatores associados com a pessoa dependente são o grau de dependência, a saúde psicológica e as características sociodemográficas. Alguns exemplos de fatores associados ao cuidador informal são as suas características sociodemográficas, tipo de necessidades, duração do cuidado, grau de parentesco e saúde psicológica (Zhu & Jiang, 2018).

Neste âmbito, Figueiredo (2013) refere que cuidar de um familiar doente é uma tarefa difícil, que requer tempo e energia, o que se pode tornar numa responsabilidade com desgaste emocional e físico, principalmente nos casos em que o cuidador informal sente angústia por ver alguém querido a perder as suas capacidades. Tendo por base estes pressupostos, a mesma autora analisou a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal e a influência das características do cuidador e/ou da pessoa alvo de cuidados. A sua amostra era constituída por 139 cuidadores informais de pessoa com doença crónica incapacitante e dependente, internados nos serviços de medicina Hospital de Vila Franca de Xira, tendo a autora recorrido à Escala de vulnerabilidade ao *stress*. O seu estudo indica que 25,2% dos cuidadores eram homens e que 74,8% eram mulheres, na faixa etária dos 32-90 anos; 81,3% eram casados, com

baixas habilitações literárias (74,1%) e 69,8% estavam inativos profissionalmente. No que se refere ao grau de parentesco com a pessoa cuidada, 48,9% eram cônjuges/companheiros(as) e 33,8% filhos(as); 30,9% não tinham qualquer tipo de apoio para o desempenho da tarefa de cuidar, despendendo, em média, 19,14 horas por dia a cuidar, sendo em 66,4% o seu agregado familiar constituído por um elemento, estando 87,1% a coabitar com a pessoa dependente. No que se refere às pessoas cuidadas, a mesma era constituída por 55,4% homens e por 44,6% mulheres, com uma média de idades de 74,21 anos, com um tempo médio de dependência de 2,77 anos, expondo um elevado grau de dependência. A autora verificou que 46,8% dos cuidadores informais manifestaram vulnerabilidade ao *stress*, com influência das habilitações literárias, situação profissional, número de elementos do agregado familiar, grau de dependência da pessoa alvo de cuidados, número de horas despendidas no cuidar e coabitação na vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal. Face a estes resultados, a autora refere a necessidade de uma intervenção precoce e eficiente para se garantir o bem-estar do cuidador informal e da pessoa cuidada (Figueiredo, 2013).

Segundo André (2014, pp. 21-22), são efetivas as consequências negativas da prestação de cuidados informais na saúde mental e física dos cuidadores informais, prevalecendo “as doenças psiquiátricas, a utilização de drogas psicotrópicas, as doenças somáticas, pior perceção da saúde e *stress* pessoal e familiar, o isolamento social, sentimento de que as obrigações a cumprir com os pacientes são muito pesadas e geradoras de tensão”. A mesma autora acrescenta que há um fator que contribui para o agravamento do *stress* do cuidador que se refere aos impactos familiares da situação de doença e cuidados: “familiares que só aparecem de vez em quando para criticar o trabalho de quem presta os cuidados mais amiúdem, bem como familiares que se afastam justamente nos momentos de maior tensão e necessidade de ajuda, entre outras situações” (André, 2014, p. 22), o que resulta num aumento de situações de depressão e ansiedade dos cuidadores.

De acordo com o regulamento n.º 128/2011, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, por conseguinte “identificar as necessidades em saúde, de grupos ou de uma comunidade”.

Os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública centram-se nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população. Com vista à capacitação e empoderamento da comunidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ao ter um profundo conhecimento acerca dos determinantes em saúde, identifica as necessidades em saúde da comunidade, concebendo e implementando intervenções direcionadas para as necessidades específicas, assegurando desta forma o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, promovendo a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Desta forma, o enfermeiro pode e deve atuar de forma a contribuir para o processo de capacitação do cuidador informal dirigindo as suas ações, tendo em conta as dificuldades do mesmo, objetivando a melhoria da qualidade de vida do cuidador e do utente que é alvo de cuidados.

O conhecimento do contexto dos cuidadores informais, por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, bem como dos problemas decorrentes do cuidar, pode contribuir para o desenvolvimento de respostas aos mesmos, disponibilizando maior atenção às necessidades e resolução dos problemas do cuidador informal e, consequentemente, proporcionar melhor qualidade de vida para o utente que é cuidado. Sendo o profissional de saúde por excelência mais próximo do indivíduo e da comunidade, o enfermeiro especialista tem o dever de pensar o envelhecimento adotando uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, assim como proporcionar medidas com o intuito de minimizar as incapacidades e dificuldades sentidas no domicílio, numa atitude de apoio e recuperação global precoce, adequada às necessidades do utente e do cuidador, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos (DGS, 2006).

Neste âmbito, a capacitação de comunidades, como competência específica do especialista em enfermagem comunitária, expede para o empoderamento comunitário, que consiste num conceito que remete para a “participação dos membros da comunidade”, da “sua coesão” e do “desenvolvimento das suas capacidades” como meio para “identificar e resolver os seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma de agentes externos” (Melo et al., 2018, p. 82). Como forma de se perceber o empoderamento comunitário, enquanto processo,

Laverack, em 2005, referenciado por Melo et al. (2018, p. 82), define um modelo contínuo que possibilita enquadrá-lo em cinco domínios:

“a) a ação pessoal relacionada com o desenvolvimento da perceção individual de pertença e de valor para participar na sua comunidade para a resolução dos seus problemas; b) a abordagem de pequenos grupos comunitários, associada ao envolvimento de grupos de pessoas que se constituem como homogéneos nas suas características, objetivos e identidade, por forma a aumentar, do ponto de vista coletivo, a sua perceção de importância para a identificação e resolução dos problemas da comunidade; c) o desenvolvimento de organizações comunitárias, a partir da interação intencional dos pequenos grupos, para se constituir a partir das diferenças, metas comuns que fortalecem a comunidade como um todo; d) o estabelecimento de parcerias intra e intercomunidades, que promovem o incremento e rentabilização dos recursos para identificar e resolver os problemas da comunidade; e) a ação social e política, etapa em que se constitui de uma forma sistémica um quadro de políticas e ação macrossistémica construídos a partir da consolidação das organizações comunitárias e das suas parcerias e perpetuando um ambiente favorável à manutenção do empoderamento comunitário”.

Atendendo ao exposto, refere-se que a enfermagem comunitária, como domínio especializado da enfermagem, tem implícita como uma das suas competências centrais a capacitação de comunidades, o que se enquadra no empoderamento comunitário. Neste sentido, realizou-se uma revisão integrativa da literatura que tem como objetivo estudar as intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário, sendo esta uma forma de demonstrar capacidade de fundamentação das práticas com base na evidência científica. A concretização desta revisão integrativa da literatura tem por base os princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*.

Procedimentos metodológicos

Tendo-se como objetivo a sistematização do conhecimento atual sobre a importância de se estudar a prevalência da sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais,

realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que é um desenho não experimental em que os investigadores objetivamente criticam, resumem e tiram conclusões sobre um assunto através de uma pesquisa sistemática, categorização e análise temática de estudos anteriores sobre o tema em análise (Lubbe, Ham-Baloyi & Smit, 2020). Ainda em conformidade com os mesmos autores, a revisão integrativa, uma metodologia abrangente e inclusiva, permite a inclusão de artigos de pesquisa quantitativa e qualitativa.

Uma revisão integrativa é um método de revisão específico que resume a literatura empírica ou teórica existente para promover uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno ou problema de saúde. As revisões integrativas, portanto, têm o potencial de contribuir para a ciência da enfermagem, dando informações sobre pesquisas, práticas e iniciativas de políticas. Apresentam o estado da ciência, contribuem para o desenvolvimento da teoria e têm aplicabilidade direta na prática clínica. O método de revisão integrativa da literatura é uma abordagem que permite a inclusão de diversas metodologias, ou seja, estudos experimentais ou não experimentais e tem um forte potencial para a prática baseada em evidências ao nível da enfermagem (Dela & Gross, 2017).

Posto isto, a presente revisão integrativa da literatura tem como objetivo validar a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário.

Pergunta (PICO)

- Quais as intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário?

Objetivo

Identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário.

Palavras-chave

Para a expressão de pesquisa utilizaram-se os booleanos de AND e OR, articulando com as palavras-chave validadas como descritores MeSH Browser (2022): "caregiver burden"[MeSH Terms] OR Caregiver Burden[Text Word]. Apesar do termo "caregivers"[MeSH Terms] OR informal caregivers[Text Word], "residence characteristics"[MeSH Terms] OR domicile[Text

Word]. Apesar de Nursing intervention não ser descritor MeSH, optou-se por incluí-lo na pesquisa, dado que este é um termo recorrente na literatura específica na área. Destas palavras-chave foram conjugadas com os operadores booleanos AND e OR.

Bases de Dados

Recorreu-se às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: Scielo, Medline® (via PubMed®) e CINAHL (EBSCO), B-on e RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Critérios de inclusão e exclusão

Para a identificação dos estudos relevantes definiram-se os seguintes critérios: estudos que datam de 2020 a 2023, nos idiomas português e inglês. Como forma de se selecionarem os estudos para esta revisão integrativa da literatura, aplicou-se o método PIC(O): *participants* - participantes [P]; *interventions* - intervenções [I]; *comparators* – comparações [C], caso existam; *outcomes* – resultados [O]. A pertinência dos artigos para a revisão integrativa da literatura foi examinada por dois revisores independentes, com base nas informações retiradas do título, resumo e estudo completo.

Critérios de inclusão: cuidadores informais com mais de 18 anos com sobrecarga

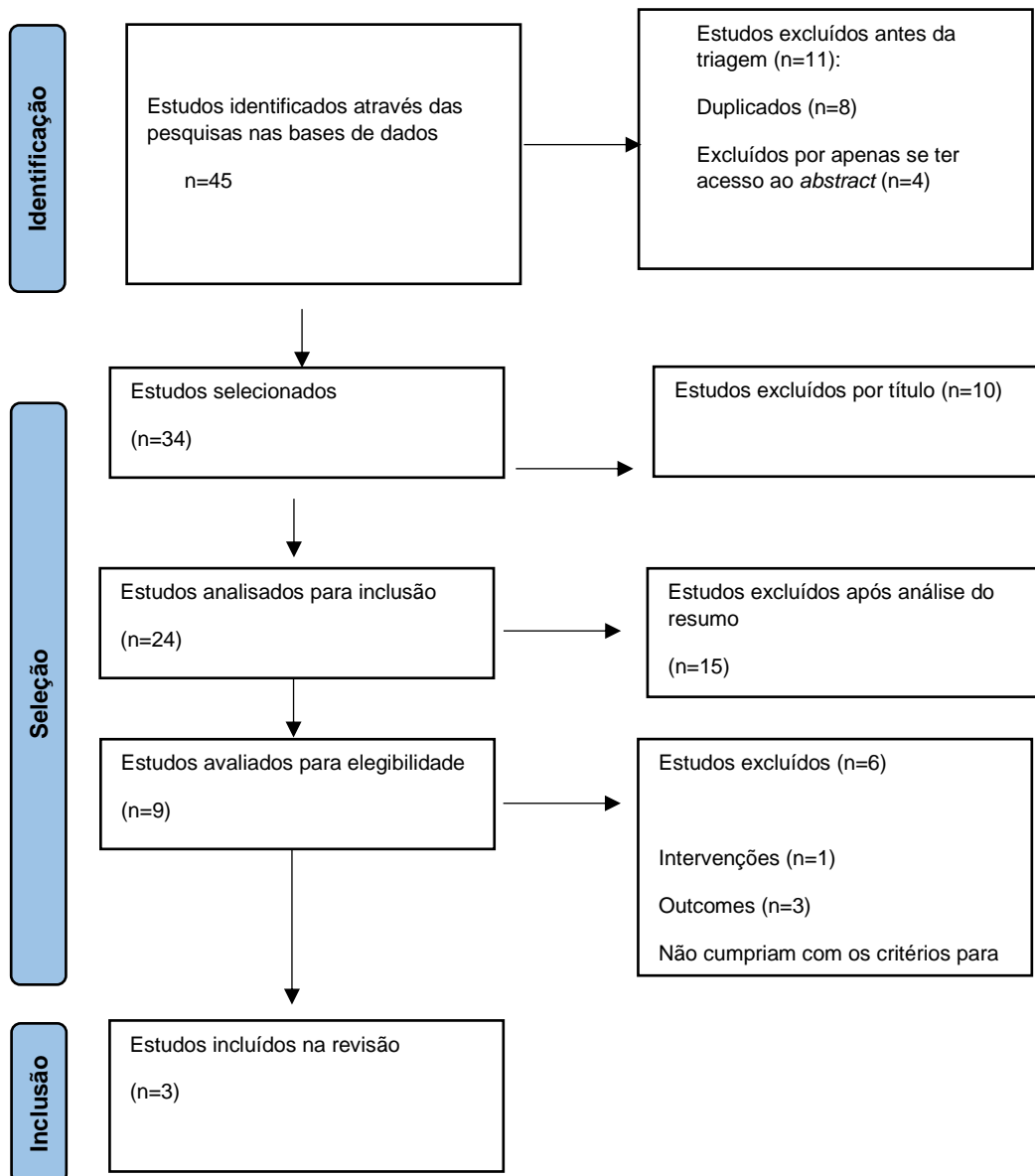
Critérios de exclusão: cuidadores formais; contextos: excluem-se estudos em contexto hospitalar.

Seleção de Estudos

Nas pesquisas realizadas nas plataformas Scielo, Medline® (via PubMed®) e CINAHL (EBSCO), B-on e RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, utilizou-se como limitador o friso temporal: 2020-2023, tendo sido efetuadas as pesquisas em língua portuguesa e inglesa. A expressão de pesquisa booleana ((Nursing intervention) and "caregiver burden"[MeSH Terms] OR Caregiver Burden[Text Word] AND "caregivers"[MeSH Terms] OR informal caregivers[Text Word] AND "residence characteristics"[MeSH Terms] OR domicile[Text Word]). Esta expressão de pesquisa booleana foi sendo ajustada de acordo com as pesquisas efetuadas nos vários motores de busca.

Através da pesquisa foram encontradas 45 referências. Na fase seguinte procedeu-se a uma exclusão de 11 estudos antes da triagem, tendo ficado 34 estudos, dos quais forma excluídos

10 pela leitura dos títulos. Transitaram ainda na seleção 24 estudos, dos quais se excluíram 15 pela leitura dos respetivos resumos, transitando para a fase seguinte 9 estudos, dos quais foram excluídos 6, ficando, assim, para inclusão na presente revisão integrativa da literatura 3 estudos. Para apresentar o número de artigos incluídos e dando cumprimento aos critérios de inclusão recorreu-se ao fluxograma PRISMA referente às 3 etapas de seleção dos artigos: identificação, seleção e inclusão (cf. figura 1).



Fonte: Adaptado de McKenzie, MJ., Bossuyt, J.E., Boutron, P.M., Hoffmann, I., Mulrow, C.D. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Tal como previsto numa revisão integrativa da literatura os resultados são apresentados na tabela 2, de modo a enquadrar os resultados obtidos com a questão mentora desta revisão.

Síntese dos dados

Tabela 2. Síntese do estudo de Gil et al. (2020)

Estudo* Autores**	Método de pesquisa* Participantes*** Instrumentos***	Objetivo Geral	Principais conclusões do estudo
<p>* Intervenções de enfermagem que capacitam o cuidador informal da pessoa com afasia em contexto domiciliário: uma scoping review. ** Gil, E., Faria, L., Bispo, S., Barbosa, T., & Figueiredo, M. do C. (2020). – E1</p>	<p>* <i>Scoping Review</i> ** Cuidadores adultos ou idosos com 65 ou mais anos de idade</p>	<p>Identificar as intervenções de enfermagem que capacitam o cuidador informal da pessoa com afasia desenvolvidas em contexto domiciliário, para redução da sobrecarga</p>	<p>Ensinos de estratégias de comunicação, técnicas de tratamento de afasia, estratégias de enfrentamento, avaliação e planeamento das intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico de cada situação, tendo também o cuidador como alvo dos cuidados. O enfermeiro assume-se como <i>team-leader</i> e mediador, criando uma rede de cuidados na ligação com outros profissionais de saúde que participam ativamente na recuperação da pessoa com esta alteração da linguagem.</p>
<p>* <i>Curae de mim – A Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Intervenção com Cuidadores Familiares</i> ** Afonso, C.I.C (2022). E2</p>	<p>* Metodologia do planeamento em saúde: desenho, planeamento e operacionalização de um projeto de melhoria contínua da qualidade no contexto da prática da investigadora dirigido a cuidadores familiares de pessoa com doença de Alzheimer ** 14 cuidadores informais. *** Caregiver Burden Scale, Lipp Inventory of Stress Symptoms for Adults; Beck Depression Inventory.</p>	<p>Desenvolver estratégias de gestão da sobrecarga e de promoção de saúde mental de cuidadores familiares de pessoa com doença de Alzheimer</p>	<p>Com a aplicação do programa a 14 participantes, verificou-se a alteração do <i>status</i> do diagnóstico de sobrecarga do cuidador familiar, de intensa para ligeira e/ou moderada. Os participantes expressaram reconhecimento e satisfação através de narrativas que permitiram a identificação de indicadores do impacto do programa. A prática especializada dirigida aos cuidadores evidenciada neste programa reforça o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica no desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental.</p>
<p>* “Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo ** Godinho, M.I.M.M. (2022). E3</p>	<p>* Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde ** cuidadores informais de utentes dependentes *** Escalas de avaliação da sobrecarga e questionário aos Cuidadores Informais</p>	<p>Diminuir a sobrecarga do Cuidador Informal e capacitá-lo para prestar cuidados adequados ao utente dependente</p>	<p>Os cuidadores informais apresentam sobrecarga ligeira. As necessidades de aprendizagem são a prevenção de quedas, e igualmente o levante/transferências e prevenção de úlceras por pressão. A preparação do cuidador informal para cuidar constituiu-se como um domínio central para a enfermagem, sendo apresentada como uma preocupação com a prestação de cuidados pelos mesmos, para substituir, assistir ou apoiar o utente dependente na gestão das atividades de autocuidado. Os cuidados a prestar foram intervenções no âmbito de substituir ou assistir: na higiene, alimentação, assistir na marcha/transferências, posicionamentos, acompanhar o utente dependente às consultas, exames, promover ou manter condições para o sono e repouso, prestar cuidados específicos sob orientação da equipa de saúde, em cuidados simples, na gestão do regime terapêutico e vigiar</p>

			situações particulares. Ensinos Individuais; realização de “Caminhadas com história”: Integradas no “Cantinho do Cuidador”; realização de ensinos aos cuidadores informais através de planos de cuidados, de modo personalizado, de acordo com o/os défices detetados no autocuidado a prestar ao utente dependente, tendo realizado a 2 sessões, conforme as necessidades;
--	--	--	---

Análise e discussão dos resultados

As características e as necessidades da pessoa que recebe o cuidado e a evolução da sua condição de saúde são fatores associados ao nível e à natureza do cuidado e com a motivação do cuidador informal para cuidar, o que também depende do seu treino, da informação, do suporte psicológico e da relação entre o trabalho e o cuidado (Carretero et al., 2015; Bouget et al., 2016). Cuidar de outra pessoa requer um processo cognitivo contínuo, esforço emocional e físico, podendo ter um efeito negativo na saúde e bem-estar do cuidador informal, tendo em conta o pressuposto que quanto maior o nível de dependência, maior o número de horas de cuidado prestado pelos cuidadores informais (Oliva-Moreno et al., 2013). Como tal, é fundamental que, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, se vejam os cuidadores informais como um foco dos cuidados, com uma visão holística, seguindo-se os construtos do Modelo dos Modelos de Sistemas Newman (Neuman & Fawcett, 2011).

Como se constatou, nos estudos de Afonso (2022) e de Godinho (2022), que seguiram a metodologia do planeamento em saúde, desenho, planeamento e operacionalização de um projeto de melhoria contínua da qualidade no contexto da prática da investigadora dirigido a cuidadores familiares de pessoa dependente, as suas intervenções foram desenvolvidas numa perspetiva holística. Afonso (2022), a pós a intervenção constatou uma alteração do perfil do diagnóstico de sobrecarga dos cuidadores familiares, de intensa para ligeira e/ou moderada, tendo estes expressado reconhecimento e satisfação perante o programa de que foram alvo de intervenção. De igual modo, Godinho (2022) revela que os enfermeiros apoiaram os cuidadores quer ao nível da sobrecarga, quer face aos défices de conhecimento e competências práticas, o suporte e acompanhamento pelos melhoraram a qualidade dos cuidados e a redução da sobrecarga, o que vem corroborar os resultados apurados por Gil et al. (2022), cujas evidências documentam que os ensinos de estratégias de comunicação,

técnicas de tratamento de afasia, estratégias de enfrentamento, avaliação e planeamento das intervenções de enfermagem, de acordo com o diagnóstico de cada situação, tiveram eficácia junto dos cuidadores informais, vistos como alvo dos cuidados. Estes resultados fazem sobressair as intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais em contexto domiciliário, as quais podem servir de modelo para intervenções noutras amostra de cuidadores informais a vivenciarem a mesma situação, servindo de estruturação para o meu projeto desenvolvido durante o ensino clínico.

Ainda, tem em conta o Modelo dos Modelos de Sistemas Newman (Neuman & Fawcett, 2011), para que os enfermeiros possam realizar uma adequada gestão do stress e dos stressores, pode intervir nos três níveis de prevenção. Na prevenção primária, quando faz o diagnóstico da situação pode intervir com o objetivo de prevenção da possível reação ao stressor; na prevenção secundária, quando o cuidador informal já revela sinais e sintomas da reação ao stressor, o enfermeiro pode intervir através da gestão de estratégias para redução da sobrecarga, visando a diminuição do impacto negativo da mesma no bem-estar dos cuidadores informais; na prevenção terciária, no momento em que o cuidador informal se está a restabelecer, intervindo para potenciar esse processo, fazendo uma avaliando as suas intervenções anteriores, como forma de prevenção do reaparecimento da reação ao mesmo stressor, voltando à prevenção primária (Neuman & Fawcett, 2011), tendo sido estes os passos seguidos no “Projeto de Intervenção Comunitária: Programa de intervenção Psicoeducativa “Curae ... de mim”.

Referências Bibliográficas

- Afonso, C.I.C. (2022). *Curae de mim – A Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Intervenção com Cuidadores Familiares*. (Dissertação de Mestrado). URI: <http://hdl.handle.net/10400.8/7342>
- Aires, M., Fuhrmann, A.C., Mocellin, D., Dal, Pizzol, F.L.F., Sponchiado, L.F., Marchezan, C.R., Bierhals, C.C.B.K., Day, C.B., Santos, N.O., & Paskulin, L.M.G. (2020). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Rev Gaúcha Enferm.*; 41(esp):e20190156, 1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
- Allen, A.P., Buckley, M.M., Cryan, J.F., Ní Chorcoráin, A., Dinan, T.G., Kearney, P.M., O’Caoimh, R., Calnan, M., Clarke, G., & Molloy, D.W. (2019). Informal caregiving for dementia patients: the contribution of patient characteristics and behaviours to caregiver burden. *Age Ageing*; 49(1), 52-56. doi: [10.1093/ageing/afz128](https://doi.org/10.1093/ageing/afz128).

- André, M.F.S. (2014). *Estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais: contributos para melhor cuidar*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Barreto, M.S.R. (2018). *Burnout no Cuidador Informal e Estratégias de Coping*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/81877/1/Tese%20de%20MIM%20Mariana%20Sofia%20Rodrigues%20Barreto.pdf>
- Birtha, M., & Holm, K. (2017). COFACE families Europe - WHO CARES? Study on the challenges and needs of family carers in Europe. Acedido em http://www.cofaceeu.org/wp-content/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe_StudyFamily-Carers.pdf.
- 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.
- 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
- Dantas, P.D.F. (2020). *A sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira: Um estudo transversal-descritivo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34496/1/Disserta%3%A7%3%A3o_Pedro_Dantas.pdf
- Decreto-Lei nº 100/2009. (2019, setembro 6). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. [Portugal]. Diário da República, pp. (3-16). Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>
- Decreto-Lei nº 101/2006. (2006, junho 6). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Portugal]. Diário da República, pp. (3856-3865). Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Dela, C., & Gross, J. (2017). An integrative literature review framework for postgraduate nursing research reviews. *European Journal of Research in Medical Sciences*; Vol. 5, 1, 7-15. Acedido em <https://www.idpublications.org/wp-content/uploads/2016/12/Full-Paper-AN-INTEGRATIVE-LITERATURE-REVIEW-FRAMEWORK-FOR-POSTGRADUATE-NURSING-RESEARCH-REVIEWS.pdf>
- Dixe, M. A., & Querido, A. I. (2020). Informal caregiver of dependent person in self-care: burden-related factors. *Revista de Enfermagem Referência*; 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013.
- Dixe, M. A., Teixeira, L. F., Areosa, T. J., Frontini, R. C., Peralta, T., & Querido A. I. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*; 19, 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Fernandes, P.P. (2019). *Sobrecarga do Cuidador Informal de Doentes seguidos pela Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos da Terra-Fria*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19556/1/pauta-relatorio-19.pdf>
- Ferreira, M., Teixeira, J., & Moreira, T. (2018). *Prevalência de sobrecarga do Cuidador Informal do Idoso Dependente*. Universidade Fernando Pessoa. Comunidades & Coleções Departamento de Ciências da Enfermagem e Tecnologias de Saúde. ESS (DCETS) - Posters em Conferências Nacionais. Acedido em <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/8110>
- Figueiredo, C.G. (2013). *Vulnerabilidade ao stress do cuidador informal*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1971/1/FIGUEIREDO,%20Carla%20Gon%C3%A7alves%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado2.pdf>
- Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in psychology*, 10, 1748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>

- Gil, E., Faria, L., Bispo, S., Barbosa, T., & Figueiredo, M. do C. (2020). Intervenções de enfermagem que capacitam o cuidador informal da pessoa com afasia em contexto domiciliário: uma scoping review. *Revista Da UI_IPSantarém*, 8(1), 124–137. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19884>
- Godinho, M.I.M.M. (2022). “Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo. (Dissertação de Mestrado). URI: <http://hdl.handle.net/10174/32210>
- Groenvynck, L., Fakha, A., de Boer, B., Hamers, J. P. H., van Achterberg, T., van Rossum, E., & Verbeek, H. (2021). *Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review. The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnab036
- Khanal, B., & Chalise, H.N. (2020). Caregiver Burden among Informal Caregivers of Rural Elderly in Nepal. *J Health Care and Research*; 1(3), 149-56. doi: <https://doi.org/10.36502/2020/hcr.6173>
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2017). The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
- Longacre, M.L., Vivian, G.V., Handorf, E.A., & Fang, C.Y (2017). Work Impact and Emotional Stress Among Informal Caregivers for Older Adults, *The Journals of Gerontology: Series B*; Vol. 72, 3, 522–531, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw027>
- Maffioletti, V.L.R., Baptista, M.A.T., Santos, R.L., Rodrigues, V.M., & Dourado, M.C.N. (2019). Effectiveness of day care in supporting family caregivers of people with dementia A systematic review. *Dement Neuropsychol*; 13(3), 268-283. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-030003>
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- Melo, P.M.A., Silva, R.C.G., & Figueiredo, M.H.S.J. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*; Série IV - n.º 19 - OUT./NOV./DEZ., 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Metzelthin, S.F., Verbakel, E., Veenstra, M.Y., van Exel, J., Ambergen, A.W., & Kempen, G.I.J.M. (2017). Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.*; 17, 232. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0620-3>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais*. Acedido em <https://www.app.com.pt/medidasde-intervencao-junto-dos-cuidadores-informais-documento-enquadradorperspetiva-nacional-e-internacional>
- Moreira, P.M.S. (2015). *A Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5354/1/PG_25419.pdf
- Mukherjee, A., Biswas, A., Roy, A., Biswas, S., Gangopadhyay, G., & Das, S. K. (2017). Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: Correlates and Impact on Caregiver Distress. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 7(3), 354–365. <https://doi.org/10.1159/000481568>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Oliva-Moreno, J., Aranda-Reneo, I., Vilaplana-Prieto, C., González-Domínguez, A., & Hidalgo-Vega, A. (2013). Economic valuation of informal care in cerebrovascular accident survivors in Spain. *BMC Health Services Research*; 13(508). doi:10.1186/1472-6963-13-508
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance - OECD indicators*. Paris: Author.

- Plöthner, M., Schmidt, K, de Jong L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: A systematic literature review. *BMC Geriatrics*; 19, 82-104. doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Relatório de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados: *Monitorização da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde. (2018). Relatório de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados: *Monitorização da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). Relatório de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados: *Monitorização da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Pottie, C. G., Burch, K. A., Montross Thomas, L. P., & Irwin, S. A. (2014). Informal caregiving of hospice patients. *J. Palliat. Med.*; 17, 845–856. doi: 10.1089/jpm.2013.0196
- Rosas-Santiago, F.J., Marván, M.L., & Lagunes-Córdoba, R. (2017). Adaptation of a scale to measure coping strategies in informal primary caregivers of psychiatric patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*; 24(8), 563–569. doi: 10.1111/jpm.12403.
- Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Chun-Man Ho, R. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with alzheimer disease. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*; 16, 1034–1041. doi: 10.1016/j.jamda.2015.09.007
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª Edição Atualizada. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C.A. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*; 12, 9-16.
- Souza, L.R., Hanus, J.S., Libera, L.B.D., Silva, V.M., Mangilli, E.M., Simões, P.W., Ceretta, L.B., & Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro; 23 (2), 140-149. doi: 10.1590/1414-462X201500020063
- Teixeira, A.M.D.P. (2018). *Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Autocuidado*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3835/1/Tese%20Vers%C3%A3o%20Final%202BAlexandra%20Teixeira.pdf>
- Virches, A., Miyazaki, E.T., Santos Junior, R., Duca, W.J., Fucuta, P.S., Silva, R.F., Silva, R.M.C.A Basso, B.P., Domingos, N.A.M., & Miyazaki, M.C.O. (2021). Burden, Stress, and Depression in Informal Caregivers of Patients Pre and Post Liver Transplant. *Transplantation Proceedings*; Vol. 53,1, 233-238, <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.02.072>.
- Xiao, Y., & Watson, M. (2019). Guidance on Conducting a Systematic Literature Review. *Journal of Planning Education and Research.*; 39(1), 93-112. doi:10.1177/0739456X17723971.
- Zahed, S., Emami, M., Eslami, A.A., Berekatain, M., Hassanzadeh, A., & Zamani-Alavijeh, F. (2020). Stress as a challenge in promoting mental health among dementia caregivers. *J Edu Health Promot*; 9, 65, 1-7. DOI: 10.4103/jehp.jehp_445_19.

- Zhu, W., & Jiang, Y. (2018) A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*; 27(12), 3636-3646. doi. org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.037
- Zubaidi, A.Z.S., Ariffin, F., Oun, C.T.C., & Katiman, D. (2020). Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliat Care*; 19, 186, 2-15. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00691-1>

Apêndice III-Guião de Entrevista Enfermeiros

Guião Entrevista:

O meu nome é Ana Rita Correia de Matos, aluna do curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, a desenvolver ensino clínico na UCC XXX, e solicito a vossa colaboração nesta entrevista, no âmbito da implementação do meu projeto. “Intervenções de enfermagem dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores familiares, em contexto domiciliário”.

Objetivo: A Perceção da equipa de enfermagem sobre a sobrecarga do cuidador familiar.

Esta entrevista é composta por quatro breves perguntas, de resposta aberta, a realizar a dois enfermeiros da equipa de enfermagem sobre:

1. Descreva, por favor, a sua experiência no contato com cuidadores familiares, e com cuidadores familiares com sobrecarga.
2. Fale-me do que para si constitui a sobrecarga dos cuidados e como a observa nos cuidadores
3. Na sua opinião, qual ou quais são os fatores que mais contribuem para a sobrecarga do cuidador familiar.
4. Baseado na sua experiência, enumere-me as estratégias que considera importantes para a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar.

Apêndice IV- Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Enfermeiros

	UNIDADES DE REGISTO	CATEGORIAS	TEMA	
<p>Questão 1</p> <p>Experiência com cuidadores familiares em sobrecarga</p>	<p>ENF1 – (...) contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados. (...) permite diagnosticar as necessidades do cuidador (... mobilizar os recursos</p> <p>ENF2 – (...) cuidadores em exaustão física e psicológica</p> <p>Falta de recursos humanos e económicos</p>	<p>Necessidades do cuidador</p> <p>Implementar estratégias e avalia-las.</p> <p>Ajustar intervenções consoante necessidades.</p> <p>Melhorar a qualidade de vida do cuidador</p>	<p>Experiência com cuidadores familiares em sobrecarga</p>	<p>Nas entrevistas realizadas na experiência com cuidadores familiares em sobrecarga identificam-se as necessidades do cuidador, e as estratégias a implementar. Após avaliação, ajustam-se as necessidades para < a sobrecarga do cuidador. Notoria a falta de recursos humanos e financeiros, para melhoria da qualidade de vida do cuidador.</p>
<p>Questão 2</p> <p>Expressão da sobrecarga dos cuidados como a observamos nos cuidadores</p>	<p>ENF1- (...)excesso de estímulos e necessidades (...obrigação de dar resposta</p> <p>Falta de respostas suficientes e adequadas</p> <p>ENF2-(...)</p> <p>responsabilidade de cuidar de alguém 24H, sem qq ajuda</p>	<p>Dia-a-dia condicionado</p> <p>Falta de tempo</p> <p>Deterioração da saúde</p> <p>Cansaço</p> <p>Falta de rede de apoio</p> <p>Sem ajuda para a satisfação das AVD's do familiar doente</p> <p>Sem tempo para cuidar da sua vida e saúde</p>	<p>Expressão do cansaço e da sobrecarga</p>	<p>Nas entrevistas realizadas na expressão do cansaço, identificou-se o cansaço físico, e mental, e é nítida a alteração da parte emocional do cuidador, por vezes condicionada pela falta de tempo e redes de apoio para organização de todo o seu dia a dia. A deterioração da saúde do cuidador e o sentimento de culpa</p>

<p>Questão 3</p> <p>Qual ou quais são os fatores que contribuem para a sobrecarga do cuidador familiar.</p>	<p>ENF1-(...) multiplicidade de papéis (...) incompatibilidade de horários (...) complexidade do ato de cuidar (...) falta de conhecimento e/ou de capacidade para o ato de cuidar, limitações físicas do cuidador; insuficiência económica; falta de condições habitacionais; falta de tempo para descansar do papel de cuidador; falta de apoio de outros familiares/cuidadores. ENF2- a doença do familiar A exigência dos cuidados Falta de ajuda</p>	<p>Diversificadas tarefas Defice de conhecimentos para cuidar Condições habitacionais deficitárias Falta de recursos económicos Limitações físicas do cuidador Falta de tempo para descanso Falta de apoio de outros familiares cuidadores</p>	<p>Factores que contribuem para a sobrecarga do cuidador familiar</p>	<p>Nas entrevistas realizadas os factores que contribuem para a sobrecarga do cuidador familiar são falta de conhecimentos sobre o cuidar, falta de recursos humanos e económicos. Habitações desadequadas às necessidades</p>
<p>Questão 4</p> <p>Enumerar as estratégias que considera importantes para a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar</p>	<p>ENF1- capacitação do cuidador (...) encontrar cuidadores alternativos e capacitá-los. Intervir no âmbito de (...) condições habitacionais e económicas. apoio psicológico para o cuidador; Promover períodos de repouso do papel de cuidador. ENF2-Ajuda nas AVD's do familiar doente Rede de apoio familiar</p>	<p>Ensinos aos cuidador Promover rede de apoio de cuidadores familiares Promover apoio psicológico Promover períodos de repouso</p>	<p>estratégias para a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar</p>	<p>Nas entrevistas realizadas as estratégias mais importantes para a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar são: Capacitação, através de ensinos ao cuidador Promover rede de apoio de cuidadores familiares Promover apoio psicológico Promover períodos de repouso</p>

Apêndice V – Guião de entrevista Cuidadores Informais

Guião de Entrevista

O meu nome é Ana Rita Correia de Matos, aluna do curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, a desenvolver ensino clínico na UCC XXX, e solicito a vossa colaboração nesta entrevista, no âmbito da implementação do meu projeto: Curae ... de mim – Projeto de Intervenção Comunitária de apoio e redução da sobrecarga dirigido a cuidadores familiares de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Objetivo da Entrevista: Identificar a perceção da sobrecarga dos cuidadores familiares.

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Grau de Parentesco:

1. Descreva-me, por favor, o que para si significa cuidar e ser cuidador do seu familiar.
2. O que é para si o cansaço?
3. O que significa para si sobrecarga. Já a sentiu? Se sim relate um episódio
4. Caso, já tenha sentido sobrecarga, o que faz, para diminuir o seu impacto. Caso não tenha sentido, o que imagina que poderá fazer caso venha a sentir.

Apêndice VI- Análise de conteúdo das entrevistas aos Cuidadores Informais

	UNIDADES DE REGISTO	CATEGORIAS	TEMA	
<p>Questão 1</p> <p>Significado de cuidar</p>	<p>E1 –(...)cuidar é assegurar as atividades de vida diárias o bem estar e a segurança.</p> <p>E2 –(...) contribuir para o bem estar físico e emocional; fazê-la esquecer-se das suas limitações; dar dignidade (...) a quem não o possa fazer por si próprio!</p> <p>E3 – (...) Ajudar quem precisa de alguém para facilitar o seu dia a dia”</p>	<p>Funcionalidade do cuidar,</p> <p>Assegurar as AVD’s</p> <p>Preocupação com o bem-estar</p> <p>Atividade de substituição</p>	<p>Significado de cuidar</p>	<p>Nas entrevistas realizadas no significado atribuído ao cuidar identificou-se a funcionalidade, a necessidade de substituir nas AVD’s. Contribuir para o bem-estar físico e emocional, com dignidade. Importância de desenvolver estratégias para a redução das limitações, e de todas as atividades que o seu familiar não pode fazer sozinho.</p>
<p>Questão 2</p> <p>Expressão do cansaço e sobrecarga</p>	<p>E1-(...) quebra física e ou psíquica (...) condiciona o dia-a-dia.</p> <p>E2- é compreensível (...) cansaço físico, mental ou emocional (...) repetição diária de todo o ato de cuidar (...).</p> <p>E2 - menos apoio o cuidador tiver em termos de recursos</p> <p>E3- (...)nunca senti cansaç (...)não consigo ser tão prestável, devido à falta de tempo!”</p>	<p>Dia-a-dia condicionado</p> <p>Atividades de repetição</p> <p>Falta de rede de apoio</p> <p>Falta de tempo</p>	<p>Expressão do cansaço e da sobrecarga</p> <p>Exemplos de sobrecarga</p>	<p>Nas entrevistas realizadas na expressão do cansaço, identificou-se o cansaço físico, e mental, e é nítida a alteração da parte emocional do cuidador, por vezes condicionada pela falta de tempo para organização de todo o seu dia a dia. É possível ainda perceber que algumas famílias se conseguem articular, de modo a se dividirem na prestação dos cuidados, o que levou um dos cuidadores entrevistados a não referir cansaço.</p>

<p>Relato de um episódio</p>	<p>E2 –(...) diminuir o impacto a nível físico optei por aumentar o tempo passado na cama, aumentando também o número de posicionamento e passar a levantar o utente nas horas mais próximas das refeições.</p>		<p>Relato de um episódio</p>	<p>Os cuidadores com o passar do tempo, desenvolvem estratégias, para diminuição do seu esforço/cansaço, como por exemplo aumentar a alternância dos posicionamentos na cama, para diminuir as transferências. Assim, transferem o cliente, apenas quando tem ajuda.</p>
<p>Questão 3 Exemplos/ estratégias</p>	<p>E1- (...)descansar o máximo possível, atividade física ligeira, alimentação equilibrada.</p> <p>E2 – (...)optei por aumentar o tempo passado na cama (doente).</p> <p>E3- (...) não sinto sobrecarga (...) mais familiares a cuidar e prestar auxílio!</p>	<p>Descanso Atividade física Alimentação equilibrada Diminuição das transferências, Aumento dos posicionamentos quando em descanso no leito. Envolvimento de outros familiares nos cuidados</p>	<p>Exemplos/ estratégias</p>	<p>Nas entrevistas realizadas os exemplos e estratégias referenciados foram: Descanso Atividade física Alimentação equilibrada Diminuição das transferências, Aumento dos posicionamentos quando em descanso no leito. Envolvimento de outros familiares nos cuidados</p>

Apêndice VII- Termo Consentimento Informado aos Participantes do “Curae...de mim”

Para a participação no projeto de intervenção Comunitária “Curae...de mim”

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

Ana Rita Correia de Matos¹, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria, encontra-se a desenvolver um projeto sob a orientação da Professora Catarina Afonso, do Politécnico de Leiria.

O objetivo do projeto é reduzir a sobrecarga do cuidador informal, da área de abrangência de uma UCC, através da realização de um projeto de intervenção comunitária.

O presente documento estabelece as condições e o âmbito da participação dos pais neste projeto de intervenção:

1. A participação neste projeto prevê a realização de 4 sessões presenciais com a duração de aproximadamente 60 minutos cada. A data e hora serão definidas de acordo com a disponibilidade dos participantes.
2. A participação neste estudo é absolutamente voluntária, podendo os participantes a qualquer momento, suspender a sua participação quer de uma forma temporária quer de uma forma definitiva.
4. A identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da participação serão mantidas na mais estrita confidencialidade, registadas num ficheiro ao qual apenas terá acesso o investigador e o seu grupo de investigação.
5. As informações serão utilizadas somente no contexto do projeto e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade a privacidade dos seus dados pessoais.
6. Serão utilizados pseudónimos para todos os nomes e locais referenciados, assim como omitidos quaisquer detalhes que possam permitir a identificação dos participantes e dos locais a que ele se refere.

7. Os benefícios esperados à posteriori são convidar os enfermeiros a desenvolver um programa de redução da sobrecarga dos cuidadores informais, capacitando-os com estratégias para a diminuição da mesma.

Com a assinatura do presente documento fica a mestranda autorizada a utilizar exclusivamente para fins do seu projeto de intervenção comunitária no âmbito do mestrado em enfermagem, os dados fornecidos pelos participantes assegurando o seu anonimato.

Para quaisquer questões relacionadas com este projeto, poderá contactar diretamente com Ana Rita Correia de Matos, através do telemóvel 9...XX ou do endereço de correio eletrónico anarita...XX.

Declaro ter lido e compreendido as condições e o âmbito da minha participação neste projeto de intervenção comunitária. Foi-me garantida a possibilidade de, a qualquer momento, recusar participar neste projeto sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste projeto e permito a utilização dos dados, em regime de confidencialidade e anonimato, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto, podendo ser publicados em livro e/ou revistas científicas e apresentados em congressos/conferências nacionais e internacionais.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Confirmo que expliquei ao Sr./Sr.^a _____ o objetivo e as informações relativas ao projeto de forma adequada e inteligível. Garanto que os dados obtidos durante a participação serão para o desenvolvimento do projeto e a utilização dos dados será confidencial e anónima.

Nome legível da mestranda:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Apêndice VIII-Hierarquização das necessidades pelo Método Hanlon e boletim de votos

HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES PELO MÉTODO DE HANLON

No planeamento em saúde, após o diagnóstico de situação são definidas as prioridades. Para a definição das prioridades optou-se pela escolha do Método de Hanlon para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1990), sendo eles:

- A - Amplitude ou magnitude do problema;
- B - Gravidade do problema;
- E - Eficácia da solução {ou a vulnerabilidade do problema};
- D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Amplitude ou Magnitude do Problema: A amplitude calcula-se com base no número de pessoas afetadas, sendo atribuído uma ponderação de 0 a 10.

Gravidade do Problema: A gravidade do problema “pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, causa de incapacidades, custos ou outros” (Tavares, 1990). Cada fator em análise é ponderado na escala 0 a 10 sendo 0 nenhuma gravidade, 5 gravidade média e o de maior gravidade pontuado com 10.

Eficácia: A eficácia deve ser ponderada numa escala de 0,5; 1 e 1,5, sendo considerado: 0,5 - Difícil solução; 1 - Média solução; 1,5 - Fácil solução.

Exequibilidade: O critério da exequibilidade possui cinco componentes segundo Tavares (1990) são eles: Pertinência; Exequibilidade económica; Aceitabilidade; Recursos disponíveis; Legalidade. Os componentes propostos avaliados por ponderação de Sim = 1 e Não = 0.

Se no decorrer da avaliação o fator D = 0 então o problema é eliminado.

Com base nos quatro critérios definidos pelo Método de Hanlon, amplitude, gravidade, eficácia da solução e exequibilidade do projeto, apresenta-se a respetiva rabela construída.

A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula $(A + B) C \times D$ (Tavares, 1990).

NECESSIDADE IDENTIFICADA	CRITÉRIOS DO MÉTODO					
	A MAGNITUDE	B GRAVIDADE	C EFICÁCIA	D EXEQUIBILIDADE	(A+B)CXD	P
Redução de sobrecarga dos cuidadores						
Otimização do autocuidado por parte dos cuidadores						
Melhoria das relações sociais/rede de apoio e suporte						
Melhoria da Gestão do tempo na consecução do papel de cuidador						

Apêndice IX – Planos de Sessões

Programa: Curae ... de mim – Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores familiares para redução da sobrecarga na prestação de cuidados.

Plano de Sessão nº 1

Data: 20 de Dezembro de 2022 **Hora:** 15 h **Duração:** 60 minutos

População Alvo: Grupo de Cuidadores Familiares de uma ECCI

Local: Sala de atividades da UCC Farol do Mondego

Enfermeira Dinamizadora: Enf^a Ana Rita Matos

Enfermeiro Supervisor: EESC Luís Seixo

Objetivo Geral: Sensibilizar os cuidadores familiares presentes relativamente ao conceito de cuidador e sobrecarga, auscultando as estratégias adotadas para a redução da sua sobrecarga.

Objetivos Específicos:

- Apresentar os enfermeiros e o grupo de cuidadores;
- Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador.
- Realizar um brainstorming sobre os conceitos: “CUIDADOR” e “SOBRECARGA”;
- Discutir em conjunto as estratégias utilizadas para redução de sobrecarga.

Justificação da escolha do tema:

Para que os idosos ou as pessoas dependentes possam permanecer em casa, as mesmas necessitam de ser cuidadas, necessitando assim de ter um cuidador informal. O cuidador informal frequentemente tem relação significativa com a pessoa (familiar, parceiro, amigo ou vizinho) e assume a responsabilidade maioritária do cuidado, sem treino para tal, não sendo remunerados pelo seu trabalho e não tendo competências específicas no domínio do cuidar (Teixeira et al., 2017).

Cuidar de uma pessoa dependente pode trazer satisfação pessoal, mas também um conjunto de desafios e dificuldades para quem cuida com impacto para quem é cuidado. Cuidar de outro acarreta um esforço físico, psicológico, social e económico (Costa et al., 2019).

O facto de o cuidador informal estar exposto a estes fatores, de forma contínua, contribui para o agravamento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e da qualidade de vida de ambos (Teixeira et al., 2017). Neste sentido, a sobrecarga é um conceito relacionado com o cansaço, ou seja, pode transpor a exposição do cuidador a fatores de stress significativos e num espaço de tempo relativamente curto, ou a uma exposição prolongada a fatores de stress pouco significativos, mas que, ao longo do tempo, originam efeitos em termos de sobrecarga para quem cuida” (Sequeira, 2018).

Esta sobrecarga influencia a qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa cuidada, podendo conduzir eventualmente a uma institucionalização mais precoce. Assim há que ter em conta que, o cuidador também carece de cuidados, e que em momento algum se deve sentir sozinho (Teixeira et al., 2017). Torna-se indispensável a promoção e a implementação de medidas de suporte ao cuidador informal. A criação de políticas orientadas para os cuidadores é potenciadora de uma abordagem com múltiplos benefícios para todos: a pessoa foco dos cuidados, os cuidadores e os sistemas públicos (Teixeira et al., 2017).

Descrição da atividade:

Introdução: 20 minutos

Receber o grupo de cuidadores, na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve apresentação da enfermeira dinamizadora e do enfermeiro supervisor, e uma pequena introdução à temática. (5 minutos)

Depois de realizadas as apresentações, aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador. Fornecer a escala a cada cuidador e, a enfermeira dinamizadora lê em voz alta cada item, e os cuidadores vão preenchendo, ao mesmo tempo, a sua escala. (20 minutos)

Desenvolvimento: 25 minutos

Seguidamente, propor aos elementos do grupo que se agrupem dois a dois, para que se apresentem, e seguidamente os elementos dos pares apresentam o outro, dizendo o nome,

idade, quem é a pessoa que cuidam, há quanto tempo cuidam, de forma a estabelecer uma relação mais próxima entre os elementos do grupo.

Posteriormente fornecer a cada um dos cuidadores presentes, duas folhas onde conste, numa folha “SER CUIDADOR É:” e na outra folha “SOBRECARGA É...”, e solicitar a cada cuidador que descreva o que sente, relativamente aquelas frases. (20 minutos)

Recolher as folhas e agrupa-las relativamente ao ser cuidador e à sobrecarga, e fixa-las numa cartolina. (5 minutos)

Reflexão do grupo de cuidadores presentes sobre as estratégias e/ou recursos que mobilizam para a redução da sobrecarga.

Conclusão: 5 minutos

Avaliação e relembrar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.

Avaliação: fornecer a cada elemento 3 Smiles, a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente.

Materiais: Desinfetante para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, canetas, cartolinas, piones, folhas impressas com Escalas Sobrecarga do Cuidador, folhas com smiles para a avaliação da sessão.

Bibliografia:

Costa, M., Paúl, M., Azevedo, M., Gomes, J. (2019). Motivações dos cuidadores informais de pessoas com demência e o paradoxo do cuidado. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. 11 (18) Disponível em <https://doi.org/10.25248/reas.e2620.2019>.

Sequeira, C. (2009). *Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental · June: 33-39 <https://www.researchgate.net/publication/274384683>

Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel- edições técnicas, lda;

Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narigão, M., Lourenço, R., & Nascimento, R. (2017). Medidas De Intervenção Junto Dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional.

<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397e f71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true>

Programa: Curae ... de mim – Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores familiares para redução da sobrecarga na prestação de cuidados.

Plano de Sessão 2

Data: 03 de Janeiro de 2022 **Hora:** 15 h **Duração:** 60 minutos

População Alvo: Cuidadores Familiares da área de abrangência da UCC Farol do Mondego

Local: Sala de atividades da UCC Farol do Mondego

Enfermeira Dinamizadora: Enf^a Ana Rita Matos

Enfermeiro Supervisor: EESC Luís Seixo

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os cuidadores familiares presentes, relativamente ao conceito de cuidador e sobrecarga, auscultando as estratégias adotadas para a redução da sua sobrecarga;
- Sensibilizar o grupo de cuidadores familiares presentes, para o impacto do cuidar na vida de cada um;
- Sensibilizar os cuidadores familiares presentes, para a reflexão das suas relações interpessoais, reconhecendo a importância dos sentimentos e emoções;

Objetivos Específicos:

- Apresentar os enfermeiros e o grupo de cuidadores;
- Realizar um brainstorming sobre os conceitos: “CUIDADOR” e “SOBRECARGA”;
- Discutir em conjunto as estratégias utilizadas para redução de sobrecarga;
- Incentivar o grupo de cuidadores a refletir sobre o conceito de cuidador e sobrecarga;
- Realizar uma dinâmica de grupo para incentivar a reflexão sobre o impacto do cuidar;

- Incentivar o grupo de cuidadores a refletir sobre o conceito de sentimentos e emoções;
- Incentivar a autoconsciência, autopercepção de emoções e sentimentos nas relações interpessoais.
- Identificar estratégias de regulação das emoções nas relações interpessoais;

Justificação da escolha do tema:

Para que os idosos ou as pessoas dependentes possam permanecer em casa, as mesmas necessitam de ser cuidadas, carecendo assim de ter um cuidador informal. O cuidador informal frequentemente tem relação significativa com a pessoa (familiar, parceiro, amigo ou vizinho) e assume a responsabilidade maioritária do cuidado, sem treino para tal, não sendo remunerados pelo seu trabalho e não tendo competências específicas no domínio do cuidar (Teixeira et al., 2017).

Cuidar de uma pessoa dependente pode trazer satisfação pessoal, mas também um conjunto de desafios e dificuldades para quem cuida com impacto para quem é cuidado. Cuidar de outro acarreta um esforço físico, psicológico, social e económico (Costa et al., 2019).

O facto de o cuidador informal estar exposto a estes fatores, de forma contínua, contribui para o agravamento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e da qualidade de vida de ambos (Teixeira et al., 2017). Neste sentido, a sobrecarga é um conceito relacionado com o cansaço, ou seja, pode transpor a exposição do cuidador a fatores de stress significativos e num espaço de tempo relativamente curto, ou a uma exposição prolongada a fatores de stress pouco significativos, mas que, ao longo do tempo, originam efeitos em termos de sobrecarga para quem cuida” (Sequeira, 2018).

Esta sobrecarga influencia a qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa cuidada, podendo conduzir eventualmente a uma institucionalização mais precoce. Assim há que ter em conta que, o cuidador também carece de cuidados, e que em momento algum se deve sentir sozinho (Teixeira et al., 2017). Torna-se indispensável a promoção e a implementação de medidas de suporte ao cuidador informal. A criação de políticas orientadas para os cuidadores é potenciadora de uma abordagem com múltiplos benefícios para todos: a pessoa foco dos cuidados, os cuidadores e os sistemas públicos (Teixeira et al., 2017).

A pessoa dependente necessita de um cuidador que lhe preste cuidados que permitam a satisfação das suas necessidades, e que disponha de recursos adequados para tal. Em

Portugal, as políticas de saúde e sociais vão no sentido de privilegiar a permanência da pessoa dependente no domicílio, através da promoção de cuidados de proximidade, do reconhecimento e capacitação das famílias cuidadoras e do CF (Teixeira et al., 2017).

Souza et al. (2015), referem que o cuidador é aquele que assume a responsabilidade do cuidado. O cuidador informal, refere-se a todos os cuidadores que executam cuidados de forma não antecipada, não remunerada podendo compreender a totalidade ou apenas uma porção dos cuidados (Sequeira, 2018).

O cuidado informal é, habitualmente, caracterizado por: ser prestado em ambiente doméstico e familiar; ser um cuidado permanente, diário e de longa duração, não existindo limites de tempo ao cuidado (por exemplo, férias, pausa por doença); não ser pago, embora possa obter contribuições financeiras; as responsabilidades do cuidado não são contratualizadas, sendo percecionado como uma dádiva (Portugal & Alves, 2015).

Este cuidado surge muitas vezes das relações de parentesco e de proximidade, sendo sustentado por laços afetivos e/ou o sentido de obrigação de “cuidar dos seus” (Idem). Segundo Sequeira (2018), os cuidados informais são realizados, preferencialmente, no domicílio, sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros.

Sequeira (2010), defende que o impacto do cuidar está bastante ligado com a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, dos quais se destacam: a alteração no estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a escassez de tempo, o desgaste físico e mental. O impacto do cuidar manifesta-se no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, e perda de controlo (Idem).

Para além do doente em si, a família, os amigos e outras pessoas que o rodeiam também sofrem com a doença. Quando alguém se depara com a doença do seu próximo com algum nível de dependência, é difícil de aceitar e de se adaptar à nova realidade. A prestação de cuidados exige responsabilidade e requer saber lidar com diversas tarefas e esforços que podem superar as possibilidades do cuidador em executá-las, alterando de forma significativa o dia-a-dia do cuidador e as suas prioridades. O cuidador chega ao ponto de se esquecer de “cuidar de si mesmo”, tornando-se mais vulnerável ao desgaste emocional, físico e psicológico (USF Anta, 2014).

Essa exaustão de ter que lidar com diversas tarefas e responsabilidade pode levar a estados de ansiedade, depressão, pânico, solidão que acabam por ter um impacto a nível físico, mental, emocional, social e económico tanto na vida do cuidador informal como na do doente (Krieger, Researcher, & Feron, 2017). O grau de exaustão e do impacto na saúde do cuidador dependem das suas estratégias de Coping ou enfrentamento.

Verifica-se que os cuidadores sofrem principalmente de ansiedade, depressão e distúrbios de sono. Sentem também dificuldades económicas e sociais, bem como a nível financeiro, relação familiar e com os mais próximos e isolamento (Smith et al., 2018).

Sequeira (2010), refere que existe também sobrecarga resultante da relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Assim, o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados, essencialmente associado às dificuldades com a interação na relação entre o cuidador e o idoso dependente originam sentimentos de vergonha, de irritação, de tensão, etc.

Descrição da atividade:

Introdução: 10 minutos

Receber o grupo de cuidadores, na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve apresentação da enfermeira dinamizadora e do enfermeiro supervisor, e uma pequena introdução à temática. (5 minutos)

Seguidamente, sugerir ao grupo de cuidadores presente que se apresentem, dizendo o nome, idade, quem é a pessoa que cuidam, há quanto tempo cuidam, de forma a estabelecer uma relação mais próxima entre os elementos do grupo, e os presentes. (15 minutos).

Desenvolvimento: 40 minutos

Posteriormente, proporcionar um brainstorming sobre os conceitos: “CUIDADOR” e “SOBRECARGA, onde se pretende que cada um dos cuidadores presentes, diga palavras ou frases curtas, sobre o que para si significam esses conceitos. Segue-se a apresentação de um PowerPoint com os conceitos relacionados com o cuidador e a sobrecarga.

Seguidamente, numa cartolina, onde consta a seguinte expressão, “SER CUIDADOR É...” a enfermeira dinamizadora solicitará a partilha de sentimentos referente aquela expressão, e

vai escrevendo na cartolina, o que será dito e expresso, relativamente a essa frase (20 minutos). Fazer uma copia da cartolina, para cada cuidador e reservar (Kit Curae...de Mim).

Proporcionar uma reflexão em grupo, sobre as estratégias e/ou recursos que mobilizam para a redução da sobrecarga.

Posteriormente fornecer a cada um dos cuidadores, uma folha onde consta a seguinte frase “EU SOU CUIDADOR DE:” e solicitar a cada cuidador que escreva o nome e o grau de parentesco da pessoa que cuidam, e o que significa para si ser cuidador desse familiar. Seguidamente, cada cuidador lê em voz alta o que escreveu na folha, e guarda-a, para mais tarde enfermeira dinamizadora recolher (Kit Curae...de Mim).

Segue-se a apresentação do PowerPoint com uma reflexão sobre sentimentos e as emoções, onde também serão abordados os mais predominantes nas situações de sobrecarga do cuidador.

Posteriormente explicar aos cuidadores a Técnica da Tartaruga, uma técnica de educação emocional, que ajuda a controlar as emoções e os impulsos, e contribui para o desenvolvimento emocional e social.

Passos da Técnica da Tartaruga:

1. Passo- identificar/perceber que a pessoa se sente irritado.
2. Pensar na palavra “STOP” para si próprio.
3. Entrar na sua “carapaça”, imaginando que ele é a sua carapaça, e fazer três respirações profundas. Pensar em frases como: “posso me acalmar”, “estou bem”, “devo pensar em soluções para o meu problema”, “sou capaz de resolver o problema”. Inspirar e expirar três vezes, com a técnica cheirar a flor, soprar a vela.
4. Sair da sua própria carapaça, quando estiver calmo e pronto para pensar em soluções para o problema.

Após explicar a técnica da tartaruga, explicar uma técnica simples de relaxamento, em que o cuidador deve. Em grupos de 2 pessoas, devem treinar as duas técnicas apresentadas. Discussão em grupo do benefício das técnicas apresentadas nas relações interpessoais. Relativamente à técnica da Tartaruga, a enfermeira dinamizadora, terá impresso um cartão

com imagem alusiva à técnica da tartaruga, que mais tarde entregará a cada um dos elementos do grupo (Kit Curae...de mim).

Conclusão: 10 minutos

Relembrar as ideias chaves discutidas.

Momento de partilha e convívio, através de um lanche oferecido pela enfermeira dinamizadora, e todos os presentes, de forma a estabelecer o contacto entre todos.

Relembrar a última sessão, que se realizará via telefone, na semana seguinte, para implementar novamente a escala e reforçar as estratégias encontradas. Agradecimentos e despedida.

Avaliação: fornecer a cada elemento 3 Smiles, a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente.

Materiais: Desinfetante para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, canetas, cartolinas, piones, PowerPoint, cartão com técnica da tartaruga, folhas com smiles para a avaliação da sessão.

Bibliografia:

- Costa, M., Paúl, M., Azevedo, M., Gomes, J. (2019). Motivações dos cuidadores informais de pessoas com demência e o paradoxo do cuidado. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. 11 (18) Disponível em <https://doi.org/10.25248/reas.e2620.2019>.
- Krieger, T., Researcher, I. H., & Feron, F. (2017). Developing a Complex Intervention Programme for Informal Caregivers of StrokeSurvivors: The Caregivers ' Guide. Caring Sciences, (5), 146–157. <https://doi.org/10.1111/scs.12344>
- Ponton, M., Edmister, J., Ukeiley, L., & Seiner, J. (2001). Understanding the Role of SelfEfficacy. Obtido em Maio de 2013, de Journal of Engineering Education, Volume 90, II, p. 247–251, Abril 2001: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2168-9830.2001.tb00599.x/abstract>
- Portugal, S., & Alves, J. (2015). Doenças raras e cuidado: um olhar a partir das redes sociais. Cescontexto - Debates - Um olhar social para o paciente. Actas do I Congresso Iberoamericano de Doenças Raras, 9, 34-40. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/81017/1/Doen%c3%a7as%20raras%20e%20cuidado%20Um%20olhar%20a%20partir%20das%20redes%20sociais.pdf>
- Sequeira, C. (2009). *Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental · June: 33-39 <https://www.researchgate.net/publication/274384683>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série, nº 12, março, pp 9 a 16.

Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel- edições técnicas, lda;

Smith, P. D., Martin, B., Chewing, B., Hafez, S., Leege, E., Renken, J., & Ramos, R. S. (2018). Improving Health Care Communication for Caregivers: A pilot Study. *Gerontology & Geriatrics Education*, 39(4), 433–444. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1188810>

Souza, L., Hanus, J., Libera, L, Silva, V., Mangili, E., Simões, P., Ceretta, L., & Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149.

ogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narigão, M., Lourenço, R., & Nascimento, R. (2017). Medidas De Intervenção Junto Dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional.

https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397e_f71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true

USF Anta. (2014). Manual Do Cuidador. Retrieved from <https://biblioteca.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/01/Manual-do-Cuidadpr-Infomal-de-Utentes-Dependentes.pdf>

Apresentação Sessão 2

CURAE ... DE MIM

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DIRIGIDO A CUIDADORES FAMILIARES PARA REDUÇÃO DA SOBRECARGA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

1

CURAE ... DE MIM

Aos Cuidadores Familiares da área de abrangência da UCC Farol do Mondego, agradeço a vossa disponibilidade e colaboração!!

2

OBJETIVOS GERAIS DA SESSÃO:


- Sensibilizar os cuidadores familiares presentes, relativamente ao conceito de cuidar e sobrecarga, associando as estratégias adotadas para a redução da sobrecarga;
- Sensibilizar o grupo de cuidadores familiares presentes, para a importância de cuidar de si, na vida de cada um;
- Sensibilizar os cuidadores familiares presentes, para a reflexão das suas relações interpessoais, reconhecendo a importância dos sentimentos e emoções;
- Sensibilizar os cuidadores familiares presentes, para a identificação e mobilização de estratégias de autoeficácia;
- Sensibilizar os cuidadores familiares presentes para a reflexão das suas expectativas futuras, recorrendo às experiências vividas partilhadas pelo grupo de cuidadores;

3

"Cuidar é uma aprendizagem especial. Para dar aos outros o nosso melhor." (Ardénius)

4

BRAINSTORMING CUIDAR E SOBRECARGA



5

Ser Cuidador Familiar é....

6

CUIDADOR FAMILIAR

É aquele que apoia, assiste e cuida de forma não remunerada um parente, parceiro, amigo ou vizinho com uma doença aguda ou crónica, que precisa de assistência para as suas atividades de vida diárias. (Sadovoy Sajednejad Chi, 2020).

7

"É SENTIR RESPONSABILIDADE."
"É ESTAR SEMPRE ATENTO."
"É TER FORÇA PARA CONTINUAR."

8

FUNÇÃO DO CUIDADOR

A sua principal função é acompanhar e auxiliar a pessoa a cuidar-se, fazendo por ela somente as atividades, que esta não consegue realizar sozinha.

9

FUNÇÕES

- Cuidar do familiar doente;
- Promover o bem-estar (ouvir, dar apoio, estimular, orientar);
- Cuidar da alimentação;
- Cuidar da saúde;
- Cuidar do meio ambiente;
- Proporcionar momentos de lazer;

10

SOBRECARGA

É a pressão, a ansiedade e cansaço físico e mental, que se traduz na incapacidade de funcionar de forma adequada (Sequeira & Sampaio, 2020).

11

SINAIS DE SOBRECARGA

Físicos: Fadiga, falta de apetite, dores musculares, aparência pouco cuidada, alterações do sono, hipertensão arterial.
Psíquicos: Dificuldade de concentração, perda de memória.
Emocionais: Tristeza, falta de autoestima, irritabilidade.
Sociais: Isolamento, sentimento de solidão, rutura de relações sociais, falta de interesse/motivação em participar em atividades. (Sequeira & Sampaio, 2020)

12

" Cuidar de si é cuidar do outro."

13

CUIDE DE SI

- Faça caminhadas;
- Faça meditação, através da concentração na respiração;
- Leia um livro;
- Faça trabalhos manuais;
- Converse com amigos ou vizinhos;
- Distraia-se com aquilo que mais gosta;
- Faça atividades de lazer;

14

SENTIMENTOS E EMOÇÕES

- Cuidar é lutar por alguém que amamos, e colocar muitas vezes a vida pessoal em segundo plano. Quem cuida transmite à pessoa que está a ser cuidada segurança, apoio, companhia, afeto e confiança.
- Cuidar não significa apenas dificuldades, cuidar é uma das experiências de vida mais satisfatórias e emocionantes que existem. Cuidar pode ser por: amor, gratidão, dever moral, reciprocidade, obrigação, sentimento de culpa, evitar a censura, altruísmo, etc.

15


SENTIMENTOS E EMOÇÕES DO CUIDADOR :

• Solidão	• Auto compaixão
• Tristeza	• Ansiedade
• Culpa	• Depressão
• Medo	• Pânico
• Ira ou irritação	• Distúrbios do sono
• Sobrecarga	• Vergonha

16

TÉCNICA DA TARTARUGA

17



18

AUTOEFICACIA

A autoeficácia é um conceito fundamental na autoconfiança.
Decorre a crença ou confiança que a pessoa tem na sua própria capacidade para completar uma determinada tarefa ou resolver um problema.
A autoeficácia acaba por influenciar os objetivos que colocas a ti mesma, as tuas ações e os resultados que obténs na vida.
Se a autoeficácia numa determinada área for muito superior à competência nessa área, vai ter tendência a assumir objetivos e expectativas demasiado elevados, o que aumenta a probabilidade de falhar e desistir de perseguir o que pretende na vida.
Se for muito inferior, não vai sentir-se motivada para o que tem de fazer e é possível que o seu funcionamento nessa área fique abaixo do seu potencial.

19

OS MEUS PONTOS FORTES E AS MINHAS FRAGILIDADES



20

PARA O MEU FUTURO EU QUERO...



21

"Se tratarmos as pessoas como elas devem ser, nós as ajudamos a se tornarem o que elas são capazes de ser!"

John Wooden em Sports

MUITO OBRIGADA

ANJA BETA

Programa: Curae ... de mim – Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores familiares para redução da sobrecarga na prestação de cuidados.

Plano de Sessão 3

Data: 05 de Janeiro de 2022 **Hora:** 15 h **Duração:** 60 minutos

População Alvo: Cuidadores Familiares da área de abrangência da UCC Farol do Mondego

Local: Sala de atividades da UCC Farol do Mondego

Enfermeira Dinamizadora: Enf^a Ana Rita Matos

Enfermeiro Supervisor: EESC Luís Seixo

Objetivos Gerais:

-Sensibilizar os cuidadores familiares presentes, para a identificação e mobilização de estratégias de autoeficácia;

-Sensibilizar os cuidadores familiares presentes para a reflexão das suas expectativas futuras, recorrendo às experiências vividas partilhadas pelos vários do grupo de cuidadores;

Objetivos Específicos:

-Apresentar os enfermeiros e o grupo de cuidadores;

-Abordar o conceito de autoeficácia através do exercício da mão;

-Incentivar os cuidadores familiares a refletirem na sua autoeficácia;

- Debater em grupo estratégias de autoeficácia;

-Incentivar à reflexão sobre as perspetivas futuras relacionadas com os objetivos de vida dos cuidadores familiares presentes;

-Incentivar a partilha e o debate em grupo sobre estratégias de redução de sobrecarga para o futuro;

- Construir e entregar o Kit Curae

Justificação da escolha do tema:

Sequeira (2010) refere que a autoeficácia se refere à opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho.

Para Araújo e Moura (2011) a autoeficácia refere-se às perceções que as pessoas têm sobre as suas próprias capacidades para realizar uma determinada tarefa, de modo a atingir um dado objetivo ou resultado. Também Souza e Souza (2004) consideram que a autoeficácia se refere ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades em situações desconhecidas.

A perceção da autoeficácia é fundamental para que a pessoa possa atingir os objetivos com sucesso, influenciando o modo como as pessoas sentem, pensam e se comportam. Em termos de sentimentos, níveis baixos de autoeficácia associam-se a depressão, ansiedade e pessimismo. Em termos de pensamento, níveis altos de autoeficácia facilitam os processos cognitivos que conduzem a um melhor desempenho e tomada de decisão em diversas situações. Em termos comportamentais, as pessoas com níveis elevados de autoeficácia enfrentam as dificuldades como desafios a serem superados, investindo mais e persistindo durante mais tempo na realização das atividades. Quando a pessoa apresenta níveis baixos de autoeficácia irá evitar situações difíceis que avalia como fora do seu alcance, centrando-se nos obstáculos e dificuldades pessoais em vez de pensar em soluções para atingir os objetivos (Bandura, 1997; Ponton, Edmister, Ukeiley & Seiner, 2001; Schwartz & Hallum, 2008; Araújo & Moura, 2011)

Relativamente às perspetivas futuras Sequeira (2010), refere que são as expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro e às suas capacidades para cuidar. Temem o facto de o seu familiar estar totalmente dependente de si, e ser considerada como a única pessoa para cuidar o cuidar. O medo do futuro é constante, relativamente até ao que lhe reserva o futuro face à sua própria saúde (Idem).

Pretende-se com esta sessão que a população alvo reflita sobre o percurso realizado nas sessões anteriores, de modo a relembrar as estratégias possíveis, e as mudanças que cada um sofreu, através das partilhas individuais e as dos restantes elementos da população alvo.

Pensar no futuro, de uma forma mais consciente das suas dificuldades, valorizando as suas capacidades.

Para que os idosos ou as pessoas dependentes possam permanecer em casa, as mesmas necessitam de ser cuidadas, necessitando assim de ter um cuidador informal. O cuidador

informal frequentemente tem relação significativa com a pessoa (familiar, parceiro, amigo ou vizinho) e assume a responsabilidade maioritária do cuidado, sem treino para tal, não sendo remunerados pelo seu trabalho e não tendo competências específicas no domínio do cuidar (Teixeira et al., 2017).

Cuidar de uma pessoa dependente pode trazer satisfação pessoal, mas também um conjunto de desafios e dificuldades para quem cuida com impacto para quem é cuidado. Cuidar de outro acarreta um esforço físico, psicológico, social e económico (Costa et al., 2019).

O facto de o cuidador informal estar exposto a estes fatores, de forma contínua, contribui para o agravamento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e da qualidade de vida de ambos (Teixeira et al., 2017). Neste sentido, a sobrecarga é um conceito relacionado com o cansaço, ou seja, pode transpor a exposição do cuidador a fatores de stress significativos e num espaço de tempo relativamente curto, ou a uma exposição prolongada a fatores de stress pouco significativos, mas que, ao longo do tempo, originam efeitos em termos de sobrecarga para quem cuida” (Sequeira, 2018).

Esta sobrecarga influencia a qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa cuidada, podendo conduzir eventualmente a uma institucionalização mais precoce. Assim há que ter em conta que, o cuidador também carece de cuidados, e que em momento algum se deve sentir sozinho (Teixeira et al., 2017). Torna-se indispensável a promoção e a implementação de medidas de suporte ao cuidador informal. A criação de políticas orientadas para os cuidadores é potenciadora de uma abordagem com múltiplos benefícios para todos: a pessoa foco dos cuidados, os cuidadores e os sistemas públicos (Teixeira et al., 2017).

Descrição da atividade:

Introdução: 10 minutos

Receber o grupo de cuidadores, na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve síntese da sessão anterior. (10 minutos)

Desenvolvimento: 40 minutos

Segue-se a apresentação do PowerPoint com uma reflexão sobre o conceito e a importância da autoeficácia.

Posteriormente fornecer a cada elemento da população alvo uma folha de papel e uma caneta, onde o próprio fará o desenho da sua própria mão, e em cada dedo deverá escrever um dos seus pontos fortes, e/ou capacidades. Na base da mão, devem escrever três dificuldades que sintam. Depois de concluírem, cada cuidador familiar é convidado a partilhar o que escreveu. promovendo assim a reflexão e a partilha entre os presentes. As folhas ficam na sua posse, para mais tarde a enfermeira dinamizadora recolher (Kit Curae...de mim).

Rapidamente questionar sobre o que pediriam os cuidadores, se tivessem uma varinha de condão, para o seu futuro, e a enfermeira dinamizadora escreve numa cartolina, e incentiva a reflexão e partilha dos objetivos individuais de cada uma. Debate em grupo sobre estratégias de redução de sobrecarga para o futuro. Fazer uma copia da cartolina para cada cuidador e reservar (kit Curae...de Mim).

O grupo de cuidadores irá criar o Kit Curae...de Mim. Será dado a cada elemento um envelope de pano, onde irão colocar os “trabalhos” que desenvolveram, bem como as informações que lhe foram transmitidas, para levarem consigo, de modo a que possam recorrer a ele, ao Kit Curae...de Mim, em momentos mais difíceis, quando se encontram no processo do cuidar.

Conclusão: 10 minutos

Relembrar as ideias chaves discutidas nas duas sessões.

Momento de partilha e convívio, através de um lanche oferecido pela enfermeira dinamizadora, e todos os presentes, de forma a estabelecer o contacto entre todos.

Relembrar a última sessão, que se realizará via telefone, na semana seguinte, para implementar novamente a escala e reforçar as estratégias encontradas. Agradecimentos e despedida.

Avaliação: fornecer a cada elemento 3 Smiles, a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente.

Materiais: Desinfetante para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, canetas, cartolinas, piones, PowerPoint, cartão com técnica da tartaruga, folhas com smiles para a avaliação da sessão.

Bibliografia:

- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. Obtido em Maio de 2013, de Laboratório de psicologia - Instituto Universitário Ciências Psicológicas Sociais e da Vida: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/view/638>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Costa, M., Paúl, M., Azevedo, M., Gomes, J. (2019). Motivações dos cuidadores informais de pessoas com demência e o paradoxo do cuidado. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. 11 (18) Disponível em <https://doi.org/10.25248/reas.e2620.2019>.
- Krieger, T., Researcher, I. H., & Feron, F. (2017). Developing a Complex Intervention Programme for Informal Caregivers of StrokeSurvivors: The Caregivers ' Guide. Caring Sciences, (5), 146–157. <https://doi.org/10.1111/scs.12344>
- Ponton, M., Edmister, J., Ukeiley, L., & Seiner, J. (2001). Understanding the Role of SelfEfficacy. Obtido em Maio de 2013, de Journal of Engineering Education, Volume 90, II, p. 247–251, Abril 2001: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2168-9830.2001.tb00599.x/abstract>
- Portugal, S., & Alves, J. (2015). Doenças raras e cuidado: um olhar a partir das redes sociais. Cescontexto - Debates - Um olhar social para o paciente. Actas do I Congresso Iberoamericano de Doenças Raras, 9, 34-40. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/81017/1/Doen%c3%a7as%20raras%20e%20cuidado%20Um%20olhar%20a%20partir%20das%20redes%20sociais.pdf>
- Sequeira, C. (2009). *Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental · June: 33-39 <https://www.researchgate.net/publication/274384683>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série, nº 12, março, pp 9 a 16.
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel- edições técnicas, lda;
- Smith, P. D., Martin, B., Chewing, B., Hafez, S., Leege, E., Renken, J., & Ramos, R. S. (2018). Improving Health Care Communication for Caregivers: A pilot Study. *Gerontology & Geriatrics Education*, 39(4), 433–444. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1188810>
- Souza, L., Hanus, J., Libera, L, Silva, V., Mangili, E., Simões, P., Ceretta, L., & Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narigão, M., Lourenço, R., & Nascimento, R. (2017). Medidas De Intervenção Junto Dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397e_f71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true
- USF Anta. (2014). Manual Do Cuidador. Retrieved from <https://biblioteca.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/01/Manual-do-Cuidador-Pr-Infomal-de-Utentes-Dependentes.pdf>

Apresentação Sessão 3

1

2

3

4

5

6

7

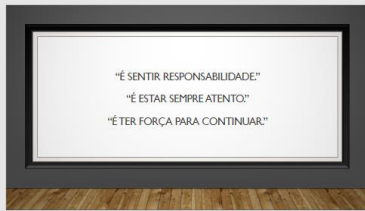
8

9

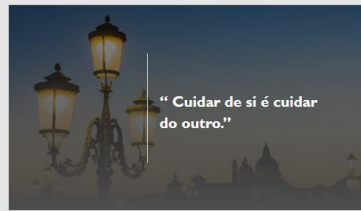
10

11

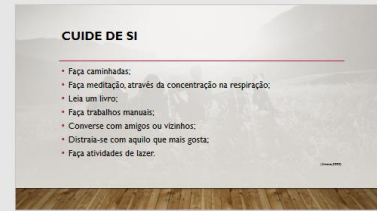
12



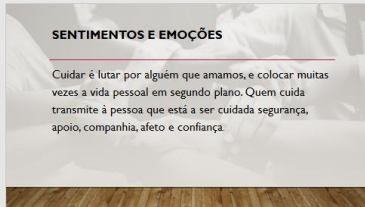
13



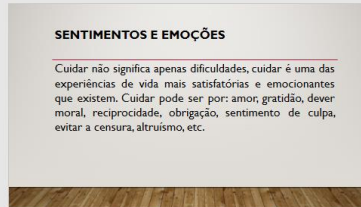
14



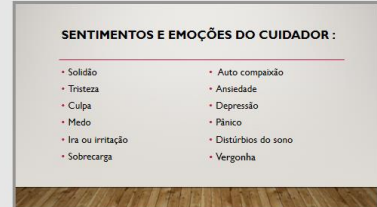
15



16



17



18



19



20



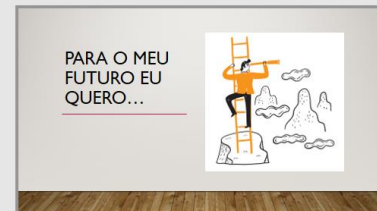
21



22



23



24

Programa: Curae ... de mim – Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores familiares para redução da sobrecarga na prestação de cuidados.

Plano de Sessão nº 4

Data: 20 de janeiro de 2023 **Hora:** 15 h **Duração:** 60 minutos

População Alvo: Grupo de Cuidadores Familiares de uma ECCI

Local: Sala de atividades da UCC Farol do Mondego

Enfermeira Dinamizadora: Enf^a Ana Rita Matos

Enfermeiro Supervisor: EESC Luís Seixo

Objetivo Geral: Sensibilizar os cuidadores familiares presentes relativamente ao conceito de cuidador e sobrecarga, auscultando as estratégias adotadas para a redução da sua sobrecarga.

Objetivos Específicos:

-Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador.

-Entregar o Kit Curae

Justificação da escolha do tema:

Para que os idosos ou as pessoas dependentes possam permanecer em casa, as mesmas necessitam de ser cuidadas, necessitando assim de ter um cuidador informal. O cuidador informal frequentemente tem relação significativa com a pessoa (familiar, parceiro, amigo ou vizinho) e assume a responsabilidade maioritária do cuidado, sem treino para tal, não sendo remunerados pelo seu trabalho e não tendo competências específicas no domínio do cuidar (Teixeira et al., 2017).

Cuidar de uma pessoa dependente pode trazer satisfação pessoal, mas também um conjunto de desafios e dificuldades para quem cuida com impacto para quem é cuidado. Cuidar de outro acarreta um esforço físico, psicológico, social e económico (Costa et al., 2019).

O facto de o cuidador informal estar exposto a estes fatores, de forma contínua, contribui para o agravamento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e da qualidade de vida de ambos (Teixeira et al., 2017). Neste sentido, a sobrecarga é um conceito relacionado com o cansaço, ou seja, pode transpor a exposição do cuidador a fatores de stress significativos e num espaço de tempo relativamente curto, ou a uma exposição prolongada a fatores de stress pouco significativos, mas que, ao longo do tempo, originam efeitos em termos de sobrecarga para quem cuida” (Sequeira, 2018).

Esta sobrecarga influencia a qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa cuidada, podendo conduzir eventualmente a uma institucionalização mais precoce. Assim há que ter em conta que, o cuidador também carece de cuidados, e que em momento algum se deve sentir sozinho (Teixeira et al., 2017). Torna-se indispensável a promoção e a implementação de medidas de suporte ao cuidador informal. A criação de políticas orientadas para os cuidadores é potenciadora de uma abordagem com múltiplos benefícios para todos: a pessoa foco dos cuidados, os cuidadores e os sistemas públicos (Teixeira et al., 2017).

Descrição da atividade:

Introdução: 10 minutos

Receber o grupo de cuidadores familiares presentes, na sala de atividades da UCC Farol do Mondego. Relembrar os aspetos abordados na sessão anterior.

Desenvolvimento: 42 minutos

Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador. Fornecer a escala a cada cuidador da população alvo e, a enfermeira dinamizadora lê em voz alta cada item, e os cuidadores vão preenchendo, ao mesmo tempo, a sua escala. (30 minutos)

Esclarecimento de dúvidas ou partilha de mudanças, através de uma breve reflexão sobre as sessões e o projeto desenvolvido. (15 minutos)

Conclusão: 5 minutos

Relembrar as ideias chaves discutidas. Avaliação e agradecimentos e despedida.

Avaliação: fornecer a cada elemento 3 Smiles, a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente.

Materiais: Desinfetante para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, canetas, folhas impressas com Escalas Sobrecarga do Cuidador, envelope para kit curae, smiles para a avaliação da sessão.

Bibliografia:

- Costa, M., Paúl, M., Azevedo, M., Gomes, J. (2019). Motivações dos cuidadores informais de pessoas com demência e o paradoxo do cuidado. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. 11 (18) Disponível em <https://doi.org/10.25248/reas.e2620.2019>.
- Sequeira, C. (2009). *Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental · June: 33-39 <https://www.researchgate.net/publication/274384683>
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel- edições técnicas, lda;
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narigão, M., Lourenço, R., & Nascimento, R. (2017). Medidas De Intervenção Junto Dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397e_f71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true