



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

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*

Maria Emília Teixeira da Silva Moreira

**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

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*

*“Capacitar para Cuidar” – Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores  
informais de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).*

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

Maria Emília Teixeira da Silva Moreira

Leiria, março de 2023

*Sei que o meu trabalho é pequeno como a gota  
no oceano, mas sem ele o oceano seria menor.*

- Madre Teresa de Calcutá -

## **AGRADECIMENTOS**

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem, que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada.

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida.

Especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Catarina Afonso, que sempre acreditou em mim, agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado. Pela sua indispensável e cuidada orientação, pelos conhecimentos que me transmitiu e pela forma como me fomentou o gosto pelo rigor e pela investigação.

Às instituições onde realizei o estudo, por me terem permitido a sua realização, pelo apoio e disponibilidade prestados durante todo o processo, proporcionando momentos de aprendizagem francamente enriquecedores e determinantes para o meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

Aos cuidadores informais que aceitaram participar de forma voluntária no estudo, pois sem eles nada disto seria possível!

Ao meu chefe, pelo incentivo para me desafiar a mim própria e trilhar novos caminhos.

À Rita Matos por ser a principal responsável da minha candidatura ao mestrado e pela força e motivação que me foi transmitindo ao longo deste desafio e por nunca me ter deixado desistir!

À minha família, por acreditar em mim, pelo amor e apoio diário, sem a vossa ajuda nada na minha vida seria possível.

A todas as pessoas que colaboraram, direta e indiretamente, para que este objetivo fosse possível de concretizar!

A todos, o meu muito obrigada!

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

CAJ - Centro de Atendimento a Jovens

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DSS - Diagnóstico de Situação de Saúde

EC - Ensino Clínico

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro especialista

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

ELI - Equipas Locais de Intervenção

ICN - International Council of Nurses

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

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEI - Plano Educativo Individual

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCC-Unidade de cuidados na comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

## RESUMO

O envelhecimento demográfico, que marca a atualidade a nível global, tem-se traduzido num aumento progressivo das taxas de doenças crónicas, resultando num número cada vez mais expressivo de pessoas em situação de dependência no autocuidado e paralelamente, faz com que os cuidadores informais sejam um grupo vulnerável. É neste contexto que se apresenta este documento, que segue uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, espelhando todo o caminho percorrido para a aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSCSP), com foco na capacitação dos cuidadores, através do treino de conhecimentos.

Os ensinamentos clínicos decorreram numa Unidade de Saúde Pública (USP) da Administração Regional do Centro e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Região Centro, sob a visão da Teoria de Dorothea E. Orem (2001), recorrendo à metodologia do planeamento, tendo seguido sequencialmente as suas etapas designadamente: diagnóstico da situação, definição das prioridades, delineamento dos objetivos, escolha das estratégias, elaboração e execução do projeto e avaliação, que se traduziu no desempenho e implementação de um Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores informais, com a designação “Capacitar para Cuidar.” Esta intervenção foi sustentada com a realização de uma revisão integrativa da literatura, com vista a uma prática baseada na evidência.

O grande objetivo deste projeto é o de promover a capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados com foco na aquisição de conhecimentos através de um projeto de intervenção numa UCC. Foi operacionalizado num grupo de seis cuidadores informais, tendo sido aplicado o Questionário de Avaliação das Capacidades do Cuidador Informal (Dixe, 2021), antes e após a implementação do mesmo. Com a aplicação do projeto os cuidadores informais ficaram mais capacitados em todas as áreas do cuidar, sobressaindo o aumento de competências nas áreas mais problemáticas: Cuidar: Mobilidade passou de um score médio de  $1,99 \pm 1,07$  para  $3,15 \pm 0,58$ ; Cuidar: Transferências passou de um score médio de  $2,10 \pm 1,10$  para  $3,61 \pm 0,52$ ; Cuidar: Higiene Sanitária passou de um score médio de  $2,17 \pm 0,99$  para  $3,68 \pm 0,46$ ; Cuidar: Alimentação passou de um score médio de  $2,57 \pm 0,85$  para  $3,62 \pm 0,50$ ; Cuidados de higiene e conforto passou de um score médio de  $2,88 \pm 0,92$  para  $3,75$ . Estes

resultados reforçam a relevância do EEECSOSP na aposta em ganhos em saúde dirigidos a grupos vulneráveis, nomeadamente os cuidadores informais.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Saúde Comunitária; Saúde Pública; Cuidadores Informais; Autocuidados.

## **ABSTRACT**

Demographic aging, which is a global characteristic, has resulted in a progressive increase in chronic disease rates, resulting in an increasingly significant number of people who are dependent in self-care and, at the same time, make informal caregivers a vulnerable group. It is in this context that this document is presented, which follows a descriptive, critical and reflective methodology, reflecting the entire path taken for the acquisition and development of skills in Community Health Nursing in the area of Community Health and Public Health (CSSN), focusing on the empowerment of caregivers through knowledge training.

The clinical teachings took place in a Public Health Unit (PSU) of the Central Regional Administration and in a Community Care Unit (CCU) of the Central Region, under the vision of the Theory of Dorothea E. Orem (2001), using the planning methodology, having sequentially followed its steps, namely: diagnosis of the situation, definition of priorities, delineation of objectives, choice of strategies, design and implementation of the project and evaluation, which resulted in the performance and implementation of a Community Intervention Project aimed at informal caregivers, entitled "Empowering to Care." This intervention was supported by conducting an integrative literature review, with a view to evidence-based. The main objective of this project is to promote the training of informal caregivers to provide care with a focus on acquiring knowledge through an intervention project in a UCC.

The project was operationalized in a group of six informal caregivers. The Informal Caregiver Skills Assessment Questionnaire (Dixe, 2021) was applied before and after its implementation. With the application of the project, the informal caregivers became more empowered in all areas of care, with an increase in skills in the most problematic areas standing out: Caring: Mobility went from a mean score of  $1.99 \pm 1.07$  to  $3.15 \pm 0.58$ ; Caring: Transfers went from a mean score of  $2.10 \pm 1.10$  to  $3.61 \pm 0.52$ ; Caring: Sanitary Hygiene went from a mean score of  $2.17 \pm 0.99$  to  $3.68 \pm 0.46$ ; Caring: Feeding went from a mean score of  $2.57 \pm 0.85$  to  $3.62 \pm 0.50$ ; Caring: Hygiene care and Comfort went from a mean score of  $2.88 \pm 0.92$  to  $3.75$ . These results reinforce the relevance of the EEECSOSP in focusing on health gains directed to vulnerable groups, namely informal caregivers.

**Keywords:** Nursing, Community Health, Public Health, Informal caregivers; Self-care.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO .....  | 13 |
| 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE SAÚDE PÚBLICA E DE SAÚDE COMUNITÁRIA .....   | 18 |
| 1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....  | 19 |
| 1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....   | 24 |
| 2. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM (TDAE) DE DOROTHEA DE OREM .....   | 31 |
| 3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....   | 37 |
| 3.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....   | 37 |
| 3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....  | 38 |
| 3.1.2. Melhoria da qualidade contínua .....   | 40 |
| 3.1.3. Gestão dos cuidados .....  | 41 |
| 3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....  | 43 |
| 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA .....   | 45 |
| 3.2.1. Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade .....              | 46 |
| 3.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....  | 47 |
| 3.2.3. Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde..... | 49 |
| 3.2.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico .....  | 51 |
| 4. PLANEAMENTO EM SAÚDE .....   | 54 |
| 4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....   | 55 |
| 4.2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DAS NECESSIDADES.....  | 57 |
| 4.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....  | 61 |
| 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.....  | 67 |
| 4.8. AVALIAÇÃO .....  | 73 |
| 5. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....   | 75 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 79 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 82 |

ANEXOS .....

ANEXO I – Resposta ao Pedido de parecer à Comissão de Ética

ANEXO II - Autorização ao Conselho de Administração da ARS Centro

ANEXO III - Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021)

ANEXO IV – Autorização para aplicação do Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Declaração de Consentimento Informado

APÊNDICE II - Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE III - Planeamento e apresentação da sessão: Complicações da Diabetes e Alergias Alimentares

APÊNDICE IV - Guião da entrevista para os cuidadores informais

APÊNDICE V - Guião da entrevista aos enfermeiros

APÊNDICE VI - Hierarquização das necessidades pelo Método de Hanlon

APÊNDICE VII – Planos de Sessão

APÊNDICE VIII – Apresentação das Sessões

APÊNDICE IX – Manual de Apoio ao Cuidador

## ÍNDICE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Objetivos, atividades, indicadores e metas.....                    | 66 |
| Tabela 2 - Caracterização social demográfica do cuidador informal.....        | 69 |
| Tabela 3 - Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal – pré- formação..... | 69 |
| Tabela 4 - Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal – pós formação.....  | 74 |

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma das transformações sociais mais significativas do século XXI. O expressivo aumento do número de pessoas idosas e a diminuição do número de jovens representam o fenómeno do duplo envelhecimento da população (Rosa, 2012). O índice de envelhecimento revela a evolução demográfica, que tem vindo a aumentar de forma significativa ao longo das últimas décadas. Em 2020, a estimativa do índice de envelhecimento, em Portugal, centrava-se nos 165%, ou seja, existiam 165 idosos por cada 100 jovens, demonstrando que existiam mais idosos do que jovens (PORDATA, 2022). Para além de uma sociedade envelhecida, Portugal verifica um aumento do número de pessoas idosas dependentes, isto porque o índice de dependência de idosos também tem vindo a aumentar gradualmente ao longo das últimas décadas (PORDATA, 2022).

Segundo as projeções apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em “Projeções de População Residente 2018-2080”, este fenómeno continuará a ocorrer, sendo que o número de jovens diminuirá de 1,4 para 1 milhão e o número de idosos aumentará de 2,2 para 3 milhões, atingindo o seu auge na década de 50. A população em idade ativa diminuirá de 6,6 para 4,2 milhões de pessoas. Perante estes dados, o índice de envelhecimento duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080. A população residente em Portugal, em 2080, poderá variar entre 6,1 e 10,6 milhões, revelando que será uma população muito envelhecida (INE, 2020). O cenário demográfico de Portugal caracteriza-se pelo aumento constante do número de pessoas idosas, como consequência da diminuição da natalidade e da mortalidade e consequente aumento da esperança média de vida. Assim, os indivíduos vivem cada vez mais anos e é expectável que estes sejam vividos de forma o mais positiva possível. Porém, nem sempre esses anos correspondem a um grau de autonomia que possibilite uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas. De facto, o envelhecimento do indivíduo ocorre à medida que a idade aumenta, sendo um processo irreversível e heterogéneo.

Face às complicações inerentes ao processo de envelhecimento, é ao enfermeiro que a família manifesta os seus medos e angústias, tendo este um papel fundamental como elo entre a pessoa com dependência e a família (Tigulini & Melo, 2002). Deste modo, a família/cuidador deve ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão. Face ao exposto,

o Ensino Clínico (EC) foi um espaço de extrema importância no meu processo formativo, pois, como salientam Silva e Silva (2004), corresponde à formação prática, que complementa e concretiza a teoria, permite aos estudantes desenvolver competências com base na ação, integrando a ciência e a arte de cuidar como um todo. O EC também ganhou muita relevância porque me colocou em contacto com a realidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), até então minha desconhecida.

Outro fator, neste meu percurso, diz respeito à reflexão que é também de extrema importância no processo formativo, pois permite a evolução e ajuda a determinar como agir, como compreender os problemas ou como encontrar novas soluções no futuro (Alarcão, 1996). Pretendo, assim, com este relatório, fazer uma reflexão sobre a minha intervenção/atuação na USP e na UCC, sobressaindo a importância do planeamento em saúde, que incorporou o projeto de Intervenção na UCC, cujo objetivo consistiu em capacitar os cuidadores informais no cuidar. Como refere Murphy (2014), se um serviço de saúde não for planeado, não pode esperar avançar e melhorar de uma forma expectante. Por estas razões, assumi como finalidade *major* a realização do planeamento em saúde, tendo em conta as etapas, nomeadamente o diagnóstico da situação priorizando-se os focos da intervenção. Neste âmbito, e após a identificação das áreas prioritárias, foram selecionadas as estratégias, planeadas e executadas as sessões de formação, tendo como público-alvo os cuidadores informais. Estas foram realizadas com recurso à metodologia expositiva e interativa. Os enfermeiros devem estar atentos à realidade de cada utente/grupo/comunidade, para que possa satisfazer as suas necessidades, no caso concreto dos cuidadores informais. É fundamental que estes profissionais de saúde estejam munidos de ferramentas que lhes possibilitem fazer ajustamentos planeados e tomar decisões face às reais dificuldades dos utentes. Importa referir também, que o valor é definido como os resultados de saúde alcançados pelos utentes.

O cuidador é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE©) como “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente” (*International Council of Nurses*, ICN, 2016, p.143); é um elemento-chave no processo de reabilitação da pessoa dependente, pois será ele a assegurar a satisfação das Atividades Básicas de Vida Diária

(ABVD's) da pessoa dependente após o regresso ao domicílio, pelo que carece de orientações e ensinamentos por parte do Enfermeiro.

Os cuidadores informais desempenham um papel fundamental no cuidado de pessoas dependentes e, para poderem prestar cuidados eficazes e gerir a saúde do seu ente querido, necessitam de ter competências adequadas. Só, deste modo, se pode garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

À medida que a população envelhece, a necessidade de apoio de outros aumenta. Além disso, uma maior esperança de vida, devido aos avanços nos cuidados de saúde, tem levado ao aumento das doenças crónicas e a um maior número de pessoas dependentes. As necessidades de apoio incluem a gestão de doenças, em que as pessoas têm dificuldade em realizar as atividades da vida diária. A maior parte das vezes, um membro da família é responsável pelos cuidados. Estes cuidadores são referidos como cuidadores informais, uma vez que não são pagos pelo seu trabalho e, frequentemente, necessitam de competências e conhecimentos necessários para prestar cuidados (Peres et al., 2022).

Os cuidadores informais desempenham uma variedade de tarefas, incluindo a satisfação das necessidades físicas e emocionais da pessoa de quem cuida, ou seja, assegura os autocuidados. Estes representam um papel e uma responsabilidade que é acrescentada a outros papéis e responsabilidades, necessitando de apoio por parte dos enfermeiros, que têm de fazer um diagnóstico das suas necessidades e promover-lhes formação, tendo sido esta a premissa da realização do presente estudo, com recurso à metodologia de planeamento em saúde (Peres et al., 2022).

Este relatório, inserido no 1.º Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, foi realizado no âmbito do EC. Este pretende resumir de forma crítica e reflexiva o percurso de desenvolvimento de competências numa USP do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Administração Regional do Centro e numa UCC da Região Centro. Como alicerce de todo este relatório esteve a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem (2001), em contexto domiciliário, a qual contribuiu para dar resposta às reais e possíveis necessidades dos cuidadores informais. Para Orem (2001), o autocuidado caracteriza-se como a prática diária de atividades reguladoras que visam responder aos objetivos de manutenção

da vida, de saúde e do bem-estar da pessoa. A opção por esta teoria deve-se ao facto do conceito de autocuidado ser definido como o ato de ajudar os outros a manter ou aumentar o funcionamento humano a nível da eficácia da realização das ABVD's através da prestação e gestão do autocuidado (Orem, 2001). A autora refere que a enfermagem, desde o seu início, tem sido considerada como a arte de cuidar, pelo que responde à necessidade de ajudar as pessoas quando estas não têm capacidade suficiente para cuidarem de si próprias ou dos seus dependentes. Orem (2001) defende que a enfermagem é uma ação humana articulada em sistemas de ação planeados e produzidos. Neste sentido, assumi a postura de, na minha prática ao longo do EC, capacitar os cuidadores informais para a gestão dos autocuidados à pessoa dependente, em contexto domiciliário. No âmbito da teoria de Orem (2001), a enfermagem preocupa-se em ajudar as pessoas a satisfazer as ABVD's quando estas não conseguem fazê-lo por si próprias, por estarem em situação de vulnerabilidade ou por não possuírem os conhecimentos/capacidades para tal.

Este relatório é o resultado de um percurso de semanas em EC, que se demonstrou aliciante por ser um ambiente de trabalho novo para mim com as suas complexidades e diferenciação, no qual me consigo imaginar a desempenhar funções. Ao mesmo tempo, também foi um espaço de exigências, sobretudo no que concerne às expectativas criadas em relação ao meu desempenho. Neste sentido, procurei ser proativa, sustentando o meu desenvolvimento na pesquisa de práticas baseadas na evidência, na legislação existente de políticas em saúde e na Teoria de Orem (2001) sobre o Autocuidado.

Delineei como objetivos do presente documento: (i) Conhecer e caracterizar os contextos de aprendizagem da prática especializada em EEECSOSP; (ii) Descrever e analisar criticamente a prática realizada para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista (EE) e desenvolvimento das competências de EEECSOSP; (iii) Expor as atividades e competências desenvolvidas nos contextos de USP e de UCC; (iv) Descrever a elaboração, aplicação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária desenvolvido no contexto de UCC.

O presente documento está estruturado em cinco capítulos. No primeiro é apresentada a caracterização dos locais de EC, nomeadamente a USP e a UCC. O segundo capítulo contém a concetualização teórica da temática e o Modelo Teórico, ou seja, a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Orem (2001), que me permitiu traçar o perfil das

necessidades dos cuidadores informais e também ter em conta as dificuldades/necessidades dos restantes utentes/comunidade, para desenvolver intervenções que pudessem satisfazer tais necessidades. No terceiro capítulo, descrevo as competências adquiridas e atividades desenvolvidas, tendo em conta as competências do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária. O quarto capítulo, refere-se à metodologia adotada, o planeamento em saúde, descrevendo as várias etapas. No quinto capítulo faço uma análise crítica e reflexiva do percurso realizado, com particular destaque para o planeamento em saúde. O trabalho termina com as considerações finais, onde explano as implicações do projeto desenvolvido na prática, na disciplina e na ciência de enfermagem.

A realização deste trabalho constitui um momento efetivo de elaboração escrita e reflexiva do caminho percorrido, pois o desenvolvimento profissional, mais do que outros aspetos que interagem no desenvolvimento dos indivíduos, é também condicionado pelo contexto e muitos acontecimentos podem transformá-lo. Este documento procura transparecer o dinamismo e a amplitude das ações, apesar de algumas dificuldades, no entanto, estou consciente de que o interesse e o empenho que dediquei, certamente, fizeram-me ultrapassar essas dificuldades e atingir os objetivos preconizados.

Assim, o reconhecimento do valor da continuidade, de perspetivar horizontes futuros poderá gerar a prática profissional, a qualitativa experiência que daí poderá advir. Tudo isso aliado à necessidade de ampliar o repertório de competências pessoais e profissionais na construção de ser EEECSOSP, considerando que esse trabalho é fruto de um processo em construção ao longo de uma carreira profissional e pessoal.

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

Os Serviços de Saúde são formas organizadas de ação e constituem-se por instituições prestadoras de cuidados de saúde, procurando alcançar uma combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de um indivíduo, família, comunidade, região ou país (Ferreira, 1990). Embora coexistissem diversos tipos de unidades de saúde que promoviam funções de prestação de cuidados, foi o Decreto-Lei n.º 35/311, de 25 de abril de 1946, que deu origem à Federação das Caixas de Previdência. O sistema de Segurança Social também teve início nesta altura com os “Serviços das Caixas” destinados à proteção na doença e invalidez dos trabalhadores por conta de outrem.

Até 1971, os cuidados de saúde da população portuguesa estavam entregues a estas duas instituições, com iniquidades de acesso evidentes (Arnaut, 2009). Em 1978, António Arnaut foi pioneiro na criação do SNS, que é o organismo através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde, prevenção e vigilância a todos os cidadãos de Portugal desde 1979, após se terem reunido as condições políticas e sociais provenientes da reestruturação política de 1974.

O Decreto-Lei n.º 56/79 de 15 de setembro oficializa e concretiza o direito à proteção da saúde, a prestação de cuidados globais de saúde e o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social (Arnaut, 2009). A Declaração de Alma-Ata, publicada há 40 anos, é uma das referências fundadoras dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tal como os concebemos hoje, e constituiu um marco importante no movimento da "Saúde para Todos". Baseada no reconhecimento de que a saúde é um objetivo social de primeira importância, a Declaração instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas e à cooperação entre vários setores da sociedade. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto), criada na década de 90 define a aprovação do estatuto do SNS e a criação das Administrações Regionais da Saúde (ARS) (Arnaut, 2009).

Uma vez que a prática de enfermagem assenta na relação interpessoal entre enfermeiro, indivíduo, família, grupos e comunidade, tive a oportunidade de realizar o meu EC em locais que me permitiram ter uma visão global de conhecimentos acerca dos CSP até então, quase inexistentes.

Consciente de que a aprendizagem experiencial requer um sentido de estrutura moral e de responsabilidade apurado, o mesmo deve ser reforçado por comunidades que têm como missão apoiar as aprendizagens, em climas organizacionais organizados (Benner, 2001). Neste sentido fui auscultando todos os profissionais que me acompanharam e permitiram o desenvolvimento de uma prática profissional baseada no respeito pela pessoa/ família ao longo de todo o processo de cuidados, suportando a tomada de decisão clínica em evidência científica e nos valores ético-legais da profissão, recorrendo à metodologia científica e de investigação para sistematizar a aquisição das aprendizagens (Querido, 2015).

O EC com relatório realizou-se durante o segundo ano, primeiro semestre do ano letivo 2022/2023 e decorreu entre o período de 6 de setembro a 17 de fevereiro 2023. Foi repartido em dois momentos, um primeiro EC que decorreu numa USP pertencente à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), inserida num ACeS da zona centro e o segundo EC foi efetuado em contexto de UCC, pertencente ao mesmo ACeS.

Através da realização destes EC cumpriu-se o objetivo da aquisição do perfil de competências específicas do EEECSOSP (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho).

### 1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento com a criação das suas unidades funcionais. Entre as unidades funcionais a implementar consta a unidade de cuidados na comunidade. De acordo com o (Artigo 10.º Unidades de saúde 1, p. 10), do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto os “ACeS são os estabelecimentos e serviços do SNS aos quais compete garantir a prestação dos cuidados de saúde primários”.

Em conformidade com o mesmo disposto legal, as USP são unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos e que garantem aos cidadãos, nelas inscritos, uma carteira básica de serviços, constando o seu regime de diploma próprio (Artigo 38.º, Decreto-Lei n.º 52/2022).

O estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II teve início num Pólo de uma USP, pertencente à ARS do Centro, integrada num ACeS da zona centro do país.

Em termos administrativos, a área geográfica deste ACeS está inserida na Região Centro - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS, II) - distribuída por dez concelhos com uma área total de 2424,62 Km<sup>2</sup>. Este Pólo da USP tem uma área geográfica de abrangência de cerca de 380 Km<sup>2</sup> e dá resposta a um total de 63 159 habitantes (BI-CSP, 2022).

No que respeita à Unidade onde decorreu o EC, a USP, ocupa as instalações de um Centro de Saúde junto de outras unidades funcionais. Tem como Missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e tem como imperativo a transparência e disponibilidade de contribuir para a saúde comunitária da população da sua área de abrangência, em articulação com as várias unidades funcionais do ACeS (BI-CSP, 2022).

De acordo 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.

No primeiro dia do EC, foi-me apresentada toda a equipa multidisciplinar e todos os espaços físicos que constituem a Unidade. Como suporte à minha integração e para complementar a realização do meu projeto de EC e definição dos meus objetivos consultei o Plano de Ação, a Carta de Compromisso, o Regulamento Interno, o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários relativo à USP e o *website* da Unidade de forma a conhecer os indicadores contratualizados e os projetos que esta estava a desenvolver na altura do EC. A forma como esta USP está organizada permite uma relação de ajuda, de proximidade e muito facilitadora para a população que serve.

Ao longo deste EC foi, para mim, muito importante toda a partilha com a equipa sobre a orgânica da Unidade, o que se assumiu, sem dúvida, uma ferramenta que contribuiu para o desenvolvimento de competências como futura especialista em Enfermagem Comunitária.

Para o ano de 2022, o referencial de contratualização das USP assentou a sua matriz de competências de forma a poder garantir o cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”, com o objetivo de dar resposta às necessidades da população e das diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde (ACSS, 2022).

Esta unidade desenvolve vários programas e projetos, nomeadamente nas seguintes áreas: Execução normativa – engloba a Autoridade de saúde e a Sanidade internacional marítima; Função observatório – é feita a avaliação do nível de saúde da comunidade através da identificação de fatores demográficos, culturais, ambientais, sociais, económicos e individuais; Doenças transmissíveis – inclui a notificação de doenças transmissíveis no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), com o objetivo de aferir a distribuição de casos de doença no espaço e tempo na população, de forma a adotar medidas de controlo e tratamento adequado; Programa Nacional de Vacinação (PNV) - a sua aplicação e cumprimento permite controlar muitas doenças. Destaque para a vacinação sazonal (gripe sobretudo dirigida aos mais vulneráveis) e outros programas de erradicação de doença que sejam oportunos no momento; Determinantes ambientais em saúde – programas implementados relativamente á água (vigilância da qualidade da água de consumo humano e das águas recreativas), ao alimento (vigilância da qualidade e segurança alimentar) e aos vetores (programa REVIVE); Prevenção e controlo de infeções - através de um plano operacional de prevenção e controlo da infeção no qual se insere o projeto CERCAR (combate às enterobactérias resistentes aos carbapenemes), isto é, prevenção e controlo de infeções por bactérias resistentes aos antimicrobianos; Comunidade escolar- O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) engloba toda a comunidade escolar da área de abrangência (BI-CSP, 2021).

A situação excecional, criada pela pandemia do SARS-COV-2 e pela infeção epidemiológica por COVID-19, veio alterar significativamente o sistema de saúde durante os dois últimos anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, no dia 30 de janeiro de 2020, o surto da doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional, e a 11 de março do mesmo ano, qualificou-a como uma pandemia internacional, dado o número de países em que a mesma já tinha sido registada, bem como a sua rápida disseminação mundial. Neste contexto, um dos mecanismos cruciais para a contenção de qualquer epidemia é a instituição de estratégias especiais de

vigilância com o objetivo de detetar o maior número possível de casos e contactos e posterior adoção de ações que reduzam o risco de disseminação da doença.

Tendo em conta este contexto, o EC traduziu-se num desafio ainda maior, na medida em que, para além de toda a adaptação que o início de uma nova etapa exige, tive que me adaptar a todas as mudanças a que a pandemia obrigou. É inevitável referir que o impacto e a envolvência de elementos da USP na vacinação e nas colheitas levaram à interrupção de diversas atividades relacionadas com a promoção da saúde. Assim, na USP era realizado diariamente o acompanhamento da evolução da situação epidemiológica através dos vários meios existentes como é exemplo o SINAVE, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência.

Uma primeira fase do EC consistiu essencialmente numa adaptação a uma realidade muito distinta em termos de contexto profissional. Ocorreu a necessidade de enquadrar a especificidade e o contexto em que os cuidados são prestados para, posteriormente, agir sobre esta nova realidade que condicionou em grande parte, o trabalho e as atividades desenvolvidas na USP, exigindo uma reorganização dos serviços, bem como o estabelecimento de prioridades. Inicialmente senti alguma insegurança, mas, ao realizar as atividades com as Enfermeiras Supervisoras fui adquirindo mais confiança e segurança, consequentemente mais conhecimentos, tornando-me mais independente na realização das atividades como futura enfermeira especialista, considerando que consegui enquadrar-me na dinâmica funcional e organizacional da Unidade. Por outras palavras, a insegurança inicialmente sentida foi-se desvanecendo com o apoio sobretudo, da Enfermeira Supervisora, traduzindo-se em ganhos graduais de segurança, especialmente no diagnóstico da situação em saúde, particularmente no que se refere às necessidades dos cuidadores informais ao nível dos autocuidados da pessoa cuidada.

Quero também registar que a minha integração na equipa multidisciplinar se pautou pelo progressivo estabelecimento de uma relação de empatia e de reciprocidade com os diferentes elementos, o que contribui para o desenvolvimento das minhas competências e poder colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo desta formação. O facto de ter realizado o EC na USP contribuiu para a aquisição de competências em Enfermagem

Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Considero que o enfermeiro especialista, integrado na Unidade, deve demarcar-se quer pelos conhecimentos que possui, quer pela maneira adequada que os presta, mas também pela sua conduta ética e profissional. Neste sentido, considero que consegui atingir os meus objetivos, considerando que este ensino clínico contribuiu positivamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura especialista. Foi neste EC que esteve a génese da realização do diagnóstico de necessidades em saúde dos cuidadores informais e foi realizado de forma colaborativa com a colega de estágio. Toda a dinâmica da Unidade contribuiu para que fosse proativa, mostrando sempre disponibilidade e motivação em todas as atividades. Aceitei todos os desafios que me foram propostos, colaborei com todos os profissionais da Unidade, dando sempre o meu melhor contributo.

Por conseguinte, o estágio foi um *locus* de oportunidade para que pudesse adquirir, desenvolver e cimentar competências e conhecimentos anteriormente adquiridos na formação teórica do curso. Proporcionou-me igualmente ocasiões para a aplicação prática de competências técnicas e resultou na oportunidade para a realização de uma reflexão crítica, pois só refletindo na ação e para a ação é que nos podemos transformar em profissionais reflexivos e com vontade de crescer continuamente. Foi, acima de tudo, mais uma aprendizagem de vida, pois sinto que desenvolvi competências como futura enfermeira especialista e como pessoa, através das várias aprendizagens e partilha de experiências com aqueles que já se encontram num patamar de perito.

Todavia, a experiência, sendo uma condição *sine qua non* não é a única componente para a especialização e nem todos os enfermeiros com experiência são peritos (Benner,1984). Por exemplo, Benner (1984) observou que vários anos de trabalho no mesmo serviço ou em situações similares podem criar competência. Contudo, a passagem do tempo e a ocorrência de eventos e as interações não conferem automaticamente o estatuto de especialista. Como afirma a autora, existe uma descontinuidade ou um salto entre a perícia e o nível competente e perícia ao nível da proficiência e níveis de peritos. Uma explicação potencial para esta descontinuidade é que os anos de experiência podem proporcionar fluidez e flexibilidade, mas não o complexo pensamento reflexivo que tem de ser uma componente importante dos conhecimentos de enfermagem clínica (Benner,1984). A autora observou que o desempenho clínico de enfermagem mais qualificado pode ser alcançado num ambiente de apoio, onde a

aprendizagem clínica com colegas de todos os níveis de especialização tem lugar. Assim, considero que a equipa na qual me integrei na USP facilitou um ambiente de prática profissional, fomentando a minha autonomia clínica, a oportunidade de partilha de experiências e conhecimentos com enfermeiras especialistas, que ajudaram a desenvolver competências especializadas, tão fundamentais para a tomada de decisões e ações profissionais perante o utente/família/cuidador. Considero, no entanto, que praticavam uma metodologia de trabalho baseada numa visão médico-centrica e, através do modelo integrador de Orem (2001), imaginava a USP mais direcionada para a promoção do autocuidado em articulação com a UCC, reforçando a promoção da saúde.

## 1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O EC decorreu na UCC, cuja missão consiste na prestação de “Cuidados em Comunidade, para a Comunidade que garantam a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade” (Manual de Acolhimento, 2019, p. 4). Tem como áreas de atuação a educação para a saúde e a integração em redes de apoio à família, comprometendo-se “a trabalhar com empenho e dedicação para a plena concretização do Plano de Ação, de modo a garantir a qualidade dos cuidados e enobrecer a relevância do trabalho comunitário” (Manual de Acolhimento, 2019, p. 4). As UCC são unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, sendo compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais (Artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

A UCC rege-se por valores que lhe permitem orientar a sua atividade nomeadamente, trabalhar em parceria numa visão de partilha de saberes, ações de solidariedade entre os vários elementos da equipa e com as restantes unidades prestadoras de cuidados; prima pelo trabalho em equipa ou seja, por estabelecer uma boa relação entre todos os elementos os quais se inter substituem a fim de cumprir o plano de ação da UCC; respeito por todos os elementos da equipa, utentes e restantes elementos das várias unidades de cuidados;

conferindo autonomia para que cada elemento que nela exerce funções possa cumprir as suas funções, uma forma de contribuir para o cumprimento do seu plano de ação; responsabilização ou seja, todos os elementos da equipa assumem as responsabilidades pelos seus próprios atos; um clima de alegria, de forma que todos os elementos da equipa contribuam com a sua própria alegria, num pleno e excelente desempenho. Esta é uma UCC de referência que “apoia, facilita, orienta e promove os Cuidados na Comunidade, constituída por uma equipa coesa e responsável no desenvolvimento de projetos inovadores de prestação de cuidados na comunidade, tendo por sustentáculo a obtenção de ganhos em saúde” (Manual de Acolhimento, 2019, p. 4). Para cumprir tais desígnios, a UCC detém uma equipa multidisciplinar, constituída por Enfermeiros, Médicos, Nutricionista, Psicólogo e Assistentes Sociais, sendo a equipa nuclear composta por cinco enfermeiros e uma médica, que estão a tempo completo com 35H00 semanais.

É da competência desta unidade funcional prestar 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. Deste modo, presta cuidados de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, atuando aos três níveis de cuidados (Manual de Acolhimento, 2019).

Tem como carteira básica de serviços os programas e projetos implementados e em funcionamento, nomeadamente: Saúde Escolar (SE), Saúde Comunitária (SC), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Intervenção Precoce (SNIPI), Rede Social, Centro de Atendimento de Jovens (CAJ), Contracorrente, Rede de Violência Doméstica, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e o Projeto Respira Mais (Manual de Acolhimento, 2019).

No que se refere à equipa de ECCI, os seus critérios de admissão seguem as orientações técnicas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ou seja, frequência da prestação de cuidados de saúde superior a uma vez por dia; pessoas que necessitem mais de 1h e 30 minutos por dia de prestação de cuidados de saúde por parte dos elementos da equipa de saúde familiar, para além de três dias por semana; pessoas que precisem de prestação de cuidados de saúde para além do horário normal de funcionamento das USF, UCSP, compreendendo os fins de semana e feriados; pessoas que necessitem de outro tipo de

cuidados de saúde especializados (fisioterapia, psicologia, paliativos e outros) e/ou de apoio. Os utentes referenciados para a ECCI estão em conformidade com os critérios predefinidos e com a capacidade em termos de recursos humanos. A sua finalidade é a promoção da qualidade de vida, a reabilitação, inserção ou reinserção social e ou familiar, ou seja, prestar cuidados individualizados eficientes e de qualidade. Para tal, tem como horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 09H00 às 17H00 e aos sábados, domingos e feriados, em consonância com as necessidades.

Tive a oportunidade de constatar que ao nível dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), os profissionais regem-se pelo princípio basilar que o cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas. Cabe à família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado. Cuidar de um familiar dependente pode apresentar-se como uma tarefa difícil de desempenhar continuamente. Muitas vezes, representa a necessidade de uma reorganização familiar, alterando muitos aspetos da vida do cuidador, comprometendo muitas vezes o bem-estar (Sarmiento et al, 2010). Os cuidadores familiares representam novos desafios para a sociedade. Enfrentam diariamente situações novas de sobrecarga física, psicológica e social, capazes de desencadear mudanças ao nível da sua qualidade de vida. Assim, a prevenção de situações extremas, requer por parte da equipa pluridisciplinar uma atenção redobrada, uma vez que deles depende a saúde dos utentes a quem prestam cuidados e a sua permanência no seio familiar. Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos nós, bem como dos decisores políticos. De entre as incapacidades que podem levar a que alguém precise de um cuidador informal contam-se, por exemplo, doenças crónicas, deficiências físicas ou psíquicas parciais ou totais, temporárias ou definitivas. A ECCI da UCC articula-se com todas as unidades funcionais do Centro de Saúde e com as restantes unidades (USP e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, URAP), bem como com o Hospital Distrital e com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho.

Esta unidade funcional dispõe ainda de outros serviços, nomeadamente:

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), como forma de garantir as condições de desenvolvimento das capacidades das crianças entre os 0 e 6 anos de idade, que apresentam funções ou estruturas do corpo que limitam o seu crescimento/desenvolvimento.

Estas crianças/jovens requerem cuidados para assegurar as suas necessidades básicas ou cuidados complexos, de forma a garantir a sua sobrevivência. Pude constatar, ao longo do EC que esta é também uma prioridade, com intervenções promotoras do envolvimento e da participação dos pais nos cuidados de saúde, as quais devem ser personalizadas e flexibilizadas de acordo com os seus pontos fortes e as suas necessidades. Para tal, realiza-se visitação domiciliária e apoio institucional das crianças sinalizadas; elaboração do plano de intervenção infantil precoce com a família; encaminhamento para outros serviços; colaboração na realização do Plano Educativo Individual (PEI), quando a criança transita para outro nível de ensino; sensibilização dos profissionais de saúde para o processo de encaminhamento para as Equipas Locais de Intervenção (ELI); discussão de casos em reunião multidisciplinar. Constatei que quando os pais e os elementos que constituem a equipa trabalham em conjunto, aproveitando todas as oportunidades que fortaleçam a relação de parceria, obtêm-se ganhos em bem-estar e qualidade de vida, promovendo o desenvolvimento integral da criança/jovem e da família;

Centro de Atendimento a Jovens (CAJ), que se assume como uma resposta às necessidades dos jovens, na faixa etária dos 12 aos 24 anos, residentes no concelho, concebendo novas formas de acessibilidade, através de um serviço apropriado e pertinente que sirva os seus interesses, cuja finalidade consiste na obtenção de ganhos em saúde. A sua existência é justificada pelas características próprias da população adolescente, que se sente mais segura e à vontade em espaços distintos dos frequentados por adultos. Esta valência é uma mais-valia numa zona cuja população estudantil se encontra deslocada das suas equipas de saúde familiar. Em decorrência da falta de recursos humanos nas equipas e de preparação específica que é necessária para intervir neste grupo populacional, os próprios profissionais consideram o CAJ como sendo um local de referência. A equipa que constitui o CAJ é constituída por uma médica do ACES, uma enfermeira licenciada em Psicologia, uma nutricionista da URAP e por enfermeiros especialistas da UCC;

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), que consiste num projeto integrado no Programa Nacional “Maus tratos em Crianças e Jovens - Intervenção de Saúde” da Direção-Geral da Saúde, intervindo na primeira linha da promoção e proteção das crianças e jovens em risco e visa detetar, sinalizar, acompanhar e dar o devido encaminhamento às situações em que existe suspeita, risco/perigo ou em que seja constatada uma situação de maus tratos

ou negligência numa criança ou num jovem. Intervém de forma multidisciplinar na criança/família ou encaminhamento apropriado em conformidade com cada situação;

A UCC integra a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), estando representada por uma enfermeira, que participa nas distintas atividades e faz acompanhamento de casos. A CPCJ é uma equipa multidisciplinar de profissionais ligados a várias instituições públicas e cuja coordenação está a cargo de uma representante da Câmara Municipal.

A área de abrangência da UCC é de 380km<sup>2</sup>, totalizando 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), USP e URAP, bem como em parceria com organizações da comunidade, grupos formais ou informais, Autarquia, IPSS, empresas e outros recursos da comunidade.

No que se refere às dotações seguras, tendo em conta o índice populacional do concelho, já referido anteriormente, 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. Este fator é importante dado que as dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos utentes, da vida profissional dos enfermeiros e dos resultados da organização.

Neste EC integrei a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de empatia e reciprocidade com os diferentes elementos que a constituem. Pautei-me pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem, promovi a humanização dos cuidados prestados tendo em consideração as particularidades de cada utente/família, o que resultou num aprimoramento das competências relacionais e comunicacionais, científicas e técnicas adequadas às pessoas, grupos e comunidades, visando a criação de uma relação de confiança e entre ajuda. Neste meu percurso posso dizer ainda que apesar da questão da vacinação ter sido um constrangimento para a realização de algumas atividades uma vez que demonstrou ser uma atividade que absorveu grandemente a equipa de enfermagem, também se constituiu numa valorização da enfermagem neste contexto específico de saúde comunitária e de saúde pública.

Sob um olhar retrospectivo, posso dizer que, quando iniciei os EC, levava comigo uma mescla de sentimentos, alguns receios e ansiedade, pois iria entrar em contacto com uma nova

realidade de prática de enfermagem, uma vez que desempenho funções no Instituto Português do Sangue e da Transplantação – Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra. Levava também comigo uma expectativa positiva, que com o passar do tempo se confirmou, o que se deveu ao acolhimento, integração na equipa, bem como à partilha de saberes dos elementos que a constituía. Foi também importante o contacto com os utentes/grupo/comunidade, seguindo o Modelo de Enfermagem de Orem (2001), uma teoria de longo alcance, pois abarca um vasto âmbito com conceitos gerais aplicáveis a todas as instâncias de enfermagem. Para Orem (2001), os cuidados são justificados pela ausência ou limitação na capacidade da pessoa para manter a quantidade e a qualidade de autocuidado necessário. A ação dos enfermeiros é ainda fundamentada pela necessidade das pessoas em incorporar medidas prescritas de autocuidado que exigem conhecimento e habilidades especializadas, adquiridas através do treino e experiência (Orem, 2001).

Foi também importante ter tido a oportunidade de apoiar e orientar utentes/família nas suas transições, tendo-me apoiado também na Teoria das Transições de Meleis, que permite ao enfermeiro fornecer um quadro para identificar a experiência das pessoas que têm de enfrentar, viver e lidar com uma situação que requer o desenvolvimento de novas competências e comportamentos (Meleis, 2015). Esta teoria revela-se uma solução para muitos problemas, sendo exemplo, a pessoa dependente e seus familiares/cuidador informal, para aprenderem a lidar com o stress e obter informações, ensinamentos e treino. Neste contexto, dei visibilidade à Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), uma vez que propõe um modelo geral composto por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, tendo-se constituído como quadro de referência para a minha prática ao longo do EC.

Ambas as teorias defendem que a prática de enfermagem é destinada para definir as mudanças na vida das pessoas e melhorar a sua saúde. Assim, cabe aos enfermeiros, no caso concreto Especialistas em Enfermagem Comunitária, pelas competências que possuem ajudar e capacitar os utentes/cuidador principal no processo de transição do hospital para o domicílio, desenvolvendo diferentes métodos de intervenção individualizada ou seja, tendo em conta as características desta diáde. A transição de um hospital para o domicílio é um processo comum de cuidados, vivenciado por muitas pessoas, particularmente na população idosa e seus cuidadores informais. Este processo de transição é frequentemente

experimentado como fragmentado e é acompanhado de resultados negativos tanto para as pessoas idosas, como para os cuidadores informais (Groenvynck et al., 2022). Devido ao papel central que os cuidadores informais desempenham, é crucial capacitá-los ao longo de todas as fases da transição e, no caso concreto, diagnosticar os fatores condicionantes básicos ou seja, os fatores internos ou externos aos cuidadores informais que afetam a sua capacidade de promover os autocuidados à pessoa de quem cuidam, como postula Orem (2001). Neste sentido, ter-me guiado por esta teoria permitiu através da aquisição de competências e do desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos, implementar um programa de capacitação dos cuidadores informais e ter recorrido a estratégias para a promoção dos autocuidados, para que esses pudessem enfrentar o desafio que é cuidar de uma pessoa dependente no domicílio.

## **2. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM (TDAE) DE DOROTHEA DE OREM**

O exercício profissional dos enfermeiros integra um conhecimento disciplinar, apoiado pelas teorias de enfermagem que o distingue das outras profissões das ciências da saúde. O conhecimento disciplinar existente, muito dele produzido pela investigação, integra teorias e modelos com diferentes representações da enfermagem, sendo fundamental integrar na prática de enfermagem referenciais teóricos.

Como referem Santos et al. (2022, p. 1), “as teorias de enfermagem são capazes de sustentar a construção da identidade da profissão e favorecer a expansão enquanto ciência e disciplina”. As teorias de enfermagem são o principal meio de progredir o corpo de conhecimentos em enfermagem (Santos et al., 2022). Permitem a construção da identidade da profissão para promover o conhecimento sobre a natureza da enfermagem, desenvolvendo as especificidades científicas desta área e representam simbolicamente a realidade a descrever, explicar, prever ou prescrever fenómenos e as suas relações (Meleis, 2012). As Teorias/Modelos de Enfermagem fornecem estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem (Santos et al., 2022) e permitem a distinção entre enfermeiros e outros profissionais de saúde. Proporcionam visibilidade ao processo de trabalho e a autonomia na prestação de cuidados, na qual a elaboração do processo de trabalho ganha maior espaço e dá lugar a reflexões, dada a necessidade da enfermagem para alcançar o estatuto de ciência (Santos et al., 2022).

Rumo à autonomia profissional no contexto do EC, recorri, tal como já referido anteriormente a um pensamento teórico de enfermagem com base no referencial teórico de Orem (2001), particularmente como forma de consubstanciar o projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados na área da capacitação dos cuidadores informais para prestação de cuidados. Por outro lado, e sendo uma das competências específicas do EEECSOSP, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, este modelo teórico constituiu-se como uma ferramenta de planeamento de intervenções de grande importância.

Orem (2001) defende que a enfermagem pertence à família de serviços de saúde organizados para oferecer assistência a pessoas que têm necessidades legítimas de diferentes formas de

atendimento direto, devido ao seu estado de saúde ou à natureza das suas necessidades de cuidados de saúde. Como outros serviços diretos de saúde, a enfermagem tem atividades características sociais e interpessoais que caracterizam a relação de ajuda entre quem necessita de cuidados e aqueles que prestam os cuidados necessários e o que distingue esses serviços de saúde uns dos outros é a ajuda que cada um oferece.

É neste contexto que surge o autocuidado, um conceito central na TDAE. Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e a desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. A teórica considera a TDAE uma teoria geral constituída por três teorias inter-relacionadas: 1) a Teoria do Autocuidado, que se refere ao porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descreve e explica as relações a serem criadas e preservadas para que se possa gerar enfermagem (Tomey & Alligood, 2014).

A Teoria do Autocuidado abarca o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado consiste numa função humana reguladora que as pessoas desempenham de forma deliberada por si próprias ou que alguém a execute por elas como forma de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua consciente, controlada, intencional efetivamente, alcançando a real autonomização, designa-se de atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2014).

Neste contexto, Queirós et al. (2014, p. 160) referem que “a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio face a situações de transição”, nas quais não se consegue adaptar de forma favorável. Assim, de acordo com Queirós et al. (2014, p. 160), “a capacidade de adquirir ou de recuperar o autocuidado, por ação própria ou de terceiros, ocorre em três fases dependentes”. Na primeira fase, segundo os autores citados, denominada de “autocuidado estimativo”, determina-se o que deve ser feito para que se recupere o autocuidado; na segunda fase, “autocuidado transitivo”, são reconhecidas as diversas escolhas para a recuperação do autocuidado, selecionando-se a mais favorável; na terceira e última fase,

“autocuidado produtivo”, constata-se a capacidade real para o autocuidado na qual a pessoa revela a capacidade para cuidar de si. Para os mesmos autores, a capacidade de autocuidado só é assegurada quando a pessoa se revela “capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar”.

Estes pressupostos remetem para o conceito de transição de Meleis, na medida em que o mesmo é definido como uma modificação considerável na pessoa, quando está exposta a estímulos e novos conhecimentos, podendo redundar num novo comportamento ou numa outra definição de si mesma no contexto social. Assim, como salientam Queirós et al. (2014), ao longo da vivência de uma transição, a capacidade que a pessoa possui para delimitar e gerir as suas necessidades e para construir respostas adaptativas pode estar alterada sendo deste modo, necessário um período de adaptação ou ajustamento, o que pode concretamente ser transposto para a capacitação dos cuidadores informais para prestarem cuidados à pessoa dependente.

O autocuidado é um conceito central para a disciplina de enfermagem e por consequência para o exercício profissional dos enfermeiros. Segundo Orem (2001), o autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. Compreende as ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana.

Tendo em conta que Orem (2001), defende que o autocuidado é uma função humana reguladora, que necessita de ser aprendida e desenvolvida, é fundamental que o Enfermeiro Especialista intervenha para suprir as necessidades reguladoras dos indivíduos, partindo do pressuposto de Orem (2001) que toda a pessoa é capaz de se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida. Quando a pessoa não tem capacidade para se autocuidar necessita que outros desempenhem por ela as funções ou atividades de autocuidado. Se estas forem concretizadas pela ação profissional dos enfermeiros, então estes são denominados de agentes terapêuticos de autocuidado. Assim, de acordo com Orem (2001), a missão da enfermagem é ajudar a pessoa, doente ou saudável, a recuperar ou manter a independência no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde, desenvolvimento e bem-estar. Para a autora, o autocuidado é uma função

humana reguladora, que vai sendo adquirida ao longo da vida, de forma contínua, dependendo e variando com as necessidades dos indivíduos, ou seja, não é intrinsecamente inata. Quer isto dizer, que a pessoa vai adquirindo aptidões que lhe possibilitam ser autónoma e ser o agente do autocuidado.

Um dos conceitos centrais desta teoria é a ação do autocuidado, que representa as atividades desempenhadas pelas pessoas, de forma deliberada para cuidar de si próprias, para a manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como do seu desenvolvimento e bem-estar. A ação de autocuidado é uma ação voluntária, controlada e intencional que envolve a tomada de decisão. Varia em função do estágio de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, desde a infância até à velhice, é condicionada pelo estado de saúde e pelas experiências de vida, sendo influenciada pelas crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo, ao qual pertencem os indivíduos (Orem, 2001). A autora refere que a ação de autocuidado e o poder de se envolver no autocuidado desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo de aprendizagem. O seu desenvolvimento é ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiências na realização das atividades do autocuidado (Orem, 2001).

A capacidade de autocuidado é outro dos conceitos centrais desta teoria, reportando-se à capacidade de desempenho adquirida e utilizada pela pessoa para efetuar as atividades do autocuidado. A capacidade para o autocuidado, o tipo e a quantidade de cuidado necessário estão relacionados com os fatores condicionantes básicos, que podem ser internos ou externos ao indivíduo (Orem, 2001). Estes fatores são: a idade; o sexo; o estado de desenvolvimento; o estado de saúde; fatores socioculturais, familiares e ambientais; os fatores associados ao sistema de saúde; os padrões de vida, incluindo o envolvimento em atividades do dia-a-dia, e a adequação e disponibilidade dos recursos.

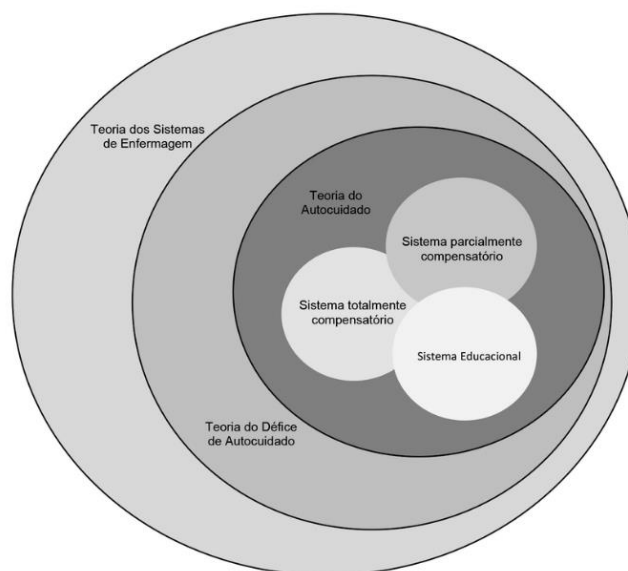
O défice de autocuidado é outro conceito central da teoria de Orem, correspondendo à relação entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Este conceito é orientador, pois é mediante a identificação deste défice que os enfermeiros intervêm. Neste sentido, são necessários cuidados de enfermagem quando existe um défice entre aquilo que a pessoa consegue realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para

manter o funcionamento desejado. Nesta sequência, o enfermeiro atua com o intuito de minorar os prejuízos do déficit, agindo sobre e com a pessoa dependente e/ou o seu familiar cuidador (Orem, 2001).

Face ao exposto, pode dizer-se que a enfermagem e os cuidados que concretizam a sua natureza particular devem manifestar-se sempre que a pessoa não apresente a capacidade para responder às suas necessidades do autocuidado. Assim, a intervenção de enfermagem é uma exigência quando há um déficit de autocuidado.

De acordo com Orem (2001), os sistemas de enfermagem são métodos de ação, concebidos e executados por enfermeiros para equilibrar o déficit de autocuidado, sendo baseados nas necessidades de autocuidado e no potencial da pessoa para o desempenho das atividades do autocuidado (Figura 1).

**Figura 1-Modelo de Dorothea Orem**



**Fonte:** Adaptado de Orem, D. (2001).

Segundo a mesma autora, os sistemas podem ser:

- 1) Sistema Totalmente Compensatório: quando a pessoa é incapaz de executar qualquer tipo de autocuidado, sendo socialmente dependente de outro para a sua sobrevivência e bem-estar;
- 2) Sistema Parcialmente Compensatório: ambos (enfermeiro/pessoa) partilham a responsabilidade de satisfazer as necessidades de autocuidado. O cuidado prestado pelos

enfermeiros é aceite pela pessoa, sendo a sua função compensar as limitações da pessoa e a sua ação profissional passa por realizar algumas tarefas de autocuidado;

3) Sistema de Apoio/Educação: a pessoa possui capacidade para o autocuidado ou tem condições para o fazer no futuro, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado. Ocorre nas situações em que a pessoa é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência.

Neste sentido, pode concluir-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem competências que lhe permitem desempenhar vários papéis mediante as respostas que são dadas pelas pessoas, sendo que um dos fatores fundamentais na sua atuação é o estabelecimento e a manutenção de uma filosofia que favoreça o autocuidado. Nesta teoria, Orem (2001) descreve o papel primordial da Enfermagem no auxílio do indivíduo na promoção do autocuidado, identificando cinco métodos de ajuda: 1) executar ou agir, substituindo o indivíduo naquilo que ele não pode fazer; 2) orientar e encaminhar; 3) proporcionar apoio físico e psicológico; 4) favorecer um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar. Para Orem (2001), a Enfermagem é uma arte através da qual o enfermeiro proporciona assistência especializada às pessoas com incapacidades, a fim de satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Orem, 2001).

### 3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

#### 3.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Citando o Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento no 140/2019, p. 4744), Enfermeiro Especialista é,

*“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.*

As competências comuns são 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. Os enfermeiros, nas suas diversas áreas de especialidade partilham quatro domínios comuns transversais a todos os contextos de prestação de cuidados: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados e Domínio das Aprendizagens Profissionais. Todavia, apesar dos domínios serem “comuns”, em cada uma das especialidades estas competências são de aplicação específica, de forma que cada uma das especialidades terá uma abordagem diferente fazendo diferença nos contornos da sua realização, considerando as características da respetiva *praxis* clínica. Os objetivos gerais dos ensinamentos clínicos consistem no desenvolvimento de competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista em USP e UCC, bem como o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública. É também importante destacar a importância da prática baseada em evidências, que consiste na integração da perícia clínica/parecer do enfermeiro especialista; os conhecimentos, julgamento e raciocínio crítico adquiridos através da formação e das experiências profissionais e a evidência (externa e interna à prática) (Melnyk et al., 2010). Procurei sempre as melhores informações disponíveis na literatura científica, como evidências externas, bem como realizei o diagnóstico de saúde dos utentes, no caso

concreto dos cuidadores informais, o que se constituiu como uma evidência interna, inerente à minha prática durante o EC. Assim, quando os três componentes da prática baseada na evidência são considerados em conjunto, os enfermeiros podem tomar decisões informadas e baseadas em evidências e promover intervenções de elevada qualidade, que reflitam os interesses, valores, necessidades e escolhas dos utentes.

### 3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A investigação em enfermagem é uma “atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade” (Martins, 2008, p. 62). Obedece a estas exigências e requisitos, e também aos princípios éticos gerais, uma vez que se situa nas ciências humanas sendo que o bem-estar, os direitos e integridade das pessoas sujeitas ao estudo, são preocupações acrescidas por parte dos enfermeiros investigadores (Nunes, 2013). Neste estudo, relativamente aos utentes dependentes no autocuidado e seus cuidadores, respeitaram-se os seguintes princípios éticos: o princípio da não maleficência; o princípio da fidelidade; o princípio da veracidade; o princípio da justiça e o princípio da confidencialidade (Nunes, 2013; OE, 2015c).

Para garantir os princípios éticos e direitos acima mencionados, elaborei um pedido de parecer à Comissão de Ética (ANEXO I), pedido de autorização ao Conselho de Administração da ARS Centro (ANEXO II), com aprovação necessária para prosseguir com o presente estudo, bem como elaborei uma declaração de consentimento informado (APÊNDICE I), por forma a obter um consentimento formal da participação livre, voluntária e esclarecida dos participantes. Estas atividades estão em conformidade com uma das competências do enfermeiro especialista, que consiste na responsabilidade profissional, ética e legal, estando esta também implícita na minha prática profissional em USP e UCC. Tive também a preocupação por uma intervenção que respeitasse os princípios éticos. Neste âmbito, omiti a identidade dos locais de EC e respetivos elementos inerentes aos mesmos, traduzindo-se numa conduta responsável.

Tal como se encontra definido na Constituição da República Portuguesa no artigo nº 64, “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, e segundo a Lei

de Bases da Saúde, a promoção da saúde e prevenção da doença é uma prioridade no planeamento das atividades (Lei de Bases da Saúde, lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Base II alínea a), devendo o enfermeiro atuar segundo os princípios sociais e éticos que regem a profissão de Enfermagem. Durante os dois EC prestei cuidados ao utente/família, de acordo com os princípios éticos e deontológicos definidos pela OE (2015), atendendo às suas necessidades e respeitando a sua individualidade.

Os enfermeiros são diariamente confrontados com problemas ético-legais, o que pode ser gerar sentimentos de frustração, angústia e impotência. A constante necessidade de estabelecer prioridades e tomar decisões avés, faz com que este profissional de saúde, cada vez mais, reflita sobre as suas responsabilidades, dilemas éticos e relacionais. Em termos do Código Deontológico de Enfermagem, definem-se os princípios gerais que regem a enfermagem bem como um conjunto de deveres e direitos do enfermeiro intrínsecos à sua prática profissional. Importa referir que as intervenções de enfermagem prestadas a cada pessoa/família incluem valores universais, nomeadamente a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, visando sempre o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Como tal, esta competência comum do enfermeiro especialista reflete a sua prática principalmente no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, indo ao encontro do preconizado pela OE ( Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022, p. 180), no seu Artigo 4.º Responsabilidade e autonomia, onde é referido que “o enfermeiro, no seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão”.

Durante os EC procurei sempre pautar a minha prática por valores legais, éticos e deontológicos, mantive sempre presente o respeito pelo princípio da autonomia, beneficência e justiça, direitos e deveres dos doentes, bem como pelas normas deontológicas que regem a profissão. Realizar os EC em dois campos distintos permitiu-me uma melhor adaptação às realidades distintas mantendo sempre o foco principal no utente/família/cuidador. Respeitei sempre a segurança das informações transmitidas e assumi uma postura de competência, onde a responsabilidade, assiduidade e pontualidade estiveram presentes.

### 3.1.2. Melhoria da qualidade contínua

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão pressupondo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho). O mesmo despacho refere ainda que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001 e refletem essa necessidade e preocupação, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros. De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 96),

*“a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde”.*

Por conseguinte, preconiza que “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua”. Falar de qualidade dos cuidados é falar de pessoas: das pessoas utilizadoras e prestadoras de cuidados. Neste sentido, ao longo dos dois EC e no que respeita à competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, tendo em conta todas as atividades realizadas, e todo o trabalho desenvolvido na prática especializada, foi sempre realizado em colaboração com a equipa multidisciplinar da USP e UCC. À medida que ia ganhando prática especializada, fui participando ativamente em programas de melhoria contínua da qualidade.

É de salientar também que o projeto levado a cabo, “Capacitar para cuidar – Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC”, também foi ao encontro de uma necessidade de melhoria de qualidade na Unidade, estando inerente a necessidade de continuidade da prestação de cuidados. Este projeto foi uma forma de responder às necessidades do serviço na melhoria dos cuidados na UCC. O meu projeto decorreu de um

diagnóstico de situação, mas também respondeu às necessidades da UCC que, na sua missão, apoia grupos vulneráveis, entre eles os cuidadores informais. Este projeto potenciou o aumento dos indicadores de acesso dos utentes, pelo número de contactos. Tudo este processo só foi possível com um trabalho colaborativo dos enfermeiros da UCC, Enfermeiras Supervisoras e colega de estágio, sendo este um dos objetivos da Unidade.

### 3.1.3. Gestão dos cuidados

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem,

*“gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”* (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, Artigo 7.º, p. 4745).

Estas competências passam quer pela gestão de recursos humanos, quer pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Ainda em conformidade com a OE, o enfermeiro especialista “supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748). Esta unidade de competência, compreende a aplicação da “legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados”; implementação de “métodos de organização do trabalho adequados”; coordenação da “equipa de prestação de cuidados”; negociação dos “recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade” e utilização dos “recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (p. 4748).

É previsto que o enfermeiro especialista, independentemente da sua área de atuação, faça uma gestão adequada dos cuidados, para otimizar a resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com a equipa multiprofissional, como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas confiadas. Muitas vezes com limitação de recursos quer a nível material, físico ou humano, têm de desenvolver um trabalho de gestão de todos os problemas observados ao longo da sua prática profissional. Neste sentido, realizei sempre um trabalho

de forma autónoma e dinâmica, tendo a oportunidade de participar na tomada de decisões, colaborar com toda a equipa multidisciplinar, ajudar a otimizar o trabalho e a adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados, sempre com a finalidade de promover um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Considero, que em ambos os EC demonstrei constantemente a capacidade de trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade de cuidados. Todavia, no âmbito deste domínio, posso referir que a gestão de cuidados nem sempre é uma tarefa fácil. Como tal, o trabalho em equipa assumiu-se como elemento-chave para que pudesse alcançar a excelência nos cuidados prestados. Durante os EC, procurei otimizar a gestão de recursos materiais e equipamentos em função das situações, demonstrando disponibilidade, iniciativa e criatividade para trabalhar em equipa. Sempre procurei desenvolver a nível individual estratégias e competências que me permitissem uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a elaboração, a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. Assim, tive a necessidade de aprimorar competências no que concerne à gestão dos cuidados, quer no tempo, materiais ou prioridades, sendo exemplo disso ter liderado o processo de condução do projeto “Capacitar para cuidar – Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC”, que se constituiu como uma prioridade da UCC. Neste âmbito, revelou-se muito importante ter por base a teoria de enfermagem de Orem (2001), uma vez que os utentes e cuidadores informais precisam de motivação, experiência e capacitação para executar os comportamentos que são necessários para manter e melhorar a sua saúde e qualidade de vida, estando todos eles enraizados no conceito de autocuidado. Com base na teoria de enfermagem de Orem, procedi à capacitação dos cuidadores informais ao nível do autocuidado, a fim de que estes pudessem manter, restaurar ou melhorar a saúde da pessoa dependente e a sua própria saúde, vendo esta díade, não como meros destinatários de serviços de saúde, mas antes como seres humanos que necessitam de apoio para satisfazer as suas necessidades. Todo este processo passou pelo desenvolvimento de um papel ativo, tendo assim, liderado o meu projeto, o que implicou a gestão dos contatos em articulação com todos os elementos de forma a concretizar a intervenção. Estas atividades fizeram-me ter ainda mais consciência que a gestão também se prende com a priorização das necessidades dos utentes e a garantia da sua segurança. Deste modo, saliento a demonstração da minha capacidade de priorização na tomada de

decisão no decorrer do projeto, na integração das atividades e capacidade de gestão de tempo, o que também envolveu a gestão da minha vida pessoal, profissional e como estudante.

#### 3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Em qualquer um dos EC procurei desenvolver as competências recomendadas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, tendo como linha orientadora o preconizado pelo Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (2011, p. 8649), segundo o qual, o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” Aprender é inerente ao ser humano. A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao utente/família/grupo/comunidade, possibilitando uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente seguro. Só deste modo, é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades dos utentes e sua família. Assim, no domínio das aprendizagens profissionais, houve a oportunidade de desenvolver o autoconhecimento, a autoconfiança, a autoestima, salientando que a prática clínica foi sempre baseada em relevantes modelos de conhecimentos e na constante evidência científica. Este domínio é essencial para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados.

A consciência profissional decorrente dos distintos desafios da *praxis* despoleta a necessidade da construção de saberes, novas aprendizagens e um aprimorar de competências. É comum dizermos que “estamos sempre a aprender” ou que o “saber não ocupa lugar”. De facto, a aprendizagem tem um papel primordial no desenvolvimento e na construção de uma identidade ao nível da ciência e da disciplina de Enfermagem. Importante também referir que a prática baseada em evidências científicas tem vindo a ganhar ímpeto na Enfermagem. Os resultados da investigação, os conhecimentos da ciência, os conhecimentos clínicos e a opinião de especialistas são todos considerados “evidência”. Todavia, as práticas baseadas em evidências da investigação são mais suscetíveis de originar resultados desejados em vários cenários (Lehane et al., 2018, p. 2). A prática baseada em evidências exige mudanças e mais

investigação relevante para a prática profissional. Esta proporciona oportunidades para que os cuidados de enfermagem sejam mais individualizados, mais eficazes, racionalizados e dinâmicos e para maximizar os efeitos do julgamento clínico (Abu-Baker et al., 2021). Em conformidade com os mesmos autores, quando a evidência é utilizada para definir as melhores práticas em vez de apoiar as práticas existentes, os cuidados de enfermagem acompanham os últimos avanços e tiram partido dos novos desenvolvimentos do conhecimento, tendo sido este o caminho seguido na componente investigativa.

Para alcançar esta competência, foi de grande importância as reflexões com a enfermeira orientadora, com os restantes elementos da equipa de enfermagem e com a colega de estágio, tendo como premissa que o desenvolvimento profissional só ocorre quando há reflexão interpares e autorreflexão, resultando na minha própria metamorfose, tornando-me ainda mais numa profissional reflexiva na ação, sobre a ação e para a ação. O desenvolvimento profissional em enfermagem é definido por normas, baseadas na investigação e é fundamental para a qualidade dos resultados dos utentes e da própria instituição de saúde. Neste sentido, procurei aproveitar todas as oportunidades promotoras de desenvolvimento de aprendizagem profissional, tendo participado num Congresso de Cuidados de Saúde Primários, promovido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde, XX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde, entre 29 a 30 de setembro de 2022, sob o lema “20 Anos de História... Um Compromisso para o Futuro”. Tive também a oportunidade de assistir a um Seminário sobre como realizar uma revisão sistemática da literatura e revisão integrativa da literatura, uma aprendizagem que serviu para a realização de uma revisão integrativa da literatura com o tema “Intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados”, que serviu para verificar o que as evidências mostram sobre as intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco nessa capacitação, área do meu projeto de intervenção (APÊNDICE II). A este propósito considero que esta competência aplicada à enfermagem, como defende Phaneuf (2005, p. 3), implica necessariamente “duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais da enfermeira e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem”. Assim sendo, concluo que qualquer competência que adquiri não surgiu simplesmente do acumular de conhecimentos e de capacidades, mas também a minha capacidade de utilizar e transferir

esses conhecimentos, como foi espelhado na capacitação dos cuidadores informais para o autocuidado da pessoa dependente. Phaneuf (2005), defende que, na formação em enfermagem a aquisição de competências é um fim *major* a alcançar, a seguir e a enriquecer. Como tal, a minha aquisição de conhecimentos e competências deverão ser sempre uma construção contínua ao longo da minha vida profissional pois, este não é um processo que se concretize num só momento, num “aqui e agora”, estando também consciente que as competências e conhecimentos que adquiri ao longo dos EC necessitam de contínua atualização.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Antes de iniciar este subcapítulo, importa referir que as competências específicas do EEECSOSP capacitam-no e operam nele transformações nomeadamente, na sua forma de compreender e exercer as suas funções, através da aquisição de novos conhecimentos e competências. Deste modo, é pertinente referir que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, pelas qualificações específicas que possui, atua com capacidade crítica, contribui para a resolução de problemas, promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente/família/comunidade. Este profissional de saúde ajuda cada USP e UCC a cumprirem a sua missão crucial, que consiste em proteger e elevar o estado de saúde da população residente na área geográfica do ACeS onde estão inseridas.

Assim, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEECSOSP (OE, Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), é esperado que o enfermeiro desenvolva as seguintes competências:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Artigo, 2.º, p. 19354).

O conjunto destas competências pretendem promover o posicionamento dos enfermeiros para a certificação das mesmas. Neste subcapítulo, apresento uma análise crítica relativa ao desenvolvimento de competências, fundamentando este processo nas atividades que tive oportunidade de concretizar. Desenvolver competências especializadas requer investimento, dedicação e proatividade. Assim, adotei desde o início uma postura crítica e reflexiva, tentei estabelecer pontes de ligação entre a teoria e a prática de forma a alcançar uma aprendizagem pertinente e fundamentada. Por conseguinte, começo por referir que na USP e na UCC, ao longo dos EC, consegui desenvolver as competências que a seguir apresento.

### 3.2.1. Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, enquanto área especializada de Enfermagem, tem competências claras e publicadas no quadro legislativo português. Entre muitas outras intervenções fundamentais nesta área, é parte inclusiva das competências do EEECSOSP a avaliação do estado de saúde da comunidade, procedendo à elaboração do diagnóstico de saúde da mesma, integrando o conhecimento sobre determinantes da saúde na conceção deste diagnóstico, variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da Saúde e identificando as necessidades em saúde de grupos e comunidades, entre outros. (OE, 2015).

Desta forma, ao longo do EC tive a oportunidade de desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária para Cuidadores Informais na UCC – Capacitar para Cuidar, sendo este um tema pertinente que merece ser trabalhado na área da vigilância epidemiológica na UCC. Assumir o papel de cuidador informal pode colocar/causar sobrecarga física e psicossocial. Por conseguinte, devem ser diagnosticadas as suas necessidades para que se possam desenvolver intervenções destinadas a capacitar os cuidadores informais. A capacitação refere-se a um processo de promoção da saúde que inclui estratégias para melhorar os comportamentos de autocuidados, a gestão do stresse e promover a capacidade de prestação de cuidados. Como tal, assumi como pertinente, face à realidade observada no EC na USP, fazer um diagnóstico da situação, ou seja, uma avaliação das necessidades da pessoa dependente no autocuidado e avaliar as capacidades do cuidador informal em relação às intervenções nos autocuidados:

alimentação, cuidados de higiene e conforto, higiene sanitária, vestir e despir, mobilidade e transferência; gestão de sintomas, medicação e comunicação. Neste âmbito e como forma de capacitar os cuidadores informais, foram realizadas sessões de educação para a saúde com os cuidadores informais, com intervenções nos referidos autocuidados. Para além do diagnóstico da situação, baseei as minhas intervenções em evidências científicas de elevada qualidade, tendo mobilizado pesquisas, o que no caso concreto se traduziu na realização da revisão integrativa da literatura intitulada “Intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados”, que em muito me ajudou para a escolha de estratégias, sem descurar a articulação com as unidades, UCC e USP, na ligação entre o diagnóstico e a intervenção.

Acresce também referir, como referem Queirós et al. (2014, p. 157), a “enfermagem, enquanto ciência humana prática, cria e utiliza um corpo de conhecimento exclusivo, afirmando-se como uma disciplina científica com características próprias” e o “pensamento teórico tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual, gerando teorias e conceitos com valor interpretativo daquilo que os enfermeiros fazem”. Neste âmbito, alicercei-me fundamentalmente na Teoria do Autocuidado de Orem (2001), uma vez que esta abarca o autocuidado, a atividade de autocuidado e exige uma intervenção adequada às necessidades dos utentes, que no caso foram os cuidadores informais, população alvo do meu projeto.

### 3.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

No EC da UCC, promovi “a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos” (OE, Regulamento n.º 428/2018, 16 de julho de 2018, p. 19356). Desta forma, é esperado que o enfermeiro lidere “processos comunitários; processos de mobilização e participação comunitária; gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades”. Neste pressuposto, e em complementaridade do domínio da metodologia do Planeamento em Saúde, ou seja, após a avaliação do estado de saúde dos cuidadores informais, com intervenções nos autocuidados, anteriormente referenciado, como estratégia para a capacitação na prestação dos cuidados. Este tipo de intervenções assume grande relevância, sobretudo num mundo que se depara com muitas modificações sociodemográficas, tais como uma esperança média de vida aumentada e a presença de

doenças crónicas e não transmissíveis, um panorama mundial, não sendo Portugal exceção. Estas alterações associam-se à sobrevivência da pessoa, à presença de morbilidades e, portanto, a um aumento da dependência de outros (Dixe et al., 2019). Em última análise, estes fenómenos geram tensões significativas nos serviços de saúde. Por conseguinte, é importante promover o envelhecimento com melhor qualidade de vida, mais autonomia e independência. Embora o envelhecimento esteja correlacionado com uma situação de dependência, uma pessoa dependente não é necessariamente uma pessoa idosa. A dependência no autocuidado não é exclusiva da pessoa idosa e pode estar relacionada com qualquer pessoa com uma doença, em qualquer idade da sua vida. Uma pessoa dependente consiste em alguém com capacidade limitada ou incapacidade de iniciar e realizar um conjunto de atividades necessárias para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, sem a ajuda de outra pessoa (Dixe et al., 2019). Diz respeito a ações básicas em atividades da vida diária, tais como comer, tomar banho, cuidados pessoais, higiene, a capacidade de se posicionar, caminhar, transferir ou mesmo a utilização da casa de banho. Um dos mais importantes desafios para o futuro é melhorar a capacidade da pessoa dependente para poder viver de forma tão independente quanto possível no seu *modus vivendi* habitual e a sua capacidade de realização das ações básicas relacionadas com o autocuidado. Constatei junto de cuidadores informais, ao longo do EC, que a transição dos cuidados do hospital para o domicílio é um desafio para os profissionais de saúde e a pessoa dependente e o cuidador informal deparam-se, muitas vezes com várias dificuldades, particularmente em relação aos autocuidados. Assim, capacitar a pessoa dependente e o seu cuidador informal para os autocuidados, assumiu-se como uma das estratégias promotoras da qualidade de vida desta idade. Neste âmbito, alicercei as minhas intervenções no pressuposto defendido por Orem (2001), segundo a qual, a intervenção de enfermagem é uma exigência quando há um défice de autocuidado, bem como na Teoria das Transições de Meleis. Meleis et al. (2000) postulam que os enfermeiros têm de ter sempre em consideração a premissa de que as transições nem sempre são simples, o que implica saber se as transições são numerosas, sequenciais ou até simultâneas, o que lhes permite compreender as transições vividas pela pessoa a quem presta cuidados, bem como compreender se esses processos de transição estão relacionados. Os mesmos autores apontam que existem vários fatores que aprimoram ou inibem qualquer tipo de transição. Um desses fatores é a preparação e o conhecimento, onde o tempo suficiente para a preparação

melhora positivamente a experiência de transição. Da mesma forma, adquirir conhecimento sobre o que ainda está por vir e estar apetrechado com estratégias de enfrentamento serve como um aprimorador positivo da transição (Meleis et al., 2000).

Uma outra atividade desenvolvida consistiu na realização de uma sessão de educação para a saúde sobre as complicações da diabetes *mellitus* e alergias alimentares para todos os assistentes de ação educativa (APÊNDICE III). Esta formação foi muito pertinente, uma vez que as crianças e jovens sofrem com o impacto da doença na vida quotidiana, bem como os seus familiares, que vivem preocupados com possíveis contaminações cruzadas ou acidentes que possam ocorrer na escola, não apenas devido à exposição, mas sobretudo à falta de conhecimento e preparação da comunidade escolar sobre o tema. Compete à equipa de saúde escolar realizar intervenções, no sentido de capacitar a comunidade educativa, aumentando a sua literacia nestas áreas, com o objetivo de aumentar o conhecimento dos funcionários das escolas sobre o tema, aumentar o número de pessoas com conhecimentos acerca destas temáticas e desta forma reconhecer rapidamente sinais e sintomas que possam ser sugestivos de uma intervenção imediata.

### 3.2.3. Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde

Estabeleci e desenvolvi em conjunto com a colega de EC, como preconiza a OE, programas e projetos de intervenção visando a resolução dos problemas identificados. Neste sentido, na UCC, eu e a minha colega de EC, realizámos 14 sessões sobre as alterações da puberdade para alunos a frequentarem o 6.º ano de escolaridade num Agrupamento de Escolas da zona urbana da área de abrangência. Este é um tema de grande relevância, uma vez que os jovens devem ter acesso a informação que lhes permitam compreender as mudanças que a puberdade provoca, mesmo antes que elas ocorram. Dessa forma, ficam capacitados para saber lidar com as mesmas durante esse período. Não há duas pessoas exatamente iguais, mas uma coisa todos temos em comum, passamos pela puberdade e vivenciamo-la de forma singular. Por conseguinte, tivemos a oportunidade de explicar aos alunos que a puberdade não é um problema a ser resolvido, mas que o problema reside precisamente na falta de educação sobre o mesmo. A puberdade é um período de crescimento físico acelerado e de

desenvolvimento sexual vivenciado por todos os seres humanos, mas, com a falta de conhecimento esta fase crucial da vida pode ser vivida de forma despreparada, as crianças ficam confusas e sem apoio, o que, por sua vez, afeta a qualidade da sua educação. Em alguns casos, pode afetar diretamente a frequência escolar, especialmente para as raparigas. Cabe assim, ao enfermeiro, no âmbito da saúde escolar, em parceria com a restante comunidade educativa, certificar-se de que todos os alunos estão preparados para estas mudanças. A consecução deste objetivo exige educação sobre a puberdade, por vezes abordada no âmbito de um programa mais amplo de educação sexual abrangente, mas exige também que se garanta que o ambiente educativo seja um espaço seguro para apoiar práticas saudáveis.

As sessões de educação para a saúde são realizadas no sentido de capacitar o indivíduo/grupo para a mudança e adoção de comportamentos saudáveis. São também sessões de esclarecimento e de abordagem aos problemas identificados no sentido da prevenção. Estas são realizadas nos vários grupos etários e são adequadas às necessidades e desafios que cada grupo enfrenta. Desta forma, o enfermeiro tem um papel de extrema importância na identificação dos problemas ou potenciais problemas/ diagnóstico de situação e no planeamento das intervenções. Como defende Gill (2020), a educação para a saúde é a expansão do planeamento individual, grupal, institucional, comunitário e sistémico para desenvolver a consciência da saúde, *persona*, competências e comportamento. A intenção da educação para a saúde é influenciar otimamente o comportamento de saúde dos indivíduos e comunidades, bem como o modo de vida e o ambiente de trabalho que se sobrepõem à sua saúde.

Tive também 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. Trata-se de um programa incluído no Projeto de Educação para a Saúde do Agrupamento de Escolas, tendo como entidades promotoras a Escola Superior de Enfermagem e a Administração Regional de Saúde do Centro. O mesmo está a ser desenvolvido em muitas escolas do país, tendo como objetivo a prevenção de comportamentos de risco, sendo também esta uma área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Estas intervenções foram desenvolvidas tendo em conta as competências supracitadas, distinguindo e determinando a importância da necessidade não atendida de forma que uma

situação problemática viesse a corresponder a uma situação desejada. A comunidade, entendida numa perspetiva sistémica, para além de um conjunto de pessoas, com funções identificadas e objetivos comuns, “é também um sistema relacional aberto, decorrente da interação das pessoas, grupos e organizações comunitárias. O todo e as partes interagem através da participação, liderança e processos comunitários” (Melo, 2020, p.50). Desta feita, considero que promovi a capacitação de grupos e comunidades visando a consecução de projetos de saúde coletivos.

Quero assim reforçar, que todas estas atividades estão em conformidade com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 que prevê uma atuação em vários eixos. Desenvolvi esta competência através da integração da vacinação na USP, no desenvolvimento do meu projeto dirigido aos cuidadores informais, bem como ao nível da integração dos programas da carteira de serviços da UCC que responde transversalmente aos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (p. 27): “Cidadania, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados, Qualidade e Políticas Saudáveis”, que atribuem valor social à saúde enquanto objetivo *major* na vida das pessoas, tendo por base o planeamento estratégico em saúde de base populacional, como “instrumento metodológico com os seus diversos componentes e etapas”.

#### 3.2.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde/doença. A vigilância epidemiológica é fundamental na prática da epidemiologia, pois orienta a atuação das Autoridades de Saúde Locais e a USP na recolha sistemática e contínua de informação relacionada com as doenças transmissíveis de declaração obrigatória através da aplicação informática de suporte ao SINAVE.

O SINAVE é um sistema de Vigilância em saúde pública que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência. A Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou no dia 30 de janeiro de 2020 o surto da doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional e a 11 de março do mesmo ano, qualificou-a como uma

pandemia internacional, dado o número de países em que a mesma já tinha sido registada, bem como a sua rápida disseminação mundial.

Um dos mecanismos cruciais para a contenção de qualquer epidemia é a instituição de estratégias especiais de vigilância com o objetivo de detetar o maior número possível de casos e contatos e posterior adoção de ações que reduzam o risco de disseminação da doença (Teixeira et al., 2020). No EC da USP tive a oportunidade de realizar vacinação para a COVID-19 no centro de vacinação que lhe está afeto e em Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas.

Num olhar retrospectivo sobre os EC, posso dizer que a enfermagem se operacionaliza no cuidado ao indivíduo/família/comunidades, o que requer uma apropriação de conhecimento científico em constante desenvolvimento e cuidados técnicos e humanos baseados na relação interpessoal. O avanço tecnológico veio criar novos desafios e horizontes e cabe aos enfermeiros articularem-se com os novos recursos, incorporando-os em abordagens humanas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e obtenção de ganhos em saúde das populações. Certa das exigências profissionais e da responsabilidade acrescida, foi com enorme convicção que realizei este percurso de formação, não só profissional, mas também pessoal. O processo de transformar um enfermeiro competente, num enfermeiro especialista “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”, cujas competências decorrem de “um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (OE, 2010, p.2), exige conhecimento e treino da prática especializada nos contextos.

A realização destes EC permitiu consolidar e adquirir as várias competências nos diferentes contextos. Deste modo, estou convicta de que alcancei com um nível mais aprofundado de conhecimentos, uma maior capacidade de raciocínio/juízo clínico para a prestação dos cuidados especializados em EEECSOSP e uma maior motivação e aptidão para prosseguir na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. Tentei relacionar os conhecimentos teóricos com os cuidados prestados, expressando as minhas dúvidas e aceitando todas as orientações e críticas construtivas que me foram dirigidas. Procurei sempre ter iniciativa e abertura para a aprendizagem, pois, a meu ver, todas as oportunidades são construtivas.

Fazendo uma reflexão deste percurso, considero que o mesmo possibilitou ampliar domínios,

como a tomada de decisão, o que favoreceu a continuidade dos cuidados, a aquisição de autonomia no desempenho profissional, bem como permitiu fomentar a prática baseada na evidência, cooperando no desenvolvimento pessoal e profissional, mas principalmente na melhoria dos cuidados de saúde prestados, dando especial relevo à capacitação dos cuidadores informais.

A Teoria do Autocuidado de Orem (2001) foi a base para compreender os problemas e as dificuldades deste grupo alvo, para que pudesse beneficiar com as minhas intervenções. A satisfação das necessidades de capacitação dos cuidadores informais, ao nível dos autocuidados, foi determinante para a qualidade e segurança dos cuidados que estes prestam à pessoa dependente. Neste contexto, o EEECSOSP desempenha um papel importante no planeamento de intervenções para capacitar o cuidador informal.

Considero que a reflexão crítica se assume como um repensar feito com base na análise e na interpretação das ações, que só é exequível através de um pensamento crítico, tal como aqui deixo registado.

A reflexão sobre a realidade vivenciada resultou no enriquecimento da prática profissional, resultante da compreensão da realidade concreta, o que implicou um contínuo questionamento e conjugação da teoria e da prática. Tenho consciência que toda a aprendizagem se realiza ao longo da vida e que estou no início, mas sempre recetiva para novas aprendizagens, pois o caminho faz-se caminhando.

#### 4. PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia adotada na prossecução deste trabalho é a metodologia do planeamento em saúde, uma vez que norteia e determina a ação do enfermeiro, tendo por base os fatores condicionantes (sociais, económicos, entre outros) em contínua modificação, possibilitando orientar o percurso a alcançar entre um ponto de partida inicial e os resultados que se esperam alcançar no *terminus* desse percurso (Tavares, 1990).

O planeamento em saúde consiste numa atitude perante a realidade social e económica, a qual não é imutável ou determinada por fatores incontrolláveis, ou seja, trata-se de um processo de investigação acerca da realidade e das suas diferentes vertentes, como a saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Quando se aborda o planeamento em saúde, “planear” é como,

*“(...) um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas, essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p. 29).*

Por conseguinte, o planeamento em saúde tem de obedecer a várias etapas em conformidade com uma ordem preestabelecida, proporcionando a escolha das melhores soluções entre as diferentes alternativas possíveis.

As etapas a serem cumpridas para a orientação deste percurso, incluem o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a formulação e fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução do plano e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993), as quais são descritas seguidamente e que decorreram ao longo do ensino clínico de Saúde Comunitária e Saúde Pública II, tendo elaborado um projeto de intervenção comunitária obedecendo às etapas do planeamento em saúde, compreendendo de forma sequencial, todas as suas fases, uma vez que fui um elemento de articulação entre a USP e a UCC.

#### 4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação de saúde (DSS) visa conhecer os principais indicadores de saúde e discutir aspetos determinantes das condições de saúde e informações que possam fornecer uma ideia geral da situação de saúde. Pretende assim, “identificar a tendência ou mudanças na ocorrência de problemas relacionados com a saúde, caracterizar e compreender a história natural das doenças, monitorizar a efetividade de programas de intervenção e controlo, identificar mudanças em doenças, fatores de risco e práticas de saúde e, por fim, realizar o planeamento de intervenções necessárias” (Rocha, 2017). O diagnóstico de situação de saúde tem assim, como finalidade descrever o estado de saúde da população, identificando e priorizando os problemas e necessidades de saúde correspondente. É realizada uma análise de dados relativos à situação epidemiológica do concelho e o seu posicionamento face ao continente e à ARS do Centro (Silva, 2018).

Além do DSS no decorrer do estágio, foi-me dado a conhecer o Plano Local e o Perfil de Saúde. A leitura destes documentos foi essencial para compreender e ter uma noção acerca dos principais problemas da comunidade que servem. Os quatro problemas de saúde mais prevalentes neste concelho foram: as alterações do metabolismo dos lípidos, a hipertensão, o excesso de peso e as perturbações depressivas. Já as neoplasias do sistema digestivo, as neoplasias do colon do reto e a doença pulmonar obstrutiva crónica, constituem os problemas de saúde com menor prevalência de entre os problemas analisados. Os determinantes de saúde com valores de prevalência crescentes são a obesidade/excesso de peso e o abuso do tabaco. Relativamente à mortalidade no município são semelhantes aos registados a nível continental, sendo as principais causas de mortalidade as doenças cardiovasculares e os tumores malignos.

Importa também referir que os Resultados Provisórios dos Censos 2021 (INE, 2021), revelam que o concelho em causa possui uma população residente na área geográfica de abrangência do Pólo da USP com 62 541 habitantes. O Registo Nacional de Utentes revela que desses habitantes, 29.791 são do sexo masculino e 32.750 do sexo feminino, com maior expressividade de índice populacional para a faixa etária dos 25-64 anos, correspondendo a uma taxa de 30.115 habitantes, e o de menor representatividade o grupo etário dos 15-24 anos, com correspondência de 5.856 habitantes (INE, 2021). Este concelho apresenta um

índice de dependência total a rondar os 62,24%, um índice de dependência de jovens de 17,55% e um índice de dependência de idosos de 45,7% (BI-CSP, 2022). Face a esta prevalência elevada de índice de dependência da população idosa, o diagnóstico de situação revelou que o mesmo, afeta diretamente os cuidadores informais, que constituem um grupo vulnerável, necessitando de intervenção por parte da enfermagem para que possam dar continuidade aos cuidados à pessoa dependente em ambiente domiciliário.

O autocuidado enquanto condição de saúde, em particular o fenómeno de dependência no autocuidado em contexto domiciliário tem sido alvo de diversos estudos (Dixe et al., 2019), que indicam para a existência de pessoas vulneráveis com elevados níveis de dependência e muitas vezes, com compromisso dos processos corporais e mentais a viver em suas casas.

A população de cuidadores familiares/informais tem crescido de forma sistemática pela necessidade criada, pelo aumento da esperança média de vida, do envelhecimento e da prevalência das doenças crónicas, em consequência do avanço dos processos terapêuticos e pela melhoria das condições socioeconómicas das populações. Esta realidade é um dos maiores desafios a nível da saúde, a nível social e político, por este motivo pressupõe medidas urgentes para melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado e dos seus cuidadores familiares/informais, dado que existe um elevado número de pessoas especialmente idosos, que não conseguem realizar as suas atividades de vida diária sozinhos e necessitam diariamente da ajuda de cuidadores familiares/informais para as concretizar. Em Portugal, tal como em outros países desenvolvidos, os cuidados às pessoas dependentes são prestados principalmente no seio familiar, e as políticas existentes que contribuem para um envelhecimento ativo e para melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado de forma a responder às necessidades geradas pela dependência para a execução das atividades de vida diária, como a Rede Nacional de Cuidados Integrados e as ECCI não são suficientes para a imensidão de necessidades existentes.

O mundo enfrenta muitas mudanças sociodemográficas tais como, o aumento da esperança média de vida e a presença de doenças crónicas e não transmissíveis o que, por sua vez, leva a uma maior dependência dos outros (Dixe et al., 2019). Consequentemente, de acordo com os mesmos autores, a procura de cuidadores informais tem aumentado significativamente durante os últimos anos. Todavia, e como salienta Dixe et al. (2019), embora o

envelhecimento esteja correlacionado com uma situação de dependência, uma pessoa dependente não é necessariamente uma pessoa idosa. A dependência no autocuidado não é exclusiva dos idosos e pode estar relacionada com qualquer pessoa com uma doença crónica em qualquer fase da sua vida. Uma pessoa dependente, corresponde a alguém com capacidade limitada ou incapacidade de iniciar e realizar um conjunto de atividades necessárias para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, sem a ajuda de outra pessoa. Diz respeito a ações básicas em atividades da vida diária tais como comer, tomar banho, cuidar da higiene pessoal, a capacidade de se posicionar, caminhar, transferir ou mesmo utilizar a casa de banho (Dixe et al., 2019b). Como tal, um dos desafios mais importantes no presente e para o futuro é valorizar a pessoa dependente para poder viver da forma mais independente possível no seu *modus vivendi* e ser capaz de realizar as ações básicas relacionadas com o autocuidado, o que implica capacitar os cuidadores informais para dar continuidade aos cuidados à pessoa dependente.

Para além de ser fundamental compreender-se o nível de dependência global de uma pessoa, é também importante compreender as atividades específicas do autocuidado que esta tem dificuldade em realizar. Estudos realizados com cuidadores informais para a compreensão das áreas de autocuidado que normalmente estão comprometidas numa pessoa dependente, revelam que, as áreas tipicamente mais comprometidas e nas quais os cuidadores informais apresentam mais dificuldades são ao nível dos cuidados de higiene, mobilidade, transferências (transferir-se da cama para uma cadeira ou ir à casa de banho), vestir e despir, cuidados associados à alimentação, medicação, eliminação, tratamento de feridas e monitorização de equipamento (Dixe et al., 2019).

Posto isto e face à problemática do aumento do envelhecimento populacional do concelho e consequente dependência da pessoa idosa, identificou-se como problema o facto desta relação causa-efeito colocar os cuidadores informais em situação de vulnerabilidade face ao desempenho do seu papel.

#### 4.2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DAS NECESSIDADES

De acordo com o problema identificado, ou seja, a vulnerabilidade dos cuidadores informais face ao desempenho do seu papel no cuidar a pessoa dependente, procedeu-se à identificação

das necessidades. De acordo com a OE (2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Por conseguinte, identificar o problema e as potenciais necessidades. Esta etapa foi muito importante para o planeamento em saúde, implicando qualidade e rigor na sua elaboração, para que se possam determinar as escolhas das prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo por base o diagnóstico da situação que revela um elevado índice de dependência por parte da população idosa, na área geográfica de abrangência do Pólo da UCC, foi discutido com as Enfermeiras Supervisoras e com a Professora este problema, bem como a urgência de se identificarem as suas necessidades. Assim, elaborou-se um guião de entrevista, para ser aplicado como meio de identificação dos problemas e das necessidades dos cuidadores informais (APÊNDICE IV). De igual modo, apliquei o Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021), a uma amostra inicial de 14 cuidadores, como forma de robustecer o diagnóstico de situação, a identificação dos seus problemas e das suas necessidades no contexto da prestação de cuidados ao seu familiar dependente (ANEXO III). Estes 14 cuidadores informais, resultaram da solicitação de apoio aos enfermeiros da UCC, os quais se revelaram recetivos e assim, contactaram com a equipa da USF para que esta procedesse ao levantamento dos cuidadores informais, com base no ficheiro de registo dos utentes. Todo este trabalho resultou de uma grande colaboração entre a UCC e a USF, o que caracteriza estas unidades de saúde. É de salientar, que esta parceria resultou no acesso a uma amostra adequada para realizar o estudo pois, à data da realização do EC na UCC, não havia uma amostra suficiente, uma vez que, na altura era reduzido o número de utentes em UCC.

O atual envelhecimento demográfico tem resultado no aumento das doenças crónicas e em maior dependência funcional das pessoas idosas. Neste âmbito, os cuidados de saúde primários são um espaço privilegiado para a realização de intervenções. É fundamental ter-se em consideração que os cuidadores informais são um dos pilares dos cuidados que a pessoa dependente necessita. Através da discussão com as Enfermeiras Supervisoras/Professora e com base nas evidências científicas, resultantes da revisão integrativa da literatura, verificou-se que os cuidadores informais se deparam com dificuldades em assegurar os autocuidados da pessoa dependente, necessitando de mais e melhor informação e suporte na aquisição de

competências que os capacitem para o seu desempenho. No nortear deste percurso tive como modelo teórico estruturante a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), que abarca três teorias que se interrelacionam: autocuidado; défice de autocuidado; sistemas de enfermagem. Esta Teoria sumaria o conhecimento sobre o autocuidado, as atividades de autocuidado, as necessidades de autocuidado terapêutico, o défice de autocuidado e a ação de enfermagem. O autocuidado é o seu conceito fulcral e Orem (2001), define-o como uma função humana reguladora do funcionamento e desenvolvimento da pessoa que está dependente de si, propositadamente para preservar a vida e promover a saúde.

Por conseguinte, dei início à identificação do problema e das necessidades dos cuidadores informais com a realização de uma entrevista, composta por perguntas abertas (APÊNDICE V), a dois enfermeiros como forma de compreender as necessidades dos cuidadores informais percebidas pelos profissionais de saúde; conhecer as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde para a capacitação dos cuidadores informais; perceber as experiências vivenciadas sobre a capacitação dos cuidadores informais. As entrevistas foram realizadas após consentimento informado, num ambiente favorável. No global, os enfermeiros foram consistentes quanto ao facto de os cuidadores informais necessitarem de serem capacitados ao nível dos autocuidados, tendo em conta as suas experiências e contacto com os mesmos. Estes referiram que, apesar de lhes proporcionarem informações sobre a promoção do autocuidado da pessoa dependente, os mesmos necessitam de ser mais capacitados. Estas percepções dos enfermeiros possibilitaram conhecer melhor o problema vivenciado pelos cuidadores informais e proceder à priorização das suas necessidades ao nível do autocuidado. Desta forma, os dados obtidos com as entrevistas efetuadas aos 2 enfermeiros, revelaram que as necessidades diagnosticadas e dificuldades detetadas na prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais se centravam sobretudo na sua capacitação para a prestação de cuidados, nomeadamente no autocuidado higiene e cuidados à pele, autocuidado mobilizar, posicionar e transferir, autocuidado alimentar e autocuidado eliminação. Os enfermeiros referiram que as estratégias desenvolvidas e mobilizadas na capacitação dos cuidadores informais têm incidido sobretudo na transmissão direta de informações e ensinamentos. Consideraram que estas estratégias utilizadas na sua prática profissional, têm ajudado os cuidadores em algumas áreas dos autocuidados, mas que os mesmos necessitam de mais capacitação face às necessidades identificadas.

Apliquei aos 14 cuidadores informais da amostra inicial, o Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021), a quem foi solicitado pedido de autorização para a sua utilização no estudo. Em (ANEXO IV), encontra-se a autorização para a utilização do questionário. Este é um instrumento multidimensional com qualidades reconhecidas na área da saúde, desenvolvido especificamente para avaliar as capacidades do cuidador informal, tendo em conta: 1. Cuidar: Alimentação, 2. Cuidar: Higiene Sanitária; 3. Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto; 4. Cuidar: Mobilidade; 5. Cuidar: Transferências; 6. Cuidar: Vestir e despir-se; 7. Cuidar: Tomar a medicação; 8. Cuidar: Gestão de Sintomas; 9. Cuidar: Comunicação. Os itens que constituem cada uma destas áreas do autocuidado são avaliados numa escala de tipo Likert, com as seguintes opções de resposta: “Discordo Totalmente”, “Discordo”, “Concordo”, “Concordo Totalmente” e “Não aplicável”. A aplicação deste questionário aos cuidadores informais foi utilizado antes e após as sessões de intervenção. Inicialmente, auxiliou a identificação dos problemas e orientou intervenções. Verificou-se que os mesmos apresentavam um mínimo de 53 anos e um máximo de 78 anos, sendo maioritariamente companheiros/cônjuges (n=8), seguindo-se os filhos (n=3), uma irmã, uma nora e uma sobrinha. Eram todos casados (n=14). Estes prestam cuidados ao seu familiar entre um tempo <1 ano e um máximo 5 anos, sobressaindo os que não partilham responsabilidades dos cuidados com outras pessoas (n=11), que coabitam com a pessoa cuidada (n=11). Verificou-se que apenas 5 cuidadores já tinham experiência anterior em cuidar de outrem. Todos os cuidadores informais referiram que a preparação que tiveram para prestar cuidados ao seu familiar no domicílio foram as informações recebidas pela equipa de saúde e que, quando têm dificuldades, procuram colmatá-las com recurso à internet (n=6), aos enfermeiros (n=14), e junto de outros familiares (n=5). Estes referiram que as suas maiores dificuldades sentidas na prestação de cuidados, enquanto cuidadores informais, foram essencialmente no autocuidado higiene e cuidados à pele, autocuidado mobilizar, posicionar e transferir, autocuidado alimentar e autocuidado eliminação.

Decorrente dos dados apurados, os cuidadores informais expressaram também necessidades ao nível da melhoria na rede de apoio/suporte, otimização das fontes de informação, capacitação para a prestação de cuidados e melhoria da literacia para a prestação de cuidados, o que está em conformidade com as necessidades expressas pelos enfermeiros.

#### 4.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Tendo por base o diagnóstico de saúde, a identificação do problema e as necessidades dos cuidadores informais, como anteriormente ficou demonstrado, procedi ao estabelecimento de prioridades para poder dar resposta às necessidades prioritários dos cuidadores informais no âmbito da intervenção. Por conseguinte, realizou-se 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 VI). As necessidades identificadas foram: melhoria na rede de apoio/ suporte; otimização das fontes de informação; capacitação dos cuidadores para a prestação de cuidados; melhoria da literacia dos cuidadores para a prestação de cuidados. Posto isto, elaborei tabelas de voto com as referidas necessidades, tendo convidado todos os enfermeiros a votar. Evidencio que esta reunião foi um momento reflexivo de grande relevância, na medida em que ficou demonstrado que os enfermeiros enfatizaram que é necessário que os cuidadores informais sejam mais capacitados para poderem prestar cuidados nas situações em que as exigências do autocuidado excedam a sua capacidade de o realizar, indo ao encontro da Teoria de Orem (2001), segundo a qual, é indispensável um suporte para o cuidador informal, por parte dos enfermeiros. Esta reunião também veio corroborar o trabalho em equipa desenvolvido entre as duas unidades funcionais, um suporte para atuar na comunidade. Assim, a necessidade priorizada foi a capacitação dos cuidadores para a prestação de cuidados, que constituiu a base do meu projeto.

#### 4.4. FORMULAÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Depois da realização do diagnóstico e respetiva hierarquização de necessidades foi essencial a fixação de objetivos a alcançar relativamente a esta problemática. Como salientam Imperatori e Giraldes (1993), tem de se proceder a uma apropriada definição de objetivos para obter a avaliação da intervenção.

Perante as necessidades diagnosticadas junto dos enfermeiros e cuidadores informais e tendo em conta a sua priorização, defini como objetivo geral:

- Promover a capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados com foco na aquisição de conhecimentos através de um projeto de intervenção numa UCC da Administração regional do Centro.

Como objetivos específicos, delineei os seguintes:

- Identificar os conhecimentos dos cuidadores informais em relação à prestação de cuidados, através da aplicação de um questionário para caracterização sociodemográfica, implementação de um instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal e auscultação aos cuidadores informais sobre as necessidades sentidas;
- Avaliar o projeto através da aplicação de um instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal;
- Realizar 6 sessões de educação para a saúde sendo que, 4 sessões são com foco nos autocuidados alimentação, cuidados de higiene e conforto, eliminação, vestir e despir, mobilidade e transferência;
- Desenvolver um guia de prestação de cuidados a ser disponibilizado aos cuidadores. (APÊNDICE IX);

Após a definição dos objetivos, foi necessário o estabelecimento das metas a alcançar, que consiste num resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores. Esses indicadores podem ser de resultado (medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema) ou indicadores de atividade (medem a atividade desenvolvida pelos serviços), (Imperatori & Giraldes (1993).

#### 4.5. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

A fase de seleção das estratégias consiste num conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas para que se possa alcançar os objetivos delimitados, procurando a redução dos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma das estratégias adotadas para apoiar e orientar cientificamente as estratégias a serem implementadas junto dos seis cuidadores, no âmbito do meu projeto, consistiu na realização de uma revisão integrativa da literatura, tal como já referenciado anteriormente. Esta munuiu-

me de evidências científicas e deu resposta à seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados?”, tendo como objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados.

A análise dos artigos que constituíram o *corpus* de análise da revisão integrativa da literatura realizada, indica que os cuidadores informais desempenham um papel importante na transição dos cuidados para o domicílio, o que requer uma preparação para a alta bem-sucedida e feita atempadamente, de modo a que estes tenham a possibilidade de poder esclarecer dúvidas, serem identificadas as suas dificuldades por forma a dar respostas atempadas às mesmas, dotando-os de capacidades para a continuidade dos cuidados no domicílio. Os estudos destacam que é fundamental envolver efetivamente os cuidadores informais na alta para o domicílio, o que corrobora evidências anteriores (Chase et al., 2019).

Assim ficou demonstrado que, tendo em conta que a maioria das pessoas cuidadas eram completamente dependentes nas áreas de conforto e higiene e gestão de medicamentos, e que a maior parte da informação dada ao cuidador informal era sobre a doença e gestão da medicação, há ainda muitas áreas de autocuidado, que requerem mais informação, o que pode ser realizado através de intervenções aos cuidadores para uma melhor aprendizagem, aconselhamento e assistência dos cuidadores informais de pessoas dependentes.

Diferentes estratégias de Saúde têm sido utilizadas para capacitar o cuidador no autocuidado, sendo exemplo: o Help2Care que permite inspirar outras formas de prestar cuidados, bem como uma redução na taxa de readmissão nas organizações de saúde para pessoas que revelam insuficiente apoio de cuidados em ambientes domiciliários. O enfermeiro pode avaliar as necessidades e as capacidades do cuidador informal através de ferramentas desenvolvidas e, portanto, adaptar os materiais que melhor respondam à capacitação e preparação do cuidador informal;

- Informação sobre os conhecimentos sobre a capacidade de autocuidado em higiene e conforto, mobilidade e equilíbrio, obstrução das sondas alimentares, desnutrição e desidratação, comunicação, gestão dos sintomas, gestão de medicamentos e técnicas relacionadas com a prevenção da exaustão do cuidador, documentação de capacitação do

cuidador, incluindo tutoriais, vídeos, questionários, textos escritos sobre como realizar certos procedimentos de cuidados;

- Manuais sobre os cuidados;

- Informação sobre os recursos comunitários (por exemplo, associações próximas que prestam determinados serviços e formação em cuidados de saúde ao domicílio), (Querido et al., 2020).

Querido et al. (2020) referem que o projeto contribui para enfrentar os desafios sociais do H2020, alinhado com dois desafios a saber: a) Saúde, alterações demográficas e bem-estar nos seus sistemas gerais de saúde e a prestação de cuidados de alta qualidade, economicamente sustentáveis e inovadores; b) prevenção, tratamento, controlo e gestão de doenças e deficiências, envelhecimento ativo, independente e saudável, promovendo a saúde em geral e o bem-estar dos cuidadores informais, através de ferramentas e recursos inclusivos, independentemente da idade e das limitações do cuidador informal.

Verifiquei que as estratégias mais referenciadas na revisão integrativa da literatura foram uma efetiva preparação para a alta e sessões de formação, servindo estas evidências de apoio para o estabelecimento das estratégias a implementar na capacitação dos cuidadores informais, tendo sempre em consideração a priorização das suas necessidades. A realização das atividades concretizadoras desta etapa possibilitou assim, a aquisição de experiências numa das 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”.

Os resultados obtidos na revisão integrativa da literatura, reforçados pela Teoria do Autocuidado de Orem (2001), permitiram-me selecionar as estratégias mais adequadas para capacitar os cuidadores informais. Assim, a aplicação prática deste modelo justificou a natureza dos cuidados a implementar e contribuiu para a elaboração do programa e do projeto.

#### 4.6. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Após concluídas as etapas anteriores do planeamento em saúde e realizada a análise da melhor evidência científica, segue-se a criação de programas ou projetos que respondam às

necessidades diagnosticadas a colmatar nos cuidadores informais. Imperatori e Giraldes (1993), mencionam que a etapa da elaboração de programas e projetos deve ser pormenorizada, referindo assim as atividades indispensáveis à execução parcial ou total da estratégia para se alcançar um ou mais objetivos. Por conseguinte, distinguem programa de projeto, referindo que um programa representa “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). Por sua vez, o projeto é definido como “uma 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).

Partindo dos dados obtidos do diagnóstico de situação, da priorização das necessidades dos cuidadores informais e tratando-se de um problema de Saúde Pública nacional e mundial, em reunião com os enfermeiros, decidiu-se como prioritário intervir nas necessidades que os cuidadores informais manifestavam mais dificuldade, ou seja, na realização dos autocuidados da pessoa dependente, especificamente em relação a: Cuidar: Mobilidade, Cuidar: Transferências, Cuidar: Eliminação, Cuidar: Alimentação e Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto. Neste contexto, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido “Capacitar para Cuidar – Projeto de Intervenção Comunitária para Cuidadores Informais”, teve como população 6 cuidadores informais.

Como o nome sugere, pretende-se capacitar os cuidadores informais nas áreas que constituíram a priorização das necessidades. Assim, através da capacitação pretendeu-se levar os cuidadores informais a colmatarem as suas dificuldades nas áreas que se revelaram menos capacitadas, para que pudessem prestar cuidados de qualidade ao seu familiar dependente.

Pretende-se desta forma, privilegiar o Modelo proposto por Orem (2001), segundo a qual a enfermagem pertence à família de serviços de saúde organizados para oferecer assistência a pessoas que têm necessidades legítimas de diferentes formas de atendimento direto, devido ao seu estado de saúde ou à natureza das suas necessidades de cuidados de saúde. Esta atividade permitiu a aquisição de outra unidade de competência “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (Regulamento n.º 428/2018, de 6 de julho de 2018, p. 19355).

Foram assim, planeadas 6 sessões. Todavia, estas foram implementadas em quatro sessões devido a constrangimentos por parte dos cuidadores informais, como não poderem deslocar-se à UCC e não ter a quem delegar os cuidados da pessoa dependente. As quatro sessões contaram sempre com a presença dos 6 cuidadores informais. Foram moderadas por mim em colaboração com o Enfermeiro Supervisor, tendo sido escolhido o local para a realização das mesmas a Sala de Atividades da UCC.

A avaliação da eficácia do projeto foi realizada tal como já referenciado anteriormente, através da aplicação do Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021), na primeira e na última sessão. Foram definidos também indicadores de atividade e de resultado, descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Objetivos, atividades, indicadores e metas

| Objetivo  | Atividade  | Indicador   | Meta   | Avaliação |
|---|--|---|--|-----------|
| Avaliar as capacidades do cuidador informal               | Aplicação do Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021) a 6 cuidadores informais | Taxa de melhoria dos scores obtidos na avaliação das capacidades do Cuidador Informal (% da média do score final - % da média do score inicial)                                   | Obter 15% de melhoria nos scores obtidos no Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021) | 30 %      |
| Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados      | Realizar sessões para capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados, designadamente ao nível dos autocuidados   | Taxa de realização das sessões (Nº de sessões realizadas/ Nº de sessões programadas) x100   | Realizar 100% das sessões programadas  | 100%      |
| 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 sessões/nº total de participantes a avaliar) x100 | Obter 80% dos participantes a considerar as sessões muito boas   | 100%      |
|   | 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   | 100%      |

#### 4.7. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A fase da preparação da execução diz respeito à etapa do planeamento em saúde que está mais interligada com as fases anteriores e com as procedentes, espelhando o processo contínuo que representa o planeamento em saúde (Imperator & Giraldes, 1993). Para o desenvolvimento desta etapa, comecei por elaborar os planos de atividades para cada sessão que compreendiam os objetivos gerais, específicos, as estratégias de intervenção e descrição das mesmas, o local, o horário e os recursos. Estas foram preparadas em suporte *PowerPoint* (APÊNDICE VIII), com recurso a linguagem simples, imagens, vídeos sobre as temáticas abordadas sempre com respetivo *brainstorming*. Para todas as sessões foi elaborado o respetivo plano de sessão (APÊNDICE VII).

Porém, tendo em conta os constrangimentos que alguns cuidadores informais apresentavam ao nível da deslocação à UCC, bem como ao facto de não terem a quem outorgar os cuidados à pessoa dependente, ficou-se no final com um subconjunto da respetiva população alvo para realização do estudo proposto, ou seja, 6 cuidadores informais.

Partindo da premissa que “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Nunes, 2020, p. 5), os princípios éticos devem ser cumpridos com rigor. Tendo em conta a posição da Enfermagem como Ciência Humana, “os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas” (Nunes, 2020, p. 5). O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2018, s.p.), homologou uma recomendação referente à “Integridade na investigação científica” na qual se dirige particularmente às instituições de Ensino Superior, particularmente no que concerne a “assegurar e promover os princípios e padrões éticos e de integridade científica de acordo com o especificado no Código Europeu de Conduta para a Integridade Científica” e o compromisso “com a promoção de uma cultura de integridade científica nacional” (CNECV, 2018, s.p.).

Procurei na presente investigação respeitar os requisitos éticos exigidos, mais especificamente, “a pertinência do estudo, a validade científica da investigação, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento

informado, esclarecido e livre, bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo” (Nunes, 2020, pp. 5).

Desta feita, a presente investigação teve como condição *sine qua non* “o primado do ser humano” (Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina, decreto nº 1/2001, de 3 de janeiro), dando-se particular atenção à confidencialidade e anonimato de todos os elementos envolvidos (enfermeiros e cuidadores informais). Os participantes foram informados sobre o objetivo do trabalho. Foi utilizado o consentimento informado para que a participação de cada cuidador informal neste estudo fosse voluntária, tendo sido comunicado a cada participante que poderia desistir do mesmo a qualquer momento se essa fosse a sua vontade, sem que daí adviesse qualquer prejuízo. As respostas e os dados fornecidos foram codificados de modo a preservar a sua anonimização, servem para tratamento de dados e foram apenas lidos pela equipa de investigação, que assegurou a sua confidencialidade e destruirá os instrumentos de recolha de dados após a conclusão e discussão do estudo. Realizou-se igualmente um pedido de autorização à Direção do ACeS e ao Coordenador da UCC.

Assim posso dizer que, para a identificação das necessidades e para que estas fossem priorizadas, foi importante a articulação entre a USP e a UCC.

Neste pressuposto, apliquei o Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021), a 14 cuidadores informais. Tal como já referido anteriormente, a amostra final ficou reduzida a 6 cuidadores, uma vez que os restantes se defrontaram com constrangimentos, dificuldade de deslocação e não ter a quem delegar o cuidado da pessoa dependente, cujos resultados apresento seguidamente.

Em 6 cuidadores informais, destacaram-se os seguintes resultados: 4 (67,0%) tinham entre os 58-69 anos de idade; 5 (83,0%) eram mulheres; com igual representatividade os filhos e cônjuge (33,0%, respetivamente) em relação à pessoa cuidada; 3 (50,0%) com o 3º. Ciclo do Ensino Básico, 4 (67,%) não ativos profissionalmente; 4 (67,%) que referiram não ter ajudas para cuidar do seu familiar; 4 (67,%) que referiram que coabitam com a pessoa cuidada e 4 (67,%) que não cuidavam anteriormente do seu familiar (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização social demográfica do cuidador informal

| Variáveis  | Frequência            |              |
|--|-----------------------|--------------|
|  | n <sup>o</sup><br>(6) | %<br>(100.0) |
| <b>Idade</b>                                       |                       |              |
| 58-69 anos   | 4                     | 67,0         |
| >70 anos   | 2                     | 33,0         |
| <b>Sexo</b>  |                       |              |
| Masculino  | 1                     | 17,0         |
| Feminino   | 5                     | 83,0         |
| <b>Grau de parentesco com a pessoa dependente</b>  |                       |              |
| Irmã   | 1                     | 17,0         |
| Filha(o)   | 2                     | 33,0         |
| Nora   | 1                     | 17,0         |
| Cônjuge  | 2                     | 33,0         |
| <b>Habilitações literárias</b>                     |                       |              |
| 1.º Ciclo do Ensino Básico                         | 1                     | 17,0         |
| 3.º Ciclo do Ensino Básico                         | 3                     | 50,0         |
| Ensino Secundário                                  | 2                     | 33,0         |
| <b>Situação profissional</b>                       |                       |              |
| Ativo  | 2                     | 33,0         |
| Não ativo  | 4                     | 67,0         |
| <b>Ajuda para cuidar do seu familiar</b>           |                       |              |
| Sim  | 2                     | 33,0         |
| Não  | 4                     | 67,0         |
| <b>Coabitar com a pessoa dependente</b>            |                       |              |
| Sim  | 4                     | 67,0         |
| Não  | 2                     | 33,0         |
| <b>Experiência anterior no cuidado ao familiar</b> |                       |              |
| Sim  | 2                     | 33,0         |
| Não  | 4                     | 67,0         |

Os resultados da avaliação da capacidade dos cuidadores revelaram 4 áreas mais problemáticas, nomeadamente: Cuidar: Mobilidade (M=1,99±1,07), Cuidar: Transferências (M=2,10±1,10), Cuidar: Higiene Sanitária (M=2,17±0,99), Cuidar: Alimentação (M=2,57±0,85), Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto (M=2,88 ±0,92). Estes resultados vão ao encontro dos obtidos das entrevistas iniciais (cf. tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal – pré- formação

| Capacidades do cuidador informal              |             |               |
|---|-------------|---------------|
|   | Média       | Desvio-padrão |
| <b>Cuidar: Alimentação</b>                    | <b>2,57</b> | 0,85          |
| <b>Cuidar: Higiene Sanitária</b>              | <b>2,17</b> | 0,99          |
| <b>Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto</b> | <b>2,88</b> | 0,92          |
| <b>Cuidar: Mobilidade</b>                     | <b>1,99</b> | 1,07          |
| <b>Cuidar: Transferências</b>                 | <b>2,10</b> | 1,10          |
| Cuidar: Vestir e despir-se                    | 3,10        | 0,65          |
| Cuidar: Tomar a medicação                     | 3,37        | 0,53          |
| Cuidar: Gestão de Sintomas                    | 3,75        | 0,46          |

Estes resultados permitiram realizar a priorização da necessidade de intervenção que sustentou o projeto.

Importa referir que todas as sessões tiveram início com a receção do grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC, procedendo-se a uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença de todos os elementos do grupo de cuidadores e relembravam-se os aspetos abordados na sessão anterior, com exceção da primeira. Em todas foi sempre facultada solução antisséptica de base alcoólica para as mãos, folhas para apontamentos e distribuição de 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. Realça-se também que, no final de cada sessão, foi realizado um esclarecimento de dúvidas, lembrando sempre a data da próxima sessão (excetuando a última), agradecimentos e despedida. Os materiais utilizados ao longo das sessões, para além dos já referidos, foram o computador, projetor, PowerPoint e vídeos.

Na primeira sessão fez-se a receção do grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC com a apresentação da formadora e do enfermeiro supervisor e justificação da temática. Realizou-se de uma dinâmica de apresentação - cada cuidador deveria apresentar-se de uma forma muito resumida: nome, idade, quem é a pessoa que cuidam, há quanto tempo cuidam. Depois, aplicou-se o instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal e procedeu-se à sua recolha. Por fim, esclareceram-se dúvidas, lembrando a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.

No dia 3 de janeiro de 2023, iniciou-se uma sessão com o tema, a promoção da capacitação do autocuidado de higiene e conforto/cuidados à pele, realizando-se um *brainstorming* sobre os conceitos: “Ser cuidador”, “Pessoa dependente”, “Prestação de cuidados”; evidenciar os benefícios da higiene corporal para a pessoa; identificar aspetos a considerar na prestação de cuidados; demonstrar a técnica de vestir e despir vestuário, trocar roupa de cama com pessoa acamada; salientar a importância dos cuidados à pele; identificar fatores de risco que conduzam ao desenvolvimento de úlceras por pressão. O tema abordado foi justificado com o facto de as atividades dos cuidadores informais incluírem o auxílio e manutenção das atividades de vida diária, nomeadamente nos autocuidados (higiene, comer, beber, entre

outros) e suporte emocional e social, de forma a garantir a qualidade de vida de quem cuida (Pego & Nunes, 2018). Apresentação de um testemunho: Filme "Cuidar do Cuidador"; abordagem do conceito autocuidado Higiene: aspetos a ter em conta durante a higiene, cuidados com o vestuário, com a pele e as especificidades do banho no chuveiro e na cama; apresentação de vídeos: "Como fazer a higiene de uma pessoa acamada", "Higiene oral da pessoa acamada"; abordagem dos cuidados à pele: fatores de risco e prevenção do desenvolvimento das úlceras por pressão; treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados.

Seguiu-se a promoção da capacitação sobre o autocuidado alimentar (comer/beber), tendo como objetivos específicos: relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior; apresentação de um testemunho: filme "cuidar do cuidador"; apresentar as particularidades da alimentação da pessoa dependente; salientar a importância da hidratação; descrever os procedimentos a ter em conta na alimentação (comer e beber) da pessoa acamada; descrever a abordagem em situação de engasgamento (Manobra de Heimlich e palmadas interescapulares) e descrever os procedimentos a realizar por SNG. Como forma de se alcançarem os objetivos delineados, apresentou-se um testemunho: Filme "Cuidar do Cuidador", seguindo-se uma abordagem do conceito autocuidado comer/beber: aspetos a ter em conta durante o comer/beber da pessoa dependente, dispositivos mais utilizados, procedimentos imediatos: vômito e engasgamento, visualização de um vídeo sobre "Como administrar alimentação por SNG" e realização de treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados. Ao longo da sessão, os cuidadores podiam ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados durante a prestação de cuidados. Esta sessão, foi justificada com o pressuposto que 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. O cuidador informal tem frequentemente uma relação significativa com a pessoa (familiar, parceiro, amigo ou vizinho) e assume a responsabilidade maioritária do cuidado, sem treino para tal, não sendo remunerado pelo seu trabalho e não tendo competências (Teixeira et al., 2017).

No dia 5 de janeiro de 2023, teve início outra sessão cuja temática foi a promoção da capacitação sobre os autocuidados mobilizar, posicionar e transferir. Delinearam-se como objetivos específicos para tal: enumerar e descrever os aspetos a ter em conta durante a

mobilização da pessoa dependente; demonstrar aspetos práticos das mobilizações, posicionamentos e transferências; enumerar e descrever os princípios a ter em conta na transferência da pessoa acamada; apresentar ajudas técnicas variadas. Para se alcançarem tais objetivos, apresentou-se um testemunho: vídeo “Cuidar do Cuidador”; procedeu-se a uma abordagem dos conceitos de autocuidado: mobilizar, posicionar, transferir e respetivos princípios básicos a aplicar perante os mesmos, visualização de vídeos: “Como mudar a posição da pessoa na cama”; “Transferência da pessoa acamada para a cadeira de rodas” e “Transferência para a cadeira de rodas com a ajuda de 2 pessoas”, apresentação de ajudas técnicas, treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados. Estes objetivos e atividades realizadas fundamentam-se no facto de os cuidadores informais prestarem diversos cuidados de forma contínua e ininterrupta à pessoa dependente no domicílio, que vão desde a observação constante e cuidada, ao acompanhamento a atos médicos ou outros, até à administração da medicação ou cuidados quase profissionais. Esta prestação contínua variada de cuidados pode trazer dificuldades ao cuidador que por não ter apoio, preparação nem formação adequada para cuidar, se depara com uma combinação de sentimentos relacionados com necessidades educativas para essa mesma prestação de cuidados. Por isso, tornou-se relevante e pertinente conhecer a realidade e identificar as necessidades educativas do cuidador informal na prestação de cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliário, com vista a obter uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores.

No mesmo dia, também se promoveu a capacitação sobre o autocuidado eliminação, tendo-se apresentado as variadas ajudas técnicas; ajudar a distinguir as diversas formas de eliminação; enumerar os problemas mais frequentes com a eliminação urinária; os fatores que comprometem a eliminação intestinal; ajudar a identificar os problemas mais frequentes na eliminação intestinal. As atividades desenvolvidas neste âmbito, contaram com a apresentação de um testemunho: vídeo “Cuidar do Cuidador”, realização de uma abordagem do conceito de autocuidado eliminar: aspetos a ter em conta com os problemas mais frequentes no trato urinário, abordagem do conceito eliminação intestinal: procedimentos a ter com a eliminação intestinal, fatores que estimulam e comprometem a evacuação, alterações intestinais mais frequentes, bem como treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados. Partiu-se

também da premissa que, para exercer o papel de cuidador, o indivíduo necessita de adquirir/desenvolver diversas competências (Sequeira, 2010). A preparação inadequada do CI da pessoa com compromisso do autocuidado resulta numa elevada taxa de reinternamentos e idas ao Serviço de Urgência (Dixe et al., 2020). Desta forma, os cuidadores solicitam vários tipos de informação relativa à monitorização, gestão e prestação de cuidados informais, habilidades para a prestação de cuidados e tratamentos relacionados com o processo de cuidar (Dixe et al., 2019).

É de salientar que, ao longo das sessões, os cuidadores poderiam ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados durante a prestação de cuidados.

A última sessão teve como objetivo geral avaliar a capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados com foco na aquisição de conhecimentos, tendo-se aplicado novamente o Questionário de Avaliação das Capacidades do Cuidador Informal (Dixe, 2021), terminando com a entrega de guião sobre prestação de cuidados. Importa referir que, para que os idosos ou as pessoas dependentes possam permanecer em casa necessitam de cuidados tarefa essa desempenhada por um cuidador informal, que tenha frequentemente uma relação significativa com a pessoa. Desta forma, é necessário garantir cuidados de qualidade, em que as necessidades da pessoa cuidada estejam salvaguardadas e para tal é necessário que os cuidadores informais sejam capacitados, tenham acessos a recursos informativos e formação (Organização Mundial de Saúde, 2017). É neste contexto que a capacitação dos cidadãos para a prestação de cuidados é uma prioridade, na promoção da saúde e na prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2018).

#### 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 planejar de forma mais eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os resultados alcançados na segunda aplicação do Questionário de Avaliação das Capacidades do Cuidador Informal (Dixe, 2021), no final das sessões formativas com 6 participantes, demonstrou que os cuidadores informais ficaram mais capacitados em todas as áreas do

cuidar, sobressaindo o aumento de competências nas áreas mais problemáticas: Cuidar: Mobilidade passou de um score médio de  $1,99 \pm 1,07$  para  $3,15 \pm 0,58$ ; Cuidar: Transferências passou de um score médio de  $2,10 \pm 1,10$  para  $3,61 \pm 0,52$ ; Cuidar: Higiene Sanitária passou de um score médio de  $2,17 \pm 0,99$  para  $3,68 \pm 0,46$ ; Cuidar: Alimentação passou de um score médio de  $2,57 \pm 0,85$  para  $3,62 \pm 0,50$  ; Cuidar: Cuidados de higiene e conforto passou de um score médio de  $2,88 \pm 0,92$  para  $3,75$  (cf. tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal – pós formação

| Capacidades do cuidador informal              |             |               |
|---|-------------|---------------|
|   | Média       | Desvio-padrão |
| <b>Cuidar: Alimentação</b>                    | <b>3,62</b> | <b>0,50</b>   |
| <b>Cuidar: Higiene Sanitária</b>              | <b>3,68</b> | <b>0,46</b>   |
| <b>Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto</b> | <b>3,75</b> | <b>0,46</b>   |
| <b>Cuidar: Mobilidade</b>                     | <b>3,15</b> | <b>0,58</b>   |
| <b>Cuidar: Transferências</b>                 | <b>3,61</b> | <b>0,52</b>   |
| Cuidar: Vestir e despir-se                    | 3,36        | 0,60          |
| Cuidar: Tomar a medicação                     | 3,37        | 0,53          |
| Cuidar: Gestão de Sintomas                    | 3,75        | 0,46          |

Os resultados obtidos neste projeto superaram as metas e os indicadores inicialmente delineadas pois, obteve-se uma melhoria nos scores da avaliação das capacidades dos cuidadores informais nas áreas mais problemáticas, com aumento inclusive, noutras áreas. Todos os participantes avaliaram as sessões como “muito boas” e uma assiduidade de 100%. Estes resultados reforçam a relevância do EEECSOSP na aposta em ganhos em saúde dirigidos a grupos vulneráveis, nomeadamente os cuidadores informais. Entre os já referidos aspetos positivos, na execução deste estágio, tenho ainda a salientar ganhos em saberes em contexto comunitário e ao nível do planeamento em saúde, tendo em conta as suas etapas e a oportunidade de aplicar esses conhecimentos na prática, uma vez que até à data, o exercício das minhas funções profissionais não era na área comunitária, mas consciente que o futuro passará pela proximidade com a comunidade. Dada a efetividade e sucesso alcançado com a implementação do projeto, tenho também a salientar o envolvimento da USP e da UCC pois, juntos procurámos compreender a importância deste tipo de intervenções para dar resposta às necessidades dos cuidadores informais.

Tendo em conta todo o percurso efetuado, considera-se que adquiri a competência “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”, como preconiza a OE (Regulamento n.º 428/2018, de 6 de julho de 2018, p. 19355).

## 5. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

A reflexão é o exame mental de acontecimentos anteriores para reexaminar a necessidade de melhorar a prestação de cuidados ou simplesmente para refletir sobre o progresso pessoal e profissional. A prática reflexiva é o meio de utilizar estes encontros para melhorar as práticas de enfermagem, a comunicação e assegurar que as necessidades holísticas dos utentes foram priorizadas (Jacobs, 2016; Usher & Holmes, 2017). Neste sentido, a análise crítica e refletiva, que aqui deixo registada, permitiu-me a avaliação impassível do meu desempenho nos EC, a tomada de decisões e o planeamento em saúde.

A reflexão na ação, sobre a ação e para a ação equivale a fazer mudanças no momento da prática, refletir sobre os detalhes após as experiências vivenciadas. É acima de tudo, uma forma de melhorar a prática profissional e poder prestar cuidados de excelência aos utentes como salientam Usher e Holmes (2017), a escrita reflexiva é única e ajuda a obter uma melhor perspetiva do percurso formativo, desvendando lacunas do conhecimento demonstrando os aspetos positivos.

Foi precisamente motivada por este espírito e aliando as necessidades diagnosticadas na UCC, ao nível das dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio, que emergiu a necessidade de planear uma intervenção comunitária. Como sustenta Tavares (1990), o planeamento em saúde é sempre voltado para o futuro, consiste num processo que se caracteriza pela sua natureza contínua e dinâmica, pela racionalidade ao nível da tomada de decisões, permitindo a seleção de um percurso de ação, uma ação propriamente dita e uma relação de causalidade entre a ação que se toma e os resultados a obter. Foi com base na sua característica sistémica, multidisciplinar e interativa, com alocação de recursos, e índole cíclica, que procedi ao planeamento em saúde para poder operar mudanças na capacitação dos cuidadores informais. Assim, face ao diagnóstico da situação que permitiu identificar e selecionar as prioridades dos cuidadores informais, de uma forma o mais fidedigna possível promovi, através de sessões formativas, aumentar as suas capacidades para cuidar do seu ente querido. Este projeto teve como base a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, que permite melhorar a qualidade da prática de enfermagem, na medida em que este modelo inter-relaciona conceitos de modo a criar uma forma diferente de encarar um fenómeno em particular, sendo utilizada pelos enfermeiros

para orientar e melhorar a prática. Neste âmbito, também procurei guiar as minhas intervenções com base em evidências de elevada qualidade tendo neste sentido, realizado uma revisão integrativa da literatura intitulada “Intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para prestação de cuidados”, que serviu também para identificar as melhores estratégias para capacitar os cuidadores informais. A prática baseada em evidências permite recolher, processar e implementar resultados de investigação para melhorar a prática clínica, o ambiente de trabalho e os resultados dos utentes. As intervenções de enfermagem devem ser decisões práticas e metódicas baseadas em estudos de investigação de elevada qualidade.

Esteve também inerente a perspetiva de Imperatori e Girdales (1993), que sustentam que o objetivo de um problema de saúde consiste no enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, cuja evolução natural se expressa em termos de indicadores de resultado ou de impacto, sendo o seu objetivo operacional/meta o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade. Desta forma, considero que obtive resultados positivos, tendo-se traduzido no aumento das capacidades dos cuidadores informais, como ficou demonstrado, ou seja, ficam mais capacitados para cuidar a pessoa dependente ao nível dos autocuidados.

Todavia, Imperatori e Girdales (1993) salientam que qualquer planeamento em saúde tem as suas limitações. Como tal, na implementação do projeto existiram fatores que se constituíram como constrangimentos, nomeadamente a amostra inicial ser de 14 cuidadores e ficar reduzida a apenas 6 cuidadores. Foi também limitativo o facto de não se ter podido fazer as seis sessões no tempo previsto devido a condicionantes inerentes aos cuidadores informais, como a dificuldade de desolação à UCC e não terem a quem delegar o cuidado do seu familiar dependente. Não obstante, julgo que atingi os objetivos delineados para as sessões formativas, traduzindo-se numa mais-valia para os cuidadores informais, para a pessoa cuidada e para mim enquanto futura EEECSOSP.

A reflexão é um elemento essencial na prática de todos os enfermeiros. A aplicação da reflexão à prática tem vantagens claras, por exemplo, permitiu-me consolidar conhecimentos com as experiências de aprendizagem adquirindo e melhorando as minhas competências.

Como aspetos facilitadores à consecução dos objetivos propostos, saliento a diversidade e complexidade de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento ao longo dos EC e que em muito enriqueceram o meu percurso académico enquanto futura EEECSOSP.

Por tudo o que foi explanado, posso afirmar que desenvolvi competências e ferramentas valiosas para o desempenho de funções futuras na qualidade de EEECSOSP. Contudo, torna-se evidente que as competências, habilidades, conhecimentos e experiências necessárias para ser uma EEECSOSP de excelência são infindáveis havendo por isso, muito caminho para percorrer.

Quero ainda salientar que o perfil de competências específicas é desenvolvido como preconizado pela OE na realização dos EC ao longo dos quais, me esforcei para que dessem sentido aos objetivos previamente traçados, procurando o meu enriquecimento profissional e pessoal, o que culminou num processo reflexivo sobre as experiências vividas que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, bem como dos aspetos a melhorar, promovendo a minha capacidade de análise crítica. Procurei relatar vivências, sentimentos, dificuldades e obstáculos que interferiram no meu processo de aprendizagem sempre com espírito crítico e de forma imparcial. Naturalmente todo este processo exigiu um esforço redobrado na aquisição de conhecimentos teóricos, de modo a compreender a prestação de cuidados de qualidade nos *timings* preconizados considerando, que este empenho me proporcionou a possibilidade de prestar cuidados de forma autónoma e interdependente, permitindo o meu aperfeiçoamento na capacidade para estabelecer uma comunicação empática com os utentes e equipa de saúde, bem como o crescimento da segurança e autonomia associados ao desenvolvimento de destreza e do conhecimento técnico-científico. Agora no final, considero ter demonstrado uma postura global positiva, tendo atingido os meus objetivos com sucesso, após a aplicação de esforço e empenho. Mas, como diz Fernando Pessoa, “o caminho faz-se caminhando” e eu ainda estou a dar os primeiros passos na Enfermagem Especializada, com juízo crítico e pensamento lógico e fundamentado, com o intuito de promover os melhores cuidados e dar resposta às reais necessidades dos utentes.

Não sendo fácil o relato fiel da magnitude dos saberes adquiridos posso, no entanto, afirmar sem qualquer margem de dúvida, que os EC contribuíram ativamente para o desenvolvimento

de competências especializadas na área de EEECSOSP ao consolidar na prática a teoria adquirida nas várias unidades curriculares do curso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu reunir resumidamente as atividades desenvolvidas ao longo destas semanas de EC. Na sua elaboração procurei articular os conteúdos lecionados nas unidades curriculares com a componente prática, adotando para tal, uma postura crítica e reflexiva, no sentido de potenciar o desenvolvimento de competências especializadas e de lhes dar consistência. Ao longo deste documento tive a oportunidade de enfatizar ferramentas que considero essenciais no auxílio da tomada de decisão e de valorizar protocolos e normas existentes, que permitem uniformizar os cuidados alicerçados na melhor evidência científica.

Fazer um diagnóstico das necessidades concretas dos cuidadores informais com rigor, implicou conhecer a especial natureza e configuração que eles têm enquanto parceiros do cuidar. Equivaleu também a conhecer a sua heteronímia, os seus receios e dificuldades, tendo sempre em conta a sua singularidade, cheia de valores imprescindíveis para a continuidade dos cuidados à pessoa dependente no domicílio. É preciso haver consensos e não divergências.

Tendo a consciência que os cuidadores informais necessitam frequentemente de formação formal e de terem a consciência dos recursos disponíveis para os ajudar a cuidar do seu ente querido. Assim, o planeamento em saúde permitiu-me desenvolver intervenções para satisfazer as necessidades dos cuidadores informais, capacitando-os para prestarem cuidados adequados e apropriados à pessoa dependente dos seus cuidados. Satisfazer as necessidades dos cuidadores informais, as exigências e as dificuldades na gestão dos autocuidados da pessoa dependente, ter de coordenar diferentes tarefas, a falta de informação e conhecimento adequado para dar continuidade aos cuidados requerem uma intervenção adequada por parte do EEECSOSP.

Ao chegar a esta fase do meu percurso como enfermeira em formação, posso afirmar que esta etapa do meu processo de ensino e aprendizagem foi um desafio, no qual a motivação, a perseverança e empenho estiveram sempre presentes e a realização dos EC foram momentos em que procurei agir de acordo com uma perspetiva crítico-reflexiva, permitindo-me analisar a minha atuação/intervenção de forma a implementar melhorias na minha prática e assim, contribuir para a prestação de cuidados aos utentes/grupos/comunidade cada vez mais

qualificados e de excelência, no caso específico aos cuidadores informais que necessitam do nosso apoio para que possam apoiar a pessoa cuidada.

Neste sentido, enfatizo a realização do projeto o qual teve implicações para a prática, nomeadamente uma articulação entre USP e UCC, podendo o mesmo ser replicado na UCC pois, a capacitação dos cuidadores ajudou na consecução do papel de cuidar, que foi guiado pelo Modelo Teórico de Orem (2001). Os cuidadores informais desempenham papéis significativos no cuidado à pessoa dependente no domicílio e a sua competência de cuidado afeta a sua qualidade de prestação de cuidados. Considero que com a implementação do meu projeto contribuí para uma melhoria das competências dos cuidadores informais na área da gestão dos autocuidados à pessoa dependente, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados domiciliários. A Teoria de Orem (2001), sobre o autocuidado permitiu-me uma prática centrada na pessoa, ou seja, na capacitação dos cuidadores informais dobrando-os de mais conhecimentos e capacidade para os autocuidados a serem prestados à pessoa alvo dos seus cuidados, sendo este um preditor importante da qualidade de vida relacionada com a saúde e um indicador valioso para a minha futura prática profissional ajudando a prevenir a fragilidade das pessoas. Um melhor autocuidado proporciona qualidade de vida da pessoa dependente e dos próprios cuidadores informais. Posso afirmar que a questão-chave do meu projeto foi capacitar para melhorar as capacidades de autocuidado. Neste estudo apliquei a Teoria de Orem (2001), para tentar melhorar as capacidades de autocuidado e a qualidade de vida da referida díade, tendo concluído que a implementação do meu projeto foi eficaz. Esta questão oferece boas evidências relativamente aos efeitos positivos da enfermagem centrada na pessoa, da enfermagem proativa e da perícia nos cuidados prestados. Sem dúvida, este projeto tornou-me numa profissional mais qualificada, pois considero que uma das suas implicações para a disciplina de Enfermagem, foi ter baseado a prática na evidência, tendo sido reflexo a realização da revisão integrativa que me ajudou no seu desenvolvimento do mesmo. Por fim, quero salientar que no âmbito da Enfermagem como ciência, a área de especialidade em EEECSOSP é fundamental contribuindo com a realização de projetos, com a sua visão epidemiológica que permita a lucidez da visão global da saúde pública e operativa da saúde comunitária.

A Teoria do Déficit de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral de Orem pois, determina a necessidade da intervenção de Enfermagem, no caso concreto por parte do

EEECSCSP, cuja intervenção surge quando o indivíduo é incapaz de manter a quantidade e qualidade de autocuidado, fundamental à sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou na capacidade para lidar com os seus efeitos. Como preconiza a OE (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018, Artigo 2.º, p. 19354), uma das competências específicas deste Enfermeiro Especialista é contribuir “para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, liderando “processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”. Também fazem parte do seu campo de ação neste âmbito, a participação, “em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade”; pesquisar e diagnosticar “problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas”; a mobilização de “parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde”, bem como conceber, planear e implementar “programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais” (OE, Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19356).

Ao terminar este relatório encerro um ciclo formativo, que representou não só o desenvolvimento de competências, mas também a contribuição para o saber de enfermagem. Este projeto trouxe ganhos em saúde, expressos na sua avaliação, mas também obtidos nas partilhas. Assim, as potencialidades alcançadas permitem-me sugerir que este tipo de projetos se pode alargar a outros contextos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Baker, N. N., AbuAlrub, S., Obeidat, R. F., & Assmairan, K. (2021). Evidence-based practice beliefs and implementations: a cross-sectional study among undergraduate nursing students. *BMC Nursing*, 20(1). doi:10.1186/s12912-020-00522-x
- Administração Central do Sistema de Saúde. IP. (2022). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022. República Portuguesa. Disponível em [acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ACSS-Operaracionalização\\_CSP\\_2022\\_Final.pdf](https://acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ACSS-Operaracionalização_CSP_2022_Final.pdf)
- Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (2018). Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde de Baixo Mondego 2018-2020. Disponível em [HTTP://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LLOCAL-DE-SA%C3%A9ADE-Aces-BM.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LLOCAL-DE-SA%C3%A9ADE-Aces-BM.pdf)
- Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego. (2019a). Diagnóstico de Situação. Coimbra: Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Mondego. Coimbra, Portugal.
- 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.
- Alcina Gomes da Silva, C. F. (2018). Plano Local de Saúde. Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego. 2018-2020. Agrupamento de Centros de saúde do Baixo Mondego.
- Arnaut, A. (2009). Serviço Nacional de Saúde SNS - 30 Anos de Resistência. Coimbra,
- Benner, P. (1984). From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 307 pp., \$12.95 (soft cover). *Research in Nursing & Health*, 8(1), 95–97. doi:10.1002/nur.4770080119
- Benner. P. (2001). De iniciado a perito. (A.A.Queirós.Trad.) Coimbra: Quarteto Editora.
- BICSP (2021). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Bilhete de Identidades dos Cuidados de Saúde Primários. (2021). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>.
- Chase, J. D., Russell, D., Rice, M., Abbott, C., Bowles, K. H., & Mehr, D. R. (2019). Caregivers' Perceptions Managing Functional Needs Among Older Adults Receiving Post-Acute Home Health Care. *Research in gerontological nursing*, 12(4), 174–183. <https://doi.org/10.3928/19404921-20190319-01>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2018) Integridade na investigação científica. Recomendação. [http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1523888172\\_IntegridadeCNECV2018.pdf](http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1523888172_IntegridadeCNECV2018.pdf)
- Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). Custos e preços na saúde: passado, presente e futuro. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/custos-e-pre%C3%A7os-na-sa%C3%BAdede-passado-presente-e-futuro>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04
- Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho. Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Diário da República, I Série A - Nº 109. Decreto-Lei Nº 101/2006. Artigo 27º. [Online] 6 de junho de 2006. [Citação: 18 de julho 2022.] 3856-3865. <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Lisboa, Portugal
- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>
- Dixe, M. D. A. C. R., da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., de Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019a). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 19(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>

- Dixe, M. dos A. C. R., da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., de Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019b). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1). doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Dixe, M. dos A. C. R., Frontini, R., Sousa, P. M. L., Peralta, T. de J. de A., Teixeira, L. F. da C., & Querido, A. I. F. (2019b). Dependent person in self-care: analysis of care needs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/scs.12777
- Dixe, M. dos A. C. R., Pereira Soares, E. M., Rodrigues Gomes, J. C., Dionísio de Almeida Pereira, C. D., Carvalho, D., da Conceição Teixeira, L. F., Lopes Sousa, P. M., Fernandes Amado, S. C., de Jesus de Almeida Peralta, T., Lopes, P., & Fernandes Querido, A. I. (2021). Development and psychometric validation of a multidimensional scale on the self-care needs of dependent people. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 24, 100427. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.202>
- Ferreira, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gill, E. (2020). What is Your Teaching Style? 5 Effective Teaching Methods for Your. <https://resilienteducator.com/classroom-resources/5-types-of-classroom-teaching-styles/>
- Groenvynck, L., de Boer, B., Beaulen, A., de Vries, E., Hamers, J. P. H., van Achterberg, T., van Rossum, E., Khemai, C., Meijers, J. M. M., & Verbeek, H. (2022). The paradoxes experienced by informal caregivers of people with dementia during the transition from home to a nursing home. *Age and Ageing*, 51(2), afab241. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab241>
- 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
- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1992). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.ª Edição. Lisboa: Edições de Saúde.
- INE (2022). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+envelhecimento-526>
- International Council of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Jacobs, M. T., Broese van Groenou, M. I., Aartsen, M. J., & Deeg, D. J. H. (2016). Diversity in Older Adults' Care Networks: The Added Value of Individual Beliefs and Social Network Proximity. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbw012. doi:10.1093/geronb/gbw012
- Lehane, E., Leahy-Warren, P., O'Riordan, C., Savage, E., Drennan, J., O'Tuathaigh, C., ... Hegarty, J. (2018). Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. *BMJ Evidence-Based Medicine*, bmjebm-2018-111019. doi:10.1136/bmjebm-2018-111019
- Lei de Bases da Saúde, lei nº 48/90 de 24 de Agosto. [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1668&tabela=leis&so\\_miolo](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis&so_miolo)
- Louro, C.; Kraus, T. (2022). *Planeamento do Estágio I Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública I. Leiria*. Disponível em <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGpGKbgDVBjWjCRhsNzqMfvSqKr?projector=1&messagePartId=0.1>;
- Maia, A.C.; Nogueira, P.; Henriques, M.A.; Farinha, C.; Costa, A. (2022) Ageing and Long-Term Informal Care: The Reality of Two Countries in Europe: Denmark and Portugal. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 10859.
- Manual de Acolhimento (2019). Unidade de cuidados na comunidade. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061351/Pages/default.aspx>
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62–66. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)

- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C., Smith & Parker, M. E., Parker (2015). Nursing theories & nursing practice (4th ed), pp. 361-380. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- 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, M.C.F. (2020). A unidade de saúde pública e o empoderamento comunitário. (relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35904/1/202505464.pdf>
- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel-Edições Técnicas. 1ª edição.
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Ministério da Saúde (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Consultado a 10 julho de 2022. Disponível em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufd/2/20020/2011383/Pages/default.aspx>.
- Murphy, T.G., MacKenzie, A., Guy-Walker, J., & Walker, C. (2014). Needs-based human resources for health planning in Jamaica: using simulation modelling to inform policy options for pharmacists in the public sector. *Human Resources for Health*, 12(1). doi:10.1186/1478-4491-12-67
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica. Departamento de Enfermagem ESS/IPS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2020). Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. Setubal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem Campus do IPS, Estefanilha
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (inserido no Estatuto da OE Republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro). <https://WWW.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislação/Documents/Legislação OE/Código Deontológico.pdf>
- Orem, D. (2001). Nursing: concepts of practice. (6ª ed). St. Louis: Mosby.
- Peres, B., Gouveia, É. R., & Campos, P. F. (2022). The Impact of Mobile Phone Reminders on Perceived Self-Care Levels of Informal Caregivers. *Informatics*, 9(3), 59. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/informatics9030059>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- PORDATA (2021). Indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+envelhecimento-526>.
- Queirós, P.J.P., Vidinha, T.S.S., & Filho, A.J.A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência; Série IV – 3*, 157-164 . <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Querido, A.I.F., Laranjeira, C.A., & Dixe, M.A.C.R. (2020). Help2care: Ehealth strategies for self care of users and caregivers based on nightingale's work. *Rev Bras Enferm.*; 73(Suppl 5):e20200358. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0358>
- Querido, A. (2015). A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Relatório de Estágio. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria (2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria).

- Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Diário da República nº 184/2019. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento no 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018) Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Rev Port Saúde Pública*; 32, 27–36.
- Rocha, C. T. (2017). Diagnóstico de Situação ACES do Baixo Mondego. ACES do Baixo Mondego. Coimbra
- Rosa, M. J. V. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Relógio D'Água Editores.
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022) Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21047. <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Sarmento, H., Anguera, T., Campaniço, J., & Leitão, J. (2010). Development and validation of a notational system to study the offensive process in football. *Medicina*, 46(6), 401. doi:10.3390/medicina46060056
- Silva, D., & Silva, E. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 103–119. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%c3%adnico.pdf>
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., Andrade, L. R. de, & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. doi:10.1590/1413-81232020259.19562020
- Tigulini, R. D. S., & Melo, M. R. A. D & C. (2002). A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. In: *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (Eds.). (2014). *Nursing theorists and their work*. Mosby.
- Usher, K., & Holmes, C. (2017). *Reflective practice: what, why and how*. Australia: Elsevier.
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

## ANEXOS

# ANEXO I - Pedido de parecer à Comissão de Ética



h

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>PARECER FINAL:</b><br>Favorável | <i>Tomado conhecimento e despacho: deliberação do Conselho de Ética para a Saúde</i><br>17.11.2022 |
|------------------------------------|--|

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>ASSUNTO:</b> | <p>Título: "Capacitar para cuidar - Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC Farol do Mondego", <b>Processo n° 110/2022</b></p> <p>Autores: Enfermeira Maria Emília Teixeira da Silva Moreira, Instituto Português do Sangue e da Transplantação -Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra IP, Professora Doutora Catarina Inês Costa Afonso, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria</p> |
|-----------------|--|

Conselho Diretivo  
C. A.R.S. do Centro, L.P.

*[Signature]*

Dr. Mário Ruivo  
Vogal

*[Signature]*  
Dr. Fernando Cravo  
Vogal

Trata-se de um projeto de intervenção-investigação, a desenvolver na UCC Farol do Mondego, com vista a desenvolver e avaliar um programa para promover a capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados, com foco na aquisição de conhecimentos.

O projeto terá as seguintes fases:

- a) Identificação dos conhecimentos, capacidades e as necessidades dos cuidadores informais em relação à prestação de cuidados. Utilizarão os seguintes instrumentos: questionário para caracterização sociodemográfica; escala para avaliação das capacidades do cuidador informal (Dix, et al 2021) e entrevista para auscultação dos cuidadores informais sobre as necessidades sentidas (todos os instrumentos constam no processo);
- b) Realização de 6 sessões de educação para a saúde. Quatro com foco nos autocuidados alimentação, cuidados de higiene e conforto, higiene sanitária, vestir e despir, mobilidade e transferência, gestão de sintomas, medicação e comunicação;
- c) Avaliação das capacidades do cuidador informal, após intervenção - escala de autopreenchimento para avaliação das capacidades do cuidador informal (Dixe et al de 2021). Têm autorização para a utilização da Escala da Autora.
- d) Desenvolvimento de um guia de prestação de cuidados a ser disponibilizado aos cuidadores.

Os participantes, que integrarão o projeto/estudo serão identificados pelos enfermeiros que integram a UCC- ECCI de entre os seus utentes, tendo em conta os critérios de seleção definidos pelas investigadoras.

## ANEXO II - Autorização ao Conselho de Administração da ARS Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

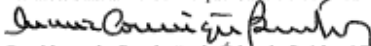
Como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser cuidador familiar de uma pessoa com dependência a residir na área de abrangência da UCC [REDACTED] compreender e falar português; aceitar voluntariamente e ter disponibilidade para participar no programa. Critério de exclusão: não atender aos critérios de seleção.

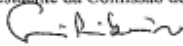
As autoras afirmam comprometer-se a garantir que será mantida confidencialidade da identidade dos participantes, o sigilo relativamente às informações recolhidas no decurso do estudo, bem como a privacidade dos informantes. Caso o cuidador familiar desista no decurso da intervenção é garantido o encaminhamento para um apoio estruturado.

Foi solicitada autorização do estudo ao Diretor Executivo do ACeS [REDACTED] e ao Coordenador da UCC onde decorrerá. Consta do processo a autorização deste último. O projeto de consentimento informado está em conformidade com o definido por esta Comissão de Ética. Estando cumpridas as exigências éticas em projetos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Coimbra, 14 de novembro, 2022

Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

  
Presidente da Comissão de Ética da Saúde - ARS

  
(Carlos Fontes Ribeiro)

ANEXO III - Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021)



**AVALIAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL**

**Caraterização social demográfica do cuidador informal**

Sexo: Feminino  Masculino  Idade: \_\_\_\_ anos

Grau de parentesco/relação com a pessoa dependente: Cônjuge  Filho  Irmão  Neto  Outro familiar  Se sim, qual?  
 \_\_\_\_\_ Amigo

Habilitações literárias: Sem escolaridade  Sabe assinar  Sabe ler e escrever  4ª classe/1º ciclo/ ensino básico  Ensino preparatório/2º ciclo do ensino básico  9º ano/3º ciclo do ensino básico  12º ano/Ensino secundário  Curso médio  Curso superior  Outra situação  Especificar qual \_\_\_\_\_

Situação profissional: Trabalha por conta própria  Trabalha por conta de outra pessoa  Reformado (a)   
 Doméstica  Estudante  Outro  Especificar qual \_\_\_\_\_

Vai ter ajuda para cuidar do seu familiar: Sim  Não ; Mora com o utente de quem vai cuidar: Sim  Não

Já cuidava anteriormente do seu familiar: Sim  Não  Se sim, em média quantas horas por semana \_\_\_\_\_

**Instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal**

**1. Cuidar: Alimentação**

| Sinto-me capaz de:  | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente | Não aplicável |
|---|---------------------|----------|----------|---------------------|---------------|
| Perceber quando devo alimentar a pessoa dependente  |                     |          |          |                     |               |
| Gerir o horário estabelecido para as refeições a pessoa dependente                              |                     |          |          |                     |               |
| Gerir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente                               |                     |          |          |                     |               |
| Utilizar estratégias que estimulem a ingestão alimentar a pessoa dependente, quando necessário. |                     |          |          |                     |               |
| Reconhecer situações que aumentam as necessidades hídricas da pessoa dependente.                |                     |          |          |                     |               |
| Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)        |                     |          |          |                     |               |
| Perceber se a pessoa dependente ingere sólidos de forma segura                                  |                     |          |          |                     |               |
| Perceber se a pessoa dependente ingere líquidos de forma segura                                 |                     |          |          |                     |               |
| Adaptar a consistência dos alimentos  |                     |          |          |                     |               |
| Dar de comer à pessoa dependente  |                     |          |          |                     |               |

|  |                            |                 |                 |                            |                      |
|--|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------|
| Dar de beber à pessoa dependente   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Posicionar a pessoa dependente para as refeições   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a alimentação |                            |                 |                 |                            |                      |
| <b>Sinto-me capaz de:</b>  | <b>Discordo Totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo Totalmente</b> | <b>Não aplicável</b> |
| Incentivar a participação da pessoa dependente nas atividades relacionadas a alimentação |                            |                 |                 |                            |                      |
| Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue                                |                            |                 |                 |                            |                      |
| Remover, lavar e aplicar prótese   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Perceber se existe cansaço da pessoa dependente durante a alimentação                    |                            |                 |                 |                            |                      |
| Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário                                    |                            |                 |                 |                            |                      |
| Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário   |                            |                 |                 |                            |                      |

## 2. Cuidar: Higiene Sanitária

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

## 3. Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto

|   |                            |                 |                 |                            |                      |
|---|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------|
| <b>Sinto-me capaz de:</b>   | <b>Discordo Totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo Totalmente</b> | <b>Não Aplicável</b> |
| Gerir o horário estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente |                            |                 |                 |                            |                      |

|   |                            |                 |                 |                            |                      |
|---|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------|
| Gerir o local estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente                           |                            |                 |                 |                            |                      |
| Escolher os equipamentos de apoio ao banho da pessoa dependente                                       |                            |                 |                 |                            |                      |
| Dar banho à pessoa dependente na casa-de-banho  |                            |                 |                 |                            |                      |
| Pentear o cabelo da pessoa dependente   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Lavar os dentes da pessoa dependente  |                            |                 |                 |                            |                      |
| <b>Sinto-me capaz de:</b>   | <b>Discordo Totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo Totalmente</b> | <b>Não aplicável</b> |
| Cortar as unhas da pessoa dependente  |                            |                 |                 |                            |                      |
| Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com os cuidados de higiene     |                            |                 |                 |                            |                      |
| Incentivar a participação da pessoa dependente nas atividades relacionadas com os cuidados de higiene |                            |                 |                 |                            |                      |
| Perceber a necessidade de prestar cuidados de higiene da pessoa dependente                            |                            |                 |                 |                            |                      |
| Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário  |                            |                 |                 |                            |                      |

#### 4. Cuidar: Mobilidade

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

### 5. Cuidar: Transferências

| <b>Sinto-me capaz de:</b>   | <b>Discordo Totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo Totalmente</b> | <b>Não Aplicável</b> |
|---|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------|
| Perceber a dificuldade que a pessoa dependente tem a transferir-se                                |                            |                 |                 |                            |                      |
| Gerir o horário tendo em conta a necessidade de transferência da pessoa dependente em segurança   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Gerir o local onde são realizadas as transferências em segurança                                  |                            |                 |                 |                            |                      |
| Identificar quais os equipamentos que possam se necessários e ajudem nas transferências do utente |                            |                 |                 |                            |                      |
| <b>Sinto-me capaz de:</b>   | <b>Discordo Totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo Totalmente</b> | <b>Não aplicável</b> |
| Utilizar os equipamentos indicados para a transferência do utente (por exemplo tabua, elevador)   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Perceber a necessidade de realizar as transferências  |                            |                 |                 |                            |                      |
| Transferir a pessoa dependente, de e para as posições necessárias                                 |                            |                 |                 |                            |                      |
| Incentivar a pessoa dependente a realizar as transferências                                       |                            |                 |                 |                            |                      |
| Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário   |                            |                 |                 |                            |                      |
| Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário  |                            |                 |                 |                            |                      |

### 6. Cuidar: Vestir e despir-se

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

### 7. Cuidar: Tomar a medicação

| <b>Sinto-me capaz de:</b>                              | <b>Discordo Totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo Totalmente</b> | <b>Não aplicável</b> |
|--|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------|
| Supervisionar a toma da medicação da pessoa dependente |                            |                 |                 |                            |                      |
| Detetar efeitos secundários da medicação               |                            |                 |                 |                            |                      |

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

### 8. Cuidar: Gestão de Sintomas

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

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Atuar perante uma situação de agressividade |  |  |  |  |  |
| Atuar perante uma situação de tristeza      |  |  |  |  |  |

### 9. Cuidar: Comunicação

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

## ANEXO IV – Autorização para aplicação do Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal (Dixe et al, 2021)

**Pedido de autorização** ▶ Caixa de entrada x

**Emilia Moreira** <metmoreira@gmail.com>  
para maria.dixe@ipleiria.pt

sexta, 30/09/2022, 20:30

Exma SrªDrª Maria dos Anjos Dixe

O meu nome é Maria Emília Teixeira, 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 da Professora Catarina Afonso, professoras do Politécnico de Leiria.

Pretendia desenvolver um projeto de intervenção comunitária, dirigido aos cuidadores informais no âmbito do curso supracitado, para integrar no relatório de estágio/ tese, sobre "Capacitação dos Cuidadores Informais no Cuidar: Um Projeto de Intervenção na UCC [redacted]". O objetivo específico deste projeto será capacitar os cuidadores informais na prestação de cuidados.

Assim sendo, pretendo solicitar autorização para a utilização dos instrumentos/materiais validados e disponíveis do projeto Help2Care a fim, de os poder utilizar no meu estágio.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e aguardo uma resposta para poder prosseguir o meu trabalho.

Melhores cumprimentos

Maria Emilia Teixeira  
Emilia Moreira

---

**Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe** <maria.dixe@ipleiria.pt>  
para mim

14/10/2022, 17:55

Boa tarde  
As minhas desculpas  
Quando abri não os tinha comigo e depois passou-me  
Os materiais estão na pagina do projeto  
A forma de trabalho da escala do doente estão no artigo que anexo  
Bom trabalho

2 anexos • Verificado pelo Gmail

Instrumentos fina...  
1-s2.0-S2405452...

## APÊNDICES

## CONSENTIMENTO INFORMADO

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.

Maria Emília Teixeira da Silva Moreira, mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, pela Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, encontra-se a desenvolver um estudo de investigação, sob orientação da Professora Catarina Afonso e Professora Teresa Kraus.

O objetivo do estudo é capacitar os cuidadores informais na aquisição de competências para a prestação de cuidados na (UCC) [REDACTED] âmbito das suas competências de cuidar dos cuidadores familiares de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), através de sessões de educação para a saúde.

O presente documento estabelece as condições e o âmbito da participação do cuidador familiar neste projeto:

1. A participação neste estudo prevê a realização de 6 encontros duas vezes por semana com a duração prevista de aproximadamente 60 minutos. A data e hora serão definidas consoante a disponibilidade do espaço para a realização dos encontros, bem como a do grupo de 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.
3. 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.

4. As informações serão utilizadas somente no contexto do estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade a privacidade dos seus dados pessoais.

5. Serão utilizados pseudónimos para todos os nomes e locais referenciados, assim como omitidos quaisquer detalhes que possam permitir a identificação dos entrevistados e das pessoas locais a que ele(a) se refere.

6. Os benefícios esperados à posteriori são convidar os enfermeiros a desenvolver um apoio formal e organizado dirigido aos cuidadores informais com necessidades de capacitação.

Com a assinatura do presente documento fica a mestrandia autorizada a utilizar exclusivamente para fins do seu trabalho de investigação 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 Maria Emília Teixeira da Silva Moreira, através do telefone 967014874 ou do endereço eletrónico metmoreira@gmail.com.

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

O participante: \_\_\_\_\_

O investigador: \_\_\_\_\_

Confirmo que expliquei ao Sr./Sr. <sup>a</sup> \_\_\_\_\_ o objetivo e as informações relativas ao estudo de forma adequada e inteligível. Garanto que os dados obtidos na entrevista serão para o desenvolvimento da investigação e a utilização dos dados será confidencial e anónima.

Nome legível da investigadora: ... ..

Assinatura: ... ..

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

---

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

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

## **Intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para prestação de cuidados**

### **Introdução**

Nos últimos anos têm-se verificado alterações demográficas e epidemiológicas, na população portuguesa e também europeia, como consequência do aumento da esperança média de vida, da diminuição da natalidade e mortalidade (Martins & Santos, 2020), encontrando-se Portugal com um índice de envelhecimento mais elevado na União Europeia (Instituto Nacional de Estatística, 2021). O concomitante aumento de incapacidade e comorbilidades, aumentam a probabilidade de diminuição da autonomia do indivíduo, deixando-o mais dependente de terceiros ou familiares para satisfazer os autocuidados diariamente (Souza et al. 2014).

O cuidador informal principal é aquele “que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não de remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Instituto da Segurança Social, 2021, p. 4). O cuidador informal consiste na pessoa que cuida ou auxilia um familiar com algum tipo de doença/incapacidade. Situação que pode impossibilitar o cuidador informal de continuar a exercer as suas atividades diárias e profissionais, assumindo apenas a tarefa de cuidar do seu familiar (Santos, 2020). Assim, os cuidadores informais assumem cada vez mais um papel relevante nos cuidados de saúde, dispendo de muitas horas de cuidados à pessoa dependente. Cuidados para os quais muitas vezes podem não estar preparados, estudos na área apontam que raramente os cuidadores recebem informações claras, sobre a doença, ou orientações para dar continuidade aos cuidados, sendo que a sua capacitação seja reconhecida como um componente importante na reabilitação do utente (Israel et al., 2009), e como um caminho seguro para se obter os melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos (Souza et al, 2014).

À medida que o papel do cuidador adquire maior relevância na sociedade atual, mas também mais exigências a nível de cuidados, a evidência demonstra que se associa a maior stresse e a consequências adversas para a saúde para o cuidador informal, pelo facto de não estarem capacitados para dar continuidade de cuidados à pessoa que cuida (Santos, 2020).

Na saúde e na doença, a morbidade (e a comorbidade) é quantitativamente maior e mais incapacitante, mais interrelacionada, com mais custos, com desafios substanciais a nível das políticas de saúde, da adequação da oferta e da procura de cuidados de saúde e da alteração profissional e das competências de saúde (Pinto, 2019). Tendo em conta as mudanças ocasionadas pelo envelhecimento populacional, deve-se considerar o aparecimento de algumas patologias, nas quais pode ser necessário tratamento clínico ou hospitalar, e em que o acompanhamento familiar se torna mais importante e premente (Pavin & Carlos, 2013). Segundo os mesmos autores, as intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação na prestação de cuidados proporcionam a aprendizagem para o autocuidado, desenvolvendo a confiança tanto na pessoa cuidada como na família, criando oportunidades para a aquisição de conhecimentos úteis aos cuidados (Pavin & Carlos, 2013).

Os desafios associados à transição dos cuidados são complexos e, portanto, requerem uma abordagem multifacetada e cuidados coordenados para melhorar a qualidade e os resultados de saúde. Garantir um elevado nível de cuidados centrados à pessoa cuidada e ao seu cuidador informal é particularmente importante para melhorar a qualidade e os resultados de saúde durante a transição de cuidados (Backman & Cho-Young, 2019). A literatura, baseada na experiência mostra que por norma, os cuidadores informais não são ensinados para a realização dos cuidados mais específicos, não estando completamente preparados para receber o seu familiar no domicílio (Dixe et al., 2019). Prestar cuidados a

“uma pessoa com algum nível de dependência exige lidar com uma diversidade de esforços, tensões e tarefas que podem superar as reais possibilidades do cuidador, podendo conduzi-lo à exaustão e ter um impacto a nível físico, psicológico, social e económico quer na vida do cuidador, como da pessoa foco dos seus cuidados” (Teixeira et al., 2017, p. 5).

O cuidado centrado na pessoa e na família/cuidador informal tem como foco a esta díade como um todo e não apenas a doença. Os componentes do cuidado centrado na pessoa e na família/cuidador informal incluem o cuidado holístico, o cuidado colaborativo com os profissionais de saúde, no caso concreto com os enfermeiros. Esta abordagem do cuidado engloba a própria experiência individual de saúde, família/cuidador informal, cultura e

comunidade, tendo como finalidade melhorar a autonomia da pessoa cuidada e do seu cuidador informal para tomarem decisões de saúde e melhorar a sua experiência geral de saúde (Carman et al., 2013). A corroborar Backman e Cho-Young (2019) referem que, nas últimas décadas, houve grandes avanços no que se refere ao cuidado centrado na pessoa e na família em todos os níveis do sistema de saúde. O cuidado centrado nesta díade é fundamental, bem como o envolvimento da pessoa cuidada e do seu cuidador informal. Este envolvimento deve implicar uma parceria com os enfermeiros. Backman e Cho-Young (2019), num estudo descritivo qualitativo com dados recolhidos através de entrevistas semiestruturadas via telefone entre julho e agosto de 2016 e com a participação de 8 doentes e seus cuidadores informais de províncias do Canadá, descreveu as perspetivas dos doentes e cuidadores informais sobre como melhorar e gerir o cuidado durante a transição do hospital para o domicílio, revelando que emergiram como temas principais: a necessidade de comunicação eficaz entre profissionais de saúde/doente/cuidador informal; a necessidade de melhorar os principais aspetos do processo de alta; e aumentar o envolvimento dos doentes e cuidadores informais nas práticas de cuidados. Os participantes também relataram sugestões sobre a melhor forma de gerir a transição dos cuidados, designadamente foco na comunicação efetiva de informações importantes ao doente e ao seu cuidador informal, fornecer recursos apropriados e aumentar o envolvimento desta díade, sendo esta uma estratégia importante para avaliar as práticas de transição de cuidados, a fim de facilitar o desenvolvimento de soluções inovadoras para uma alta mais segura (Backman & Cho-Young, 2019). Referiram ainda a importância de uma pessoa central como por exemplo, o enfermeiro ou de um forte sistema de apoio para ajudar durante esta fase crucial. Uma relação terapêutica entre os enfermeiros/pessoa cuidada/cuidador informal ajuda a alcançar a continuidade do cuidado, ou seja, a parceria entre estes resulta na tomada de decisão compartilhada (Backman & Cho-Young, 2019).

Os cuidadores informais desempenham um papel importante na promoção de todo o suporte e cuidados nas atividades diárias da pessoa cuidada. Como tal, é fundamental apoiá-los nesta experiência holística do cuidar, avaliando as principais dificuldades subjacentes ao papel do cuidador informal. As evidências enfatizam a necessidade de intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados direcionados para reduzir o impacto negativo do cuidado no domicílio, o que tem

sérias consequências na qualidade de vida da pessoa cuidada e do seu cuidador informal (Lindeza et al., 2020). Por conseguinte, as intervenções ao nível da transição dos cuidados facilitam a transferência segura e oportuna dos doentes e a adaptação do seu cuidador informal (Shepperd et al., 2013).

É importante possibilitar uma continuidade dos cuidados para o domicílio, o que requer um trabalho colaborativo e em equipa entre os vários elementos da equipa de saúde. A continuidade constitui-se com o direito dos cidadãos, sobretudo quando estes necessitam de cuidados e intervenção de profissionais de várias áreas dirigidos para situações crónicas ou complexas. Considera-se que há continuidade de cuidados quando os mesmos são prestados de forma complementar e num tempo adequado (Mendes et al., 2017).

As transições estão intimamente ligadas aos eventos do ciclo vital. Pela variedade de aspetos relacionam-se com os cuidados de enfermagem, no que diz respeito à prevenção e intervenção, para que o enfermeiro tenha um foco renovado no cuidado. Em enfermagem, a transição é um foco expressivo a ser considerado, uma vez que o enfermeiro auxilia a pessoa a passar por diversas situações e a adaptar-se aos efeitos das transições. Para a enfermagem, compreender as mudanças vivenciadas pelas pessoas e os recursos por eles utilizados facilita o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais saudáveis. Desta forma, as transições pertencem ao domínio da disciplina de enfermagem, quando se relacionam com a saúde e a doença, ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2010). A vivência das transições tem implicações para a prática profissional pois, orienta o enfermeiro a descrever as necessidades da pessoa no processo transacional, através de uma ampla visão com prevenção, promoção e intervenção ao nível dos cuidados. Neste sentido, as transições podem ser compreendidas e alteradas de acordo com a particularidade de quem as vivencia, no caso concreto da pessoa cuidada e do cuidador informal, ou seja, é fundamental que os enfermeiros implementem intervenções dirigidas aos cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados no domicílio.

O enfermeiro, no caso concreto do Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel importante no provimento de apoio aos cuidadores informais, aconselhando-os e informando-os sobre os apoios existentes na comunidade, esclarecimento de dúvidas, identificação de necessidades reais e capacitação dos cuidadores informais por forma a

reduzir as consequências adversas na vida dos cuidadores informais, promovendo a qualidade e segurança nos cuidados. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são equipas que atuam ao nível dos cuidados no domicílio, estão sediadas nos ACES, na dependência hierárquica e funcional das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) ou em cada Unidade Local de Saúde (ULS), que não tenha Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) constituído (Portugal, despacho n.º 3730/2011). Estas equipas multidisciplinares são constituídas por profissionais dos ACES (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional), articulando-se também com os parceiros locais e recursos comunitários disponíveis por forma a promover respostas complementares às necessidades dos utentes admitidos (Artigo n.º 27º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

As perspetivas e dificuldades dos cuidadores são de elevada importância pois, ajudam na preparação da transição dos cuidados, identificando-se as potenciais estratégias deste assumir o novo papel, resultando numa experiência mais positiva (Lindeza et al., 2020). Um estudo realizado na Holanda com uma amostra de 62 doentes na admissão hospitalar e com 22 cuidadores na alta hospitalar, referente à preparação dos cuidadores informais para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta hospitalar foi associada positivamente com o nível de colaboração entre os cuidadores e os enfermeiros, o nível de habilitações literárias dos cuidadores mais elevado e também a um maior grau de preparação na prestação de cuidados (Hagedoorn et al. 2020). Constatou também que os cuidadores mais velhos, que não tinham trabalho remunerado e sem formação ao nível dos cuidados de saúde sentiram-se menos preparados para cuidar do familiar no domicílio (Hagedoorn et al., 2020). O estudo mostra que a colaboração percebida dos cuidadores informais com os enfermeiros no hospital está significativamente associada a sentimentos de preparação dos cuidadores para garantir o cuidado ideal após a alta hospitalar. Os cuidadores informais relataram que a colaboração entre eles e os enfermeiros para a preparação da alta, visando a continuidade de cuidados, os torna mais capacitados, experienciando menos stresse, sobrecarga e contribui para uma melhor qualidade de vida do familiar cuidado e cuidador, tendo os enfermeiros reconhecido que eles são como um parceiro nos cuidados (Hagedoorn et al., 2020).

Perante estes pressupostos, assume toda a importância identificar as intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados através de uma revisão integrativa da literatura.

## Metodologia

A metodologia de revisão integrativa da literatura surgiu para verificar rigorosamente e combinar estudos com diversas metodologias e integrar os resultados. Tem o potencial de difundir os estudos de revisão em várias áreas do conhecimento. Trata-se de “um método que permite a síntese do conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática” (Sousa et al., 2017, p. 17).

O método de revisão integrativa da literatura possibilita a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem servir para a,

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

Cumprindo-se o rigor metodológico exigido à realização de uma revisão integrativa da literatura, percorreram-se as seguintes etapas (*Joanna Briggs Institute*): identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e procura de estudos nas bases de dados; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e apresentação da síntese dos conteúdos e do conhecimento.

Tendo por base o exposto, este trabalho consiste numa revisão integrativa da literatura realizada para responder à seguinte questão de investigação:

“Quais as intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados?”

### Definição da Estratégia PI[C]O e critérios de inclusão

Aplicou-se o método PI[C]O: *participants* - participantes [P]; *interventions* - intervenções [I]; *comparison*– comparações [C], caso existam; *outcomes* – resultados [O]. Deste modo, foram definidos os critérios de inclusão (cf. tabela 1).

**Tabela 1 – Método PI[C]OD e critérios de inclusão.**

| Critérios de Seleção | Critérios de Inclusão |
|----------------------|-----------------------|
| [P]Participantes     | Cuidadores informais  |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>[I]Intervenção</b>            | Intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais |
| <b>[C]Comparações</b>            | Não aplicável   |
| <b>[O]Resultados</b>             | Foco na capacitação para a prestação de cuidados            |
| <b>Data de publicação</b>        | 2018-2023   |
| <b>Língua</b>                    | Português, inglês   |
| <b>Disponibilidade do artigo</b> | Texto completo  |

### Estratégia de pesquisa de estudos em bases de dados

Para se proceder à localização dos estudos através do acesso a bases de dados disponíveis *on-line*, operacionalizaram-se os termos-chave ou seja, os descritores no *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library*, sendo estes: "caregivers"[MeSH Terms] OR caregivers[Text Word]", ""continuity of patient care"[MeSH Terms] OR continuity of patient care[Text Word]", ""empowerment"[MeSH Terms] OR empowerment[Text Word]", ""nursing"[Subheading] OR "nursing"[MeSH Terms] OR nursing[Text Word]"

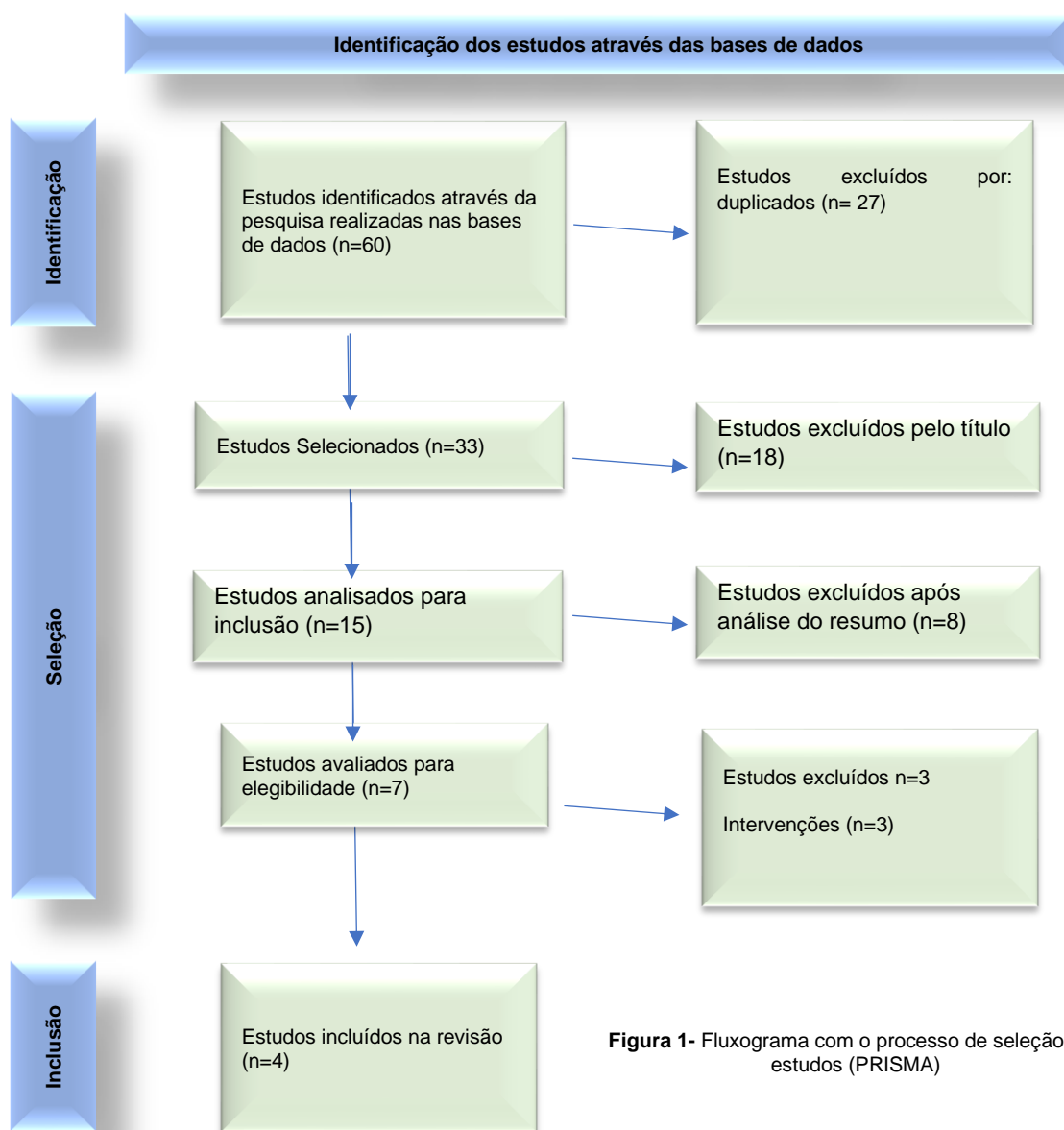
Uma estratégia sistemática de busca foi usada como parte desta revisão. Foram pesquisados bancos de dados para revisão de estudos relacionados com as intervenções de enfermagem dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para a prestação de cuidados: MEDLINE Complete, PUB MED, CINAHL complete e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Para a expressão de pesquisa utilizou-se o operador booleano AND, articulando com as palavras-chave validadas como descritores "caregivers"[MeSH Terms] OR caregivers [Text Word]", AND ""continuity of patient care"[MeSH Terms] OR continuity of patient care [Text Word]", AND ""patient discharge"[MeSH Terms] OR patient discharge [Text Word]", AND ""empowerment"[MeSH Terms] OR empowerment [Text Word]", AND ""nursing"[Subheading] OR "nursing"[MeSH Terms] OR nursing [Text Word]". Filters: 2018-2023. Na base de dados RCAAP foram utilizados os termos de pesquisa: Cuidador e alta hospitalar. Pesquisados estudos de 2016-2021. Língua: português e inglês.

### Resultados

A recolha de dados foi efetuada em duas etapas. A primeira consistiu na pesquisa avançada nas bases de dados, com detalhe da quantificação dos artigos: MEDLINE Complete,

Pub MED, CINAHL Complete e RCAAP totalizando 60 estudos. Para apresentar o processo de inclusão dos artigos recorreu-se ao fluxograma PRISMA, referente às 3 etapas do processo de seleção (cf. figura 1). Dos 60 estudos, 27 foram excluídos por serem duplicados; dos restantes 33 estudos, 18 foram excluídos após avaliação do título e 8 pelo resumo; restando 7 para elegibilidade, dos quais 3 estudos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão após leitura integral do texto. Foram incluídos nesta revisão 4 estudos, que cumpriam com os critérios de inclusão previamente definidos (Figura 1).



**Figura 1-** Fluxograma com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)

Seguindo-se as orientações preconizadas para uma revisão integrativa da literatura, os resultados são apresentados seguidamente na tabela 2.

**Tabela 2– Síntese dos estudos**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Estudo 1 (E1)</b>      | <b>Dixe, M.D.A.C.R., da Conceição Teixeira, L.F., Areosa, T.J.T.C.C. et al. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study.</b>   |
| <b>Tipo de estudo</b>     | Este estudo transversal, aplicação de questionário administrado numa única ocasião através de entrevista presencial.   |
| <b>Objetivo do estudo</b> | Compreender melhor as necessidades e competências do cuidador informal ao cuidar de uma pessoa dependente nos diferentes domínios do autocuidado.  |
| <b>Participantes</b>      | 143 cuidadores informais   |
| <b>Resultados</b>         | A média de idades dos 143 cuidadores informais era de 58 anos, sendo que o mais novo tinha 21 anos. A maioria deles era do sexo feminino a cuidar dos pais. A maioria das pessoas cuidadas eram completamente dependentes nas áreas de conforto e higiene (53,8%) e gestão de medicamentos (55,9%). Os cuidadores informais do sexo feminino manifestaram mais competências na higiene do que os homens, sem diferenças significativas na perceção das suas competências nas outras áreas de autocuidado. As cuidadoras mais velhas apresentaram menos competências em certas áreas do autocuidado, tais como alimentação, mobilidade, transferências, medicação e gestão e comunicação de sintomas. A maior parte da informação dada ao cuidador informal era sobre a doença (82,3%) e gestão da medicação (80,4%).   |
| <b>Estudo 2 (E2)</b>      | <b>Choi et al. (2018). Home discharge following critical illness: A qualitative analysis of family caregiver experience.</b>   |
| <b>Tipo de estudo</b>     | Estudo qualitativo descritivo, com recurso a entrevista semiestruturada.   |
| <b>Objetivo do estudo</b> | Descrever longitudinalmente os diversos desafios e necessidades dos cuidadores informais de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos relacionados com a alta hospitalar e continuidade de cuidados, desde o internamento dos doentes até 4 meses após a alta.  |
| <b>Participantes</b>      | 47 díades doente-cuidador informal incluídos na linha de base da avaliação durante o internamento. Entre eles, 40 doentes sobreviveram e tiveram alta da unidade de cuidados intensivos, dos quais 26 tiveram alta para casa e foram acompanhados durante 4 meses. Em 26 cuidadores informais desses doentes, 20 aceitaram ser entrevistados. As transições para o domicílio ocorreram em tempo variado e ao longo de diferentes trajetórias; 60% dos cuidadores informais participaram nas entrevistas em mais de dois momentos. Os cuidadores eram predominantemente mulheres (80%), de meia-idade (52±12 anos), cônjuge (n=12), pai (n=5) ou um filho adulto (n=3) do doente. Os doentes eram predominantemente homens (65%), com uma idade média de 51±19 anos e independentes (75%) antes da sua admissão na unidade de cuidados intensivos. Durante a permanência no hospital (em média 23±10 dias), os doentes permaneceram em ventilação mecânica por 20 ±10 dias.   |
| <b>Resultados</b>         | As necessidades de cuidados no domicílio percebidas pelos cuidadores informais foram: necessidades físicas e emocionais. Para a maioria dos cuidadores, era complexo prestar cuidados práticos para auxiliar nas atividades da vida diária (por exemplo, cuidados pessoais), especialmente durante os primeiros meses após a alta domiciliar (10 de 20). Embora as necessidades de cuidados físicos fossem uma preocupação principal no período anterior, os cuidadores não mencionaram as necessidades de cuidados físicos no período posterior. No entanto, as necessidades emocionais continuaram a ser um desafio durante os últimos meses. Nove cuidadores relataram que o seu familiar revelava constante preocupação e ansiedade e estes tinham de lidar com “explosões” ocasionais, uma experiência relatada pelos cuidadores informais como stressante. Os cuidadores perceberam que o sofrimento emocional do seu familiar se devia provavelmente à discordância entre as suas expectativas e o ritmo real de recuperação. Todos os cuidadores referiram que a alta para o domicílio teve um progresso positivo, tendo sido capacitados pelos enfermeiros para o cuidar do seu ente querido, tendo recebido informações para estarem sempre vigilantes aos sinais e sintomas do seu familiar, nunca o deixando |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | sozinho, mesmo nos casos em que os doentes progrediram em termos de independência no autocuidado e/ou gestão da medicação. O estudo revela que os cuidadores informais (n=20) consideraram a alta como positiva, mas relataram que não tiveram tempo suficiente para se preparem para a transição dos cuidados no domicílio, que necessitavam de mais informações e mais capacitação para ajudar na gestão das necessidades de cuidados dos doentes, o que teria facilitado mais a sua recuperação.  |
| <b>Estudo 3 (E3)</b>      | <b>Allen et al. (2018). User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives</b>  |
| <b>Tipo de estudo</b>     | Estudo descritivo, qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas.  |
| <b>Objetivo do estudo</b> | Descrever a experiência de doentes e cuidadores informais em relação à transição do hospital para o domicílio e as intervenções de enfermagem.   |
| <b>Participantes</b>      | 19 idosos com doença crónica e 7 cuidadores informais. Os participantes tinham em média 78,9 anos (faixa etária entre os 45-94 anos) e 16 (61,5%) eram do género feminino.   |
| <b>Resultados</b>         | <p>Seis temas principais foram identificados para descrever a experiência da transição de cuidados: 1. Precisar de se tornarem mais independentes; 2. Relações de apoio com os cuidadores; 3. Relações de carinho com os profissionais de saúde; 4. Ter de procurar mais informações; 5. Discutir e negociar o plano da transição de cuidados; 6. Aprender a cuidar de si.</p> <p>De acordo com todos os idosos, a relação e o apoio dos seus cuidadores informais foram essenciais para que permanecessem no domicílio e para que se tornassem independentes, sendo esta a base da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Dois idosos relataram que os membros da família conseguiram promover o devido suporte para responder às suas dificuldades de saúde por terem sido capacitados para tal por parte dos enfermeiros. Alguns idosos enfatizaram a forma empática dos enfermeiros, sendo atenciosos e explicaram a si e aos seus cuidadores as intervenções do plano de cuidados para a transição, o que lhes deu segurança a si e aos seus cuidadores. Para muitos participantes, os enfermeiros acompanharam sempre através de telefonemas para verificar como estavam após a alta hospitalar. Esses participantes valorizaram esse cuidado, pois sentiram-se cuidados como pessoa, o que reforçou o seu senso de confiança em estar no domicílio. A maioria dos participantes perceberam relações positivas com os profissionais de saúde, particularmente por parte dos enfermeiros, sendo as necessidades do utente e dos cuidadores atendidas e incluídas no plano de alta, tendo os enfermeiros partilhado informações e ensinamentos sobre os autocuidados, consideraram que as suas necessidades foram consideradas. Todos os participantes perceberam a importância de cuidar de si mesmos para serem independentes, em relação ao regime terapêutico mais complexo, colostomias e cateteres urinários, aprendendo a estar atentos aos sinais e sintomas, bem como em relação à monitorização dos valores da glicose. Muitos participantes relataram que os enfermeiros foram atenciosos e transmitiram informações por escrito acerca da alta, o que foi muito útil para entenderem as suas necessidades de autocuidado.</p> |
| <b>Estudo 4 (E4)</b>      | <b>Querido, A.I.F., Laranjeira, C.A., Dixe, &amp; M.A.C.R. (2020). Help2care: Ehealth strategies for self-care of users and caregivers based on nightingale's work.</b>  |
| <b>Tipo de estudo</b>     | Relato de experiência Portuguesa sobre o Help2Care, um projeto de pesquisa-ação (2017-2019), tendo como eixo orientador os conceitos de Florence Nightingale sobre a relevância do ambiente de atendimento domiciliário.   |
| <b>Objetivo do estudo</b> | Relatar a experiência sobre o desenho e implementação do Help2Care (um programa de Saúde que visa apoiar os cuidadores informais de pessoas dependentes) e identificar a sua estrutura e funcionalidade  |
| <b>Participantes</b>      | Cuidadores informais   |
| <b>Resultados</b>         | O programa Help2Care revelou ser uma valiosa ferramenta de apoio para uma melhor aprendizagem, aconselhamento e assistência dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Diferentes estratégias de Saúde foram utilizadas para capacitar o cuidador no autocuidado, a fim de ter uma transição segura entre contextos de saúde no momento da alta do doente. O Help2Care permite inspirar outras formas de prestar cuidados, bem como uma redução na taxa de readmissão nas organizações de saúde para pessoas que revelam insuficiente apoio de cuidados em ambientes domiciliários.  |

## Discussão dos resultados

A análise dos artigos que constituíram o *corpus* de análise desta revisão integrativa da literatura indica que os cuidadores informais desempenham um papel importante na transição dos cuidados para o domicílio, o que requer uma preparação para a alta bem-sucedida e feita atempadamente, de modo a que estes tenham a possibilidade de poder esclarecer dúvidas, serem identificadas as suas dificuldades por forma a dar respostas atempadas às mesmas, dotando-os de capacidades para a continuidade dos cuidados no domicílio. Os estudos destacam como fundamental envolver efetivamente os cuidadores informais na alta para o domicílio, o que corrobora evidências anteriores (Dossa et al., 2012; Foust et al., 2012).

No E1 de Dixe et al. (2019), onde a maioria das pessoas cuidadas eram completamente dependentes nas áreas de conforto e higiene (53,8%) e gestão de medicamentos (55,9%), a maior parte da informação dada ao cuidador informal era sobre a doença (82,3%) e gestão da medicação (80,4%). O estudo concluiu que existe ainda muitas áreas de autocuidado, onde nenhuma informação ou quase nenhuma é dada aos cuidadores informais. Antes da alta de uma pessoa dependente é importante reconhecer as necessidades e competências do cuidador informal, capacitá-lo para cuidar dos seus familiares, ajudar a diminuir a sua carga e consequentemente, diminuir o número de readmissões hospitalares. Neste âmbito, um estudo anterior de Schuurmans et al. (2012), revela que a equipa de saúde na alta hospitalar raramente se centrou nestes aspetos relativos à continuidade de cuidados no domicílio, justificando esta evidência com o facto de os profissionais de saúde no hospital não verem os cuidadores informais como elementos fulcrais para a verdadeira continuidade de cuidados. De acordo com estes autores, o objetivo primário da interação entre profissionais e cuidadores informais deve concentrar-se na recolha de informação relevante sobre o doente, mas também sobre os cuidadores informais. Esta interação permite um cuidado centrado no doente e no cuidador informal, a vivência do cuidador informal desde a alta hospitalar até à continuidade de cuidados no domicílio, será mais positiva.

Neste contexto, Choi et al. (2018), (E2) verificaram que os cuidadores informais consideraram a alta como positiva, tendo obtido informações e capacitação por parte dos enfermeiros para ajudar na gestão das necessidades de cuidados dos doentes, o que facilitou

mais a sua recuperação. Estes resultados mostram que os cuidadores informais devem desempenhar um papel ativo durante o planeamento da alta, fazendo perguntas e partilhar informações com a equipa de saúde, o que está de acordo com estudos anteriores que mostram que os cuidadores informais desempenham um papel ativo como um intermediário entre a pessoa cuidada e os profissionais de saúde (Bragstad et al., 2014), o que implica que se veja o cuidador informal como um todo, numa visão holística e tê-lo como foco de intervenção, capacitando-o para a prestação de cuidados no domicílio. Após a alta, os cuidadores informais do estudo de Choi et al. (2018), (E2) relataram ter recebido informações por parte dos enfermeiros sobre o estado de saúde da pessoa cuidada, informações sobre a organização dos serviços de cuidados de saúde primários e informações sobre a quem recorrer em caso de dúvidas sobre a saúde e cuidados a prestar ao seu familiar no domicílio, havendo referência que alguns cuidadores a receberem informação por escrito sobre a continuidade dos cuidados. A empatia da equipa de saúde referida como um aspeto importante e com influência positiva na recuperação do utente. O E3 de Allen et al. (2018), mostra também a forma empática com que os enfermeiros lidaram com utentes e cuidadores informais, sendo prestativos e explicando o plano de alta, o que lhes deu mais segurança para a sua implementação no domicílio. Assim, os mesmos autores salientam que uma comunicação eficaz e assertiva pela equipa de enfermagem contribui para uma transição bem-sucedida, e que resulta em maior confiança para os cuidadores informais. Os cuidadores informais consideraram que aprenderam cuidados técnicos ao nível do autocuidado, mencionando ainda que tiveram a oportunidade de fazer perguntas aos enfermeiros sobre o apoio no domicílio. Os participantes referiram que os enfermeiros providenciavam informação por escrito e era muito útil para perceber os cuidados a ter no domicílio, facilitando a transição dos cuidados. Referiram ainda que observar os enfermeiros na prestação de cuidados proporcionou oportunidade de esclarecer dúvidas, contribuindo para a sua aprendizagem.

No E4 de Querido et al. (2020), que relata a experiência Portuguesa sobre o Help2Care, um projeto de pesquisa-ação (2017-2019), um programa de Saúde que visa apoiar os cuidadores informais de pessoas dependentes e identificar a sua estrutura e funcionalidade, ficou demonstrado que o programa Help2Care revelou ser uma valiosa ferramenta de apoio para uma melhor aprendizagem, aconselhamento e assistência dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Diferentes estratégias de Saúde foram utilizadas para capacitar o

cuidador no autocuidado, a fim de ter uma transição segura entre contextos de saúde no momento da alta do doente. O Help2Care permite inspirar outras formas de prestar cuidados, bem como uma redução na taxa de readmissão nas organizações de saúde para pessoas que revelam insuficiente apoio de cuidados em ambientes domiciliares. Trata-se de uma plataforma digital que inclui três recursos/módulos inter-relacionados: a) Uma aplicação móvel (app) para o cuidador de cuidados e/ou utilizador, com informação sobre as suas necessidades de cuidados e respetivos procedimentos adequados para responder a essas necessidades (por exemplo, informação sobre como para manter um tubo transparente desobstruído, sob a forma de textos, vídeos, questionários, procedimentos adequados e contacto de emergência). O tipo e formato da informação a fornecer para cada tipo de necessidade foi discutido entre investigadores de diferentes países, perspetivas dos cuidados de saúde, bem como profissionais de *design* e informática. Vários materiais diferentes a apoiar a capacitação e formação dos prestadores de cuidados foram produzidos a fim de serem selecionados e disponíveis de acordo com as suas necessidades e literacia. A *app* também facilita o contacto direto entre os cuidadores informais e o seu gestor de casos de cuidados de saúde, para que possam atualizar as suas necessidades esclarecer dúvidas quanto ao seu papel de cuidador; b) Uma aplicação *web* de *back-office* para profissionais de saúde onde podem gerir os cuidadores informais e pessoas dependentes; que também permitiu a ligação entre o hospital e profissionais de cuidados de saúde primários através da partilha de informação dos utilizadores e cuidadores informais. O planeamento pode ser iniciado pelo enfermeiro no hospital, utilizando esta plataforma *web* de *back-office*, onde o enfermeiro de saúde comunitária também pode ser incluído e participar no processo de capacitação do cuidador informal em contexto domiciliário. A partir do *back-office*, o enfermeiro pode avaliar as necessidades e as capacidades do cuidador informal através de ferramentas desenvolvidas na primeira atividade do projeto e, portanto, adaptar os materiais que melhor respondam à capacitação e preparação do cuidador informal e utente para a melhor transição entre o hospital e o domicílio; c) Portal do cuidador informal - aplicação *web*, onde este acede a informações que pode ser consultada [<http://www.help2care.pt/>], que inclui informação sobre os conhecimentos sobre a capacidade de autocuidado em higiene e conforto, mobilidade e equilíbrio, obstrução das sondas alimentares, desnutrição e desidratação, comunicação, gestão dos sintomas, gestão de medicamentos e técnicas relacionadas com a

prevenção da exaustão do cuidador; documentação de capacitação do cuidador, incluindo tutoriais, vídeos, questionários, textos escritos, FAQs sobre como realizar certos procedimentos de cuidados; manuais do utilizador sobre os cuidados numa aplicação móvel e instruções sobre como descarregar e instalar (requisitos mínimos do sistema, compatibilidade). Informação sobre os recursos comunitários (por exemplo, associações próximas que prestam determinados serviços e formação em cuidados de saúde ao domicílio).

Querido et al. (2020, E4) referem que este projeto contribui para enfrentar os desafios sociais do H2020, alinhado com dois desafios, a saber: a) Saúde, alterações demográficas e bem-estar nos seus sistemas gerais de saúde e a prestação de cuidados de alta qualidade, economicamente sustentáveis e inovadores; b) prevenção, tratamento, controlo e gestão de doenças e deficiências, envelhecimento ativo, independente e saudável, promovendo a saúde em geral e o bem-estar dos cuidadores informais, através de ferramentas e recursos inclusivos, independentemente da idade e das limitações do cuidador informal.

É importante haver parceria entre a equipa de saúde/doente/cuidador informal para que ocorra uma verdadeira transição, sendo esta também uma forma de colmatar as dificuldades dos cuidadores informais, onde o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária desempenha um papel crucial ou seja, antes de proporem intervenções de enfermagem, o enfermeiro necessita de observar e determinar o estado real das necessidades do doente e seu cuidador informal, para que, deste modo, possa construir estratégias efetivas dirigidas a cuidadores informais com foco na capacitação para prestação de cuidados.

Para um acompanhamento após a alta é importante estabelecer parcerias na comunidade, articulando vários serviços para auxiliar os cuidadores e utentes a ultrapassar dificuldades e auxiliar nos cuidados de saúde que sejam necessários, sendo importante informar sobre os recursos existentes, sobre a importância de solicitar colaboração de entidades de apoio formal, que auxiliem na prestação e supervisão dos cuidados no domicílio, identifiquem e providenciem ajudas técnicas para promover a melhoria e qualidade de vida quer do cuidador, quer do utente.

Em suma, ao identificar as dificuldades que o cuidador informal vivencia na alta do utente para o domicílio, pode contribuir-se para promover e consciencializar as equipas de saúde dos cuidados diferenciados e também dos cuidados de saúde primários para estas

dificuldades, reconhecendo a importância do papel do cuidador informal e da sua valorização junto do serviço de saúde e na comunidade, dando-nos conhecimentos sobre como capacitar o cuidador e ajudá-lo neste processo. Torna-se relevante reorganizar os cuidados no planeamento da alta e no pós-alta, onde os cuidadores referem tantas dificuldades no seguimento e apoio aos cuidados no domicílio.

Assim, é fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, compreenda esta problemática, desenvolva conhecimentos baseados na evidência científica no qual possa sustentar as suas intervenções e decisões. E, ao serem consciencializados das dificuldades e providos de conhecimentos e intervenções sobre esta temática poderão dar resposta de forma mais eficaz às necessidades do cuidador e utente no processo de alta para o domicílio, procurando identificar e colmatar as necessidades do cuidador, fornecendo informações adequadas e inequívocas sobre os cuidados no pós-alta, informando sobre recursos na comunidade e estabelecendo articulação com os mesmos por forma a dar continuidade aos cuidados por outras equipas de saúde. Neste seguimento, devem-se desenvolver estratégias ao nível das equipas de âmbito hospitalar, na consciencialização do papel do cuidador e enfoque no planeamento da alta, tendo em consideração as suas necessidades e dificuldades, procurando envolvê-lo e capacitá-lo para dar continuidade aos cuidados de saúde ao utente no domicílio, promovendo maior envolvimento da equipa multidisciplinar entre si e com os cuidadores/utentes, esclarecendo dúvidas, fornecendo informação verbal e escrita explícita acerca dos cuidados a prestar no domicílio.

Implementar programas educativos de apoio aos cuidadores informais neste processo, aumentando o seu nível de capacitação e literacia, abrangendo o internamento e com continuidade no domicílio, providenciando conhecimento e articulação precoce dos recursos existentes na comunidade que possam facilitar e dar resposta às suas necessidades ou dificuldades que surjam, contribuindo para a segurança do cuidador informal e utente. Pois, os cuidadores informais ao serem providos de novos conhecimentos e capacidades, serão mais resilientes ao lidar com situações novas e stressantes que possam surgir em detrimento do seu papel de cuidador. Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel muito preponderante junto da comunidade, competindo-lhe maximizar o bem-estar dos indivíduos, grupos e comunidades, atuando como educador, mobilizando recursos comunitários, familiares, como por exemplo, a nível das Equipas de

Cuidados Continuados Integrados, incorporando uma visão holística do contexto utente/família e intervindo na promoção da saúde e prevenção da doença, educação para a saúde, executando um planeamento adequado dos cuidados.

Para além destas equipas darem resposta à necessidade de cuidados no domicílio de utentes e cuidadores, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com o programa do SNS +, também tem vindo a dar primazia à importância da continuidade dos cuidados, à integração dos cuidados, potenciando uma adequada articulação entre os vários recursos na comunidade, colocando os serviços mais próximos do utente, promovendo a comunicação, a literacia para tomarem decisões conscientes e que lhes tragam ganhos em saúde. Ao atendermos a todos estes aspetos estamos a contribuir para a capacitação do cuidador informal, promovendo a prestação de cuidados mais segura, reduzindo sentimentos como vulnerabilidade ou a sobrecarga e aumentando a confiança do utente, do cuidador no seu papel, nos cuidadores formais e no sistema de saúde.

### Referências bibliográficas

- Allen, J., Hutchinson, A.M., Brown, R., & Livingston, P.M. (2018). User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expect.*; 21(2), 518-527. doi: 10.1111/hex.12646.
- Backman, C., & Cho-Young, D. (2019). Engaging patients and informal caregivers to improve safety and facilitate person- and family-centered care during transitions from hospital to home – a qualitative descriptive study. *Patient Preference Adherence*;13, 617-626  
<https://doi.org/10.2147/PPA.S201054>
- Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M. et al. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff.*; 32(2), 223–231. doi:10.1377/hlthaff.2012.1133
- Choi, J., Lingler, J.H., Donahoe, M.P., Happ, M.B., Hoffman, L.A., & Tate, J.A. (2018). Home discharge following critical illness: A qualitative analysis of family caregiver experience. *Heart Lung*; 47(4), 401-407. doi: 10.1016/j.hrtlng.2018.04.003.
- 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
- Dixe, M.d.A.C.R., da Conceição Teixeira, L.F., Areosa, T.J.T.C.C. et al. Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 19, 255 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- Instituto da Segurança Social (2021). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal (8004 – v1.03)*. Departamento de Prestações e Contribuições. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004\\_Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4](https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004_Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4)

- Israel, N. E. N., Andrade, O. G., & Teixeira, J. J. V. (2009). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência Coletiva* 16(Supl. 1), 1349-1356. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a69v16s1.pdf>
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., & Rosa, M.M. (2020). Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Supportive & Palliative Care*; 0, 1–12. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002242
- Magagnin AB, Heidemann ITSB. Empowerment of family caregiver in front of stroke in hospital environment. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4): e20190165. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0165>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Matos, P.C. (2014). Tipos de revisão de literatura. Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia. <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura.pdf>
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Mendes, F.R.P., Gemito, M.L.G.P., Caldeira, E.C., Serra, I.C., & Casas-Novas, M.V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*; 22(3), 841-853. DOI: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- Pavin, R. S., Carlos, S. A. (2013). A qualidade de vida de cuidadores informais de idosos hospitalizados *RBCEH, Passo Fundo*, v. 10, n. 3, p. 242-255, set./dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2013.3247>
- Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Formação e Saúde. ISBN 978-972-8485-91-7.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República* IA(109) <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114448786/201712290000/73500502/diploma/indice>
- Portugal, Despacho n.º 3730/2011. (2011, fevereiro 25). Identifica as unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para os anos de 2010 e 2011. *Diário da República*. II(40). <https://dre.tretas.org/dre/282532/despacho-3730-2011-de-25-de-fevereiro>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004. (abril 19, 2004). Planeamento da Alta do Doente com AVC. Circular Informativa Nº: 12/DSPCS. <https://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>
- Portugal, Portaria nº 50/2017. (2017, fevereiro 2). *Diário da República*, I(24) <https://dre.pt/application/conteudo/106388650>
- Querido AIF, Laranjeira CA, Dixe MACR. Help2care: Ehealth strategies for self care of users and caregivers based on nightingale's work. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(Suppl 5):e20200358. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0358>
- Santos, A.G. (2020). *Cuidadores Informais, e agora! – O papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32706/1/ADRIANA\\_GALA\\_SANTOS.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32706/1/ADRIANA_GALA_SANTOS.pdf)
- Santos, M. J. C. (2018). Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais – elos de ligação. [dissertação de mestrado]. Porto. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_\\_%20Maria\\_Jos%C3%A9\\_Santos\\_Final3.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o__%20Maria_Jos%C3%A9_Santos_Final3.pdf)
- Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A, Cameron, I.D., & Barras, S.L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Syst Rev.* <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub5/epdf/full>
- Sidani, S., & Fox, M. (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *J Interprof Care.*; 28(2), 134–141. doi:10.3109/13561820.2013.862519

- Sousa, M.L.M., Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S.S.P., & Antunes, A.V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*; Vol. 2, 17-26. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem/citation/download)
- Souza, I. C-P., Silva, A. G., Quirino, A. C. S., Neves, M. S., & Moreira, L. R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 164-172. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>
- Weber, L. A. F., Lima, M. A. D. S., Acosta, A. M., Marques, G. Q. (2017). A transição do cuidado hospitalar para o domicílio: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*: 22(3). doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

## APÊNDICE III – Planeamento e apresentação sessão: Complicações da Diabetes e Alergias Alimentares

| <b>Sessão</b>   |   |
|---|---|
| <b>Tema:</b>  | Complicações da Diabetes e Alergias Alimentares   |
| <b>Data e hora:</b>                                     | 19.12.2022  |
| <b>População Alvo:</b>                                  | Assistentes Operacionais Escola EB 2º E 3º Ciclos Dr. João de Barros  |
| <b>Profissional(ais) responsáveis pela organização:</b> | Enfermeira: Emília Moreira e Ana Rita Matos<br>Enfermeiro supervisor: Luís Seixo  |
| <b>Palestrantes do evento</b>                           | Enfermeira Emília Moreira e Ana Rita Matos  |
| <b>Duração</b>  | 1 hora  |
| <b>Local:</b>   | Biblioteca da Escola EB 2º E 3º Ciclos Dr. João de Barros   |
| <b>Objetivo geral:</b>                                  | Promover a capacitação dos AO's para as complicações da diabetes e alergias alimentares   |
| <b>Objetivo específicos:</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as principais complicações da diabetes (hipo e hiper glicémia)</li> <li>- Identificar os fatores de risco, co-morbididades e fatores precipitantes da diabetes;</li> <li>- Identificar os vários tipos de tratamentos existentes;</li> <li>- Abordar e demonstrar a técnica de avaliação de glicemia e administração de insulina;</li> <li>- Salientar a importância da alimentação adequada à diabetes;</li> <li>- Identificar as diferenças entre alergia e intolerância alimentar, e os principais alimentos envolvidos em ambas;</li> <li>- Descrever como se manifestam as alergias alimentares;</li> <li>- Abordar e demonstrar a técnica de administração da caneta de adrenalina.</li> </ul> |
| <b>Justificação da sessão:</b>                          | 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"> <li>- Realização de um brainstorming sobre os conceitos: "diabetes";</li> <li>- 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;</li> <li>- Apresentar e demonstrar o kit de avaliação de glicemia;</li> <li>- Apresentar uma caneta de insulina;</li> <li>- Realização de um brainstorming sobre os conceitos: "alergias alimentares";</li> <li>- 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;</li> <li>- Apresentação de um Filme informativo "EAACI explica Alergia Alimentar";</li> <li>- Apresentação da caneta de adrenalina.</li> </ul> | 40 minutos |
|  | Conclusão  | Esclarecimento de dúvidas.  | 15 minutos |
| <b>Materiais/Meios auxiliares/Recursos</b> | Kit avaliação de glicemia, caneta de insulina, caneta de adrenalina, computador, projetor, PowerPoint, vídeo, cartões com smileys para a avaliação da sessão.        |   |            |
| <b>Avaliação</b>                           | Fornecer a cada elemento 3 smileys, a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente |   |            |



## APÊNDICE IV – GUIÃO DA ENTREVISTA PARA OS CUIDADORES INFORMAIS

**Tema:** Capacitação dos Cuidadores Informais no Cuidar: Um Projeto de Intervenção na UCC

### Objetivos:

- ✓ Caracterizar os cuidadores informais;
- ✓ Identificar os conhecimentos e dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados;
- ✓ Identificar os fatores determinantes das dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados;

### Parte I – Legitimação da entrevista

- Apresentação do tema do estudo;
- Explicar os objetivos do estudo e da entrevista;
- Assegurar o anonimato e a confidencialidade da entrevista;
- Entregar e obter o consentimento informado.

### Parte II – Caracterização sociodemográfica

- Cuidador Informal

### Parte III – Questões orientadoras para dar resposta aos objetivos do estudo

### Parte IV – Finalização da entrevista

- Agradecer a disponibilidade em colaborar;
- Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;
- Informar da necessidade de contato futuro depois de determinação das necessidades.

### Parte II

Entrevista n.º: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo:  Feminino

Masculino

**3. Estado civil:**

- Solteiro(a)       Casado(a) / União de facto       Viúvo(a)       Divorciado(a) / Separado(a)

**4. Doença/incapacidade**

- Sim       Não       Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Profissão principal:** \_\_\_\_\_

**6. Situação Profissional:**

- Activo(a)       Desempregado(a)       Doméstica/nunca trabalhou  
 Reformado(a)       Baixa

**7. Escolaridade:**

- Nenhum       Ensino básico – 2º ciclo (6 anos)       Ensino secundário  
 Ensino básico – 1º ciclo (4 anos)       Ensino básico – 3º ciclo (9 anos)       Ensino superior

**8. Relação de parentesco:**

- Filho(a)       Esposa(o)       Nora/genro  
 Outro: \_\_\_\_\_

**Parte III – Questões orientadoras**

**1. É a única pessoa a prestar cuidados?**

- Sim  
 Não. Se não, quem colabora e em quê? \_\_\_\_\_

**2. Há quanto tempo é prestador de cuidados?**

\_\_\_\_\_

**3. Em média quantas horas por dia despende a prestar cuidados? \_\_\_\_\_**

**4. Vive na mesma habitação de quem cuida?**

- Sim       Não

**5. Tem a seu cargo outras pessoas dependentes?**

- Sim       Não       Se sim, quem? \_\_\_\_\_

**6. Já cuidou de alguém antes?**

Sim  Não  Se sim, quem? \_\_\_\_\_

**7. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?**

Sim  Não  Se sim, de quem? \_\_\_\_\_

**8. De quem cuida pode ficar só?**

Sim  Não  Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

**9. Quando tem dúvidas sobre os cuidados que presta, procura informação?**

Sim  Não  Se Sim, onde?

- Livros
- Internet
- Enfermeiro
- Médico
- Familiares
- Outros Prestadores de Cuidados

**10. Quais as maiores dificuldades que sente na prestação de cuidados enquanto cuidador informal?**

---

---

---

---

---

**11. Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?**

Sim  Não  Se sim, em que áreas? \_\_\_\_\_

**12. Tem conhecimento das estruturas de apoio da comunidade?**

Sim  Não

**13. Recorre às estruturas de apoio da comunidade?**

Sim  Não

Se sim,  
quais? \_\_\_\_\_

**14. Se for criado um grupo de apoio aos cuidadores informais na comunidade gostaria de integrar esse grupo?**

Sim  Não

**15. Se for criada uma rede de voluntariado para apoio aos cuidadores informais gostaria de utilizar esse serviço?**

Sim  Não

#### **Parte IV – Finalização da entrevista**

Gostaria de agradecer a sua disponibilidade e colaboração, que são fundamentais para o desenvolvimento deste projeto. Voltarei a entrar em contato consigo de forma a poder dar resposta às necessidades diagnosticadas e dificuldades sentidas.

## APÊNDICE V – GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS

### Guião da Entrevista

**Tema:** Capacitação dos Cuidadores Informais no Cuidar: Um Projeto de Intervenção na UCC

**Objetivos:**

- ✓ Compreender as necessidades dos cuidadores informais percecionadas pelos profissionais de saúde;
- ✓ Conhecer as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde para a capacitação dos cuidadores informais;
- ✓ Perceber as experiências vivenciadas sobre a capacitação dos cuidadores informais.

**Parte I – Legitimação da entrevista**

- Apresentação do tema do estudo;
- Explicar os objetivos da entrevista;
- Assegurar o anonimato e a confidencialidade da entrevista;
- Pedir autorização para gravação da entrevista;
- Entregar e obter o consentimento informado.

**Parte II – Questões orientadoras para dar resposta aos objetivos do estudo**

**Parte III – Finalização da entrevista**

- Agradecer a disponibilidade em colaborar;
- Informar da necessidade de contato posterior em caso de necessidade, se detetadas dificuldades na transcrição;
- Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

**Parte II – Questões orientadoras**

**1. Reportando à sua experiência, diga quais são as necessidades diagnosticadas e dificuldades detetadas na prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais?**

---

---

---

---

---

---

**2. Reportando à sua experiência, fale das estratégias desenvolvidas e mobilizadas na capacitação dos cuidadores informais?**

---

---

---

---

---

---

**3. Reportando à sua experiência, as estratégias que utilizaram e a forma como o fizeram surtiram o efeito pretendido?**

---

---

---

---

---

---

### **Parte III – Finalização da entrevista**

Gostaria de agradecer a sua disponibilidade e colaboração, que são fundamentais para o desenvolvimento deste projeto. Voltarei a entrar em contato consigo se sentir alguma dificuldade ou dúvida durante a fase de transcrição.

## APÊNDICE VI - 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 (1992), 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, 1992). 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 (1992) 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.

| NECESSIDADE IDENTIFICADA  | CRITÉRIOS DO MÉTODO |                |               |                     |          |                  |
|---|---------------------|----------------|---------------|---------------------|----------|------------------|
|   | A<br>MAGNITUDE      | B<br>GRAVIDADE | C<br>EFICÁCIA | D<br>EXEQUIBILIDADE | (A+B)CxD | P<br>PRIORIZAÇÃO |
| Melhoria na rede de apoio/suporte                                 |                     |                |               |                     |          |                  |
| Otimização das fontes de informação                               |                     |                |               |                     |          |                  |
| Capacitação dos cuidadores para a prestação de cuidados           |                     |                |               |                     |          |                  |
| Melhoria da literacia dos cuidadores para a prestação de cuidados |                     |                |               |                     |          |                  |

A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula  $(A + B) C \times D$  (Tavares, 1992). A ordenação dos problemas foi a seguinte, do mais votado para o menos votado:

1. Capacitação dos cuidadores para a prestação de cuidados;
2. Melhoria da literacia dos cuidadores para a prestação de cuidados;
3. Melhoria na rede de apoio/suporte;
4. Otimização das fontes de informação;

## APÊNDICE VII- PLANOS DE SESSÃO

| Sessão nº 1  |  |
|--|--|
| <b>Tema:</b>   | Capacitar para cuidar – Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC Farol do Mondego   |
| <b>Data e hora:</b>                                    |  |
| <b>População Alvo:</b>                                 | Cuidadores Informais de pessoas dependentes da área de abrangência da UCC Farol do Mondego   |
| <b>Profissional(is) responsáveis pela organização:</b> | Enfermeira Emília<br>Enfermeiro supervisor Luís Seixo  |
| <b>Palestrantes do evento</b>                          | Enfermeira Emília  |
| <b>Duração</b>   | 60 minutos   |
| <b>Local:</b>  | Sala de atividades da UCC Farol do Mondego   |
| <b>Objetivo geral:</b>                                 | Avaliar a capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados com foco na aquisição de conhecimentos   |
| <b>Objetivo específicos:</b>                           | - Apresentar a Enft dinamizadora, o Enft supervisor e o grupo de cuidadores<br>- Aplicar o instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal   |
| <b>Justificação do tema:</b>                           | 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 tem frequentemente uma 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). Desta forma, é necessário garantir cuidados de qualidade, em que as necessidades da pessoa cuidada estão salvaguardadas e para tal é necessário que os cuidadores informais sejam capacitados, tenham acesso a recursos informativos e formação (Organização Mundial de Saúde, 2017). É neste contexto que a capacitação dos cidadãos para a prestação de cuidados é uma prioridade, na promoção da saúde e na prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2018). |

| Descrição                         | O quê?  | Como?   | Duração    |
|-----------------------------------|---|---|------------|
|                                   | Introdução  | - Receção do grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC farol do Mondego<br>- Apresentação da formadora e do enfermeiro supervisor<br>- Justificação da temática  | 10 minutos |
|                                   | Desenvolvimento   | - Realização de uma dinâmica de apresentação - cada cuidador deverá apresentar-se de uma forma muito resumida: nome, idade, quem é a pessoa que cuidam, há quanto tempo cuidam<br>- Aplicar o instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal | 45 minutos |
|                                   | Conclusão   | Esclarecimento de dúvidas, relembrar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.  | 5 minutos  |
| <b>Materiais/Meios auxiliares</b> | Solução antisséptica de base alcohólica para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, canetas, folhas impressas com o instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal, folhas com Smiles para a avaliação da sessão. |   |            |
| <b>Avaliação</b>                  | 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  |   |            |

| Sessão nº 2   |   |
|---|---|
| <b>Tema:</b>  | Capacitar para cuidar – Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC Farol do Mondego  |
| <b>Data e hora:</b>                                     |   |
| <b>População Alvo:</b>                                  | Cuidadores Informais de pessoas dependentes da área de abrangência da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Profissional(ais) responsáveis pela organização:</b> | Enfermeira Emília<br>Enfermeiro supervisor Luís Seixo   |
| <b>Palestrantes do evento</b>                           | Enfermeira Emília   |
| <b>Duração</b>  | 60 minutos  |
| <b>Local:</b>   | Sala de atividades da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Objetivo geral:</b>                                  | Promover a capacitação sobre os autocuidados de higiene e cuidados à pele   |
| <b>Objetivo específicos:</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar um brainstorming sobre os conceitos: “Ser cuidador”, “Pessoa dependente”, “Prestação de cuidados”</li> <li>- Evidenciar os benefícios da higiene corporal para a pessoa</li> <li>- Identificar aspetos a considerar na prestação de cuidados</li> <li>- Demonstrar a técnica de vestir e despir vestuário, trocar roupa de cama com pessoa acamada</li> <li>- Salientar a importância dos cuidados à pele</li> <li>- Identificar fatores de risco que conduzem ao desenvolvimento de úlceras por pressão</li> </ul> |
| <b>Justificação do tema:</b>                            | As atividades dos cuidadores informais incluem o auxílio e manutenção das atividades de vida diária, nomeadamente nos autocuidados (higiene, comer, beber, entre outros) e suporte emocional e social, de forma a garantir a qualidade de vida de quem cuida. O cuidador informal pode definir-se como uma pessoa, que não é remunerada, que presta cuidados a uma pessoa idosa e/ou dependente e com quem tem uma relação social (Pego e Nunes, 2018).   |

| Descrição                                  | O quê?  | Como?  | Duração    |
|--|---|--|------------|
|  | Introdução  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber o grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença aos elementos do grupo de cuidadores presente.</li> <li>- Relembrar os aspetos abordados na sessão anterior.</li> </ul>  | 5 minutos  |
|  | Desenvolvimento   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de um brainstorming sobre os conceitos: “Ser cuidador”, “Pessoa dependente”, “Prestação de cuidados”</li> <li>- Apresentação de um testemunho: Filme “Cuidar do Cuidador”</li> <li>- Abordagem do conceito autocuidado Higiene: aspetos a ter em conta durante a higiene, cuidados com o vestuário, com a pele e as especificidades do banho no chuveiro e na cama</li> <li>- Vídeos: “Como fazer a higiene de uma pessoa acamada”, “Higiene oral da pessoa acamada”</li> <li>- Abordagem dos cuidados à pele: fatores de risco e prevenção do desenvolvimento das úlceras por pressão</li> <li>- Treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados.</li> <li>- Ao longo da sessão, os cuidadores poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados durante a prestação de cuidados</li> </ul> | 50 minutos |
|  | Conclusão   | Esclarecimento de dúvidas, relembrar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.   | 5 minutos  |
| <b>Materiais/Meios auxiliares/Recursos</b> | Solução antisséptica de base alcohólica para as mãos, computador, projetor, PowerPoint, vídeos, folhas com smiles para a avaliação da sessão. |  |            |

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Avaliação</b> | 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 |
|------------------|---|

| <b>Sessão nº 3</b>                                      |   |
|---|---|
| <b>Tema:</b>  | Capacitar para Cuidar – Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC Farol do Mondego  |
| <b>Data e hora:</b>                                     |   |
| <b>População Alvo:</b>                                  | Cuidadores Informais de pessoas dependentes da área de abrangência da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Profissional(ais) responsáveis pela organização:</b> | Enfermeira Emília<br>Enfermeiro Supervisor Luís Seixo   |
| <b>Palestrantes do evento</b>                           | Enfermeira Emília   |
| <b>Duração</b>  | 60 minutos  |
| <b>Local:</b>   | Sala de atividades da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Objetivo geral:</b>                                  | Promover a capacitação sobre o autocuidado alimentar (comer/beber)  |
| <b>Objetivo específicos:</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior</li> <li>- Apresentação de um testemunho: Filme "Cuidar do Cuidador"</li> <li>- Apresentar as particularidades da alimentação da pessoa dependente</li> <li>- Salientar a importância da hidratação</li> <li>- Descrever os procedimentos a ter em conta na alimentação (comer e beber) da pessoa acamada</li> <li>- Descrever a abordagem em situação de engasgamento (Manobra de Heimlich e palmadas interescapulares)</li> <li>- Descrever os procedimentos a realizar por SNG</li> </ul> |
| <b>Justificação do tema:</b>                            | A pessoa dependente necessita de um cuidador que lhe preste cuidados que permitem a satisfação das suas necessidades, e que disponha de recursos adequados para tal. O cuidador informal tem frequentemente uma relação significativa com a pessoa (familiar, parceiro, amigo ou vizinho) e assume a responsabilidade maioritária do cuidado, sem treino para tal, não sendo remunerado pelo seu trabalho e não tendo competências  |

1

| Descrição                                  | O quê?  | Como?  | Duração    |
|--|---|--|------------|
|  | Introdução  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber o grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença aos elementos do grupo de cuidadores presente.</li> <li>- Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior.</li> </ul>  | 5 minutos  |
|  | Desenvolvimento   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de um testemunho: Filme "Cuidar do Cuidador"</li> <li>- Abordagem do conceito autocuidado comer/beber: aspetos a ter em conta durante o comer/beber da pessoa dependente, dispositivos mais utilizados, procedimentos imediatos: vômito e engasgamento</li> <li>- Vídeo sobre "Como administrar alimentação por SNG"</li> <li>- Treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados.</li> <li>- Ao longo da sessão, os cuidadores poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados durante a prestação de cuidados</li> </ul> | 50 minutos |
|  | Conclusão   | Esclarecimento de dúvidas, relembrar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.   | 5 minutos  |
| <b>Materiais/Meios auxiliares/Recursos</b> | Solução antisséptica de base alcoólica para as mãos, computador, projetor, PowerPoint, vídeo, folhas com smiles para a avaliação da sessão.                         |  |            |
| <b>Avaliação</b>                           | 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 |  |            |

| Sessão nº 4  |  |
|--|--|
| Tema:  | Capacitar para cuidar – Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC Farol do Mondego   |
| Data e hora:                                       |  |
| População Alvo:                                    | Cuidadores informais de pessoas dependentes da área de abrangência da UCC Farol do Mondego   |
| Profissional(is) responsável(is) pela organização: | Enfermeira Emília<br>Enfermeiro supervisor Luís Seixo  |
| Palestrantes do evento                             | Enfermeira Emília  |
| Duração  | 60 minutos   |
| Local:   | Sala de atividades da UCC Farol do Mondego   |
| Objetivo geral:                                    | Promover a capacitação sobre os autocuidados mobilizar, posicionar e transferir  |
| Objetivo específicos:                              | - Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior<br>- Enumerar e descrever os aspetos a ter em conta durante a mobilização da pessoa dependente<br>- Demonstrar aspetos práticos das mobilizações, posicionamentos e transferências<br>- Enumerar e descrever os princípios a ter em conta na transferência da pessoa acamada<br>- Apresentar ajudas técnicas variadas  |
| Justificação do tema:                              | Os cuidadores informais prestam diversos cuidados de forma contínua e ininterrupta à pessoa dependente no domicílio, que vão desde a observação constante e cuidada, ao acompanhamento a atos médicos ou outros até à administração da medicação ou cuidados que os profissionais. Esta prestação contínua variada de cuidados, pode trazer dificuldades ao cuidador que por não ter apoio, preparação nem formação adequada para cuidar se depara com uma combinação de sentimentos relacionados com necessidades educativas para essa mesma prestação de cuidados. Por isso torna-se relevante e pertinente conhecer a realidade e identificar as necessidades educativas do cuidador informal na prestação de cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliário, com vista a obter uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores. |

| Descrição                                  | O quê?  | Como?   | Duração    |
|--|---|---|------------|
|  | Introdução  | - Receber o grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença aos elementos do grupo de cuidadores presente.<br>- Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior.   | 5 minutos  |
|  | Desenvolvimento   | - Apresentação de um testemunho: vídeo “Cuidar do Cuidador”<br>- Abordagem dos conceitos de autocuidado: mobilizar, posicionar, transferir e respetivos princípios básicos a aplicar perante os mesmos<br>- Visualização de vídeos: “Como mudar a posição da pessoa na cama”, “Transferência da pessoa acamada para a cadeira de rodas” e “Transferência para a cadeira de rodas com a ajuda de 2 pessoas”<br>- Apresentação de ajudas técnicas<br>- Treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados.<br>- Ao longo da sessão, os cuidadores poderão ilustrar conteúdos com exemplos vivenciados durante a prestação de cuidados | 50 minutos |
|  | Conclusão   | Esclarecimento de dúvidas, relembrar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.  | 5 minutos  |
| <b>Materiais/Meios auxiliares/Recursos</b> | Solução antisséptica de base alcoólica para as mãos, computador, projetor, PowerPoint, vídeos, folhas com <b>smiles</b> para a avaliação da sessão.                         |   |            |
| <b>Avaliação</b>                           | Fornecer a cada elemento 3 <b>smiles</b> , a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente |   |            |

| Sessão nº 5  |   |
|--|---|
| <b>Tema:</b>   | Capacitar para cuidar– Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC Farol do Mondego   |
| <b>Data e hora:</b>                                    |   |
| <b>População Alvo:</b>                                 | Cuidadores Informais de pessoas dependentes da área de abrangência da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Profissional(is) responsáveis pela organização:</b> | Enfermeira Emília<br>Enfermeiro supervisor Luís Seixo   |
| <b>Palestrantes do evento</b>                          | Enfermeira Emília   |
| <b>Duração</b>   | 60 minutos  |
| <b>Local:</b>  | Sala de atividades da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Objetivo geral:</b>                                 | Promover a capacitação sobre o autocuidado eliminação   |
| <b>Objetivo específicos:</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior</li> <li>- Distinguir as diversas formas de eliminação</li> <li>- Enumerar os problemas mais frequentes com a eliminação urinária</li> <li>- Enumerar os fatores que comprometem a eliminação intestinal</li> <li>- Identificar os problemas mais frequentes na eliminação intestinal</li> <li>- Apresentar ajudas técnicas variadas</li> </ul>  |
| <b>Justificação do tema:</b>                           | Para exercer o papel de cuidador, o indivíduo necessita de adquirir/desenvolver diversas competências (Sequeira, 2010). A preparação inadequada do CI da pessoa com compromisso do autocuidado resulta numa elevada taxa de reinternamentos e idas ao Serviço de Urgência (Dixe et al., 2020). Desta forma os cuidadores solicitam vários tipos de informação relativa à monitorização, gestão e prestação de cuidados informais, habilidades para a prestação de cuidados e tratamentos relacionados com o processo de cuidar (Dixe et al., 2019). |

| Descrição                                  | O quê?   | Como?   | Duração    |
|--|--|---|------------|
|  | Introdução   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber o grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença aos elementos do grupo de cuidadores presente.</li> <li>- Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior.</li> </ul>   | 5 minutos  |
|  | Desenvolvimento  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de um testemunho: vídeo "Cuidar do Cuidador"</li> <li>- Abordagem do conceito de autocuidado eliminar: aspetos a ter em conta com os problemas mais frequentes no trato urinário</li> <li>- Abordagem do conceito eliminação intestinal: procedimentos a ter com a eliminação intestinal, fatores que estimulam e comprometem a evacuação, alterações intestinais mais frequentes</li> <li>- Treino com casos práticos: simulação de casos dando a possibilidade aos cuidadores de treinarem os aspetos abordados.</li> <li>- Ao longo da sessão, os cuidadores poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados durante a prestação de cuidados</li> </ul> | 50 minutos |
|  | Conclusão  | Esclarecimento de dúvidas, relembrar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.  | 5 minutos  |
| <b>Materiais/Meios auxiliares/Recursos</b> | Solução antisséptica de base alcóolica para as mãos, computador, projetor, PowerPoint, folhas com smiles para a avaliação da sessão.                                 |   |            |
| <b>Avaliação</b>                           | 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. |   |            |

| Sessão nº 6  |   |
|--|---|
| <b>Tema:</b>   | Capacitar para cuidar – Projeto de intervenção comunitária para cuidadores informais na UCC Farol do Mondego  |
| <b>Data e hora:</b>                                    |   |
| <b>População Alvo:</b>                                 | Cuidadores Informais de pessoas dependentes da área de abrangência da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Profissional(is) responsáveis pela organização:</b> | Enfermeira Emília<br>Enfermeiro supervisor Luís Seixo   |
| <b>Palestrantes do evento</b>                          | Enfermeira Emília   |
| <b>Duração</b>   | 60 minutos  |
| <b>Local:</b>  | Sala de atividades da UCC Farol do Mondego  |
| <b>Objetivo geral:</b>                                 | Avaliar a capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados com foco na aquisição de conhecimentos  |
| <b>Objetivo específicos:</b>                           | - Aplicar o instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal<br>- Entrega de guião sobre prestação de cuidados   |
| <b>Justificação do tema:</b>                           | Para que os idosos ou as pessoas dependentes possam permanecer em casa, as mesmas necessitam de cuidados, necessitando assim de ter um cuidador informal. O cuidador informal tem frequentemente uma relação significativa com a pessoa (familiar, parceiro, amigo ou vizinho) e assume a responsabilidade maioritária do cuidado, sem treino para tal, não sendo remunerado pelo seu trabalho e não tendo competências específicas no domínio do cuidar (Teixeira et al., 2017). Desta forma, é necessário garantir cuidados de qualidade, em que as necessidades da pessoa cuidada estão salvaguardadas e para tal é necessário que os cuidadores informais sejam capacitados, tenham acesso a recursos informativos e formação (Organização Mundial de Saúde, 2017). É neste contexto que a capacitação dos cidadãos para a prestação de cuidados é uma prioridade, na promoção da saúde e na prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2018). |




| Descrição                                  | O quê?  | Como?  | Duração    |
|--|---|--|------------|
|  | Introdução  | - Receção do grupo de cuidadores na sala de atividades da UCC Farol do Mondego<br>- Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior. | 10 minutos |
|  | Desenvolvimento   | - Aplicar o instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal  | 45 minutos |
|  | Conclusão   | Esclarecimento de dúvidas, agradecimentos e despedida.   | 5 minutos  |
| <b>Materiais/Meios auxiliares/Recursos</b> | Solução antisséptica de base alcoólica para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, canetas, folhas impressas com o instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal, folhas com smileys para a avaliação da sessão. |  |            |
| <b>Avaliação</b>                           | Fornecer a cada elemento 3 smileys, a sorrir (cor verde), o neutro (cor amarela) e o triste (cor vermelha), que significam muito bom, razoável e mau, respetivamente  |  |            |

## Bibliografia

- . Dixe, M. et al (2019) *Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross sectional study* BMC Geriatrics (2019) 19:255
- . Dixe, M. et al (2021) *Development and psychometric validation of a multidimensional scale on the self-care needs on dependent people* Journal of Interprofessional Education & Practice 24 (2021)
- . Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- . Pego MA and Nunes C (2018) *Aging, Disability, and Informal Caregivers: A Cross-sectional Study in Portugal*. Front. Med. 4:255
- . 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*:
- . Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas

# APÊNDICE VIII—APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES

## Sessão nº 1

|  |  |  |                               |
|--|--|--|-------------------------------|
| <p>Capacitar para Cuidar - Projeto de Intervenção Comunitária dirigida a Cuidadores Informais para Capacitação na Prestação de Cuidados</p> <p>Esplanada Elizabeteana, Vila Nova<br/>Pórtico, Alameda, Coimbra, Portugal<br/>Instituto de Saúde da Universidade de Coimbra</p>  | <h3>Apresentação</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nome</li><li>- Idade</li><li>- Há quanto tempo são cuidadores</li><li>- Grau de parentesco</li><li>- Grau de dependência</li></ul>  | <h3>Brainstorming</h3>  |                               |
| <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>   | <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>   | <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>   | <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> |
| <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>   | <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>   | <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>   | <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> |

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

## Sessão nº 2

**Capacitar para Cuidar - Projeto de Intervenção Comunitária Dirigido a Cuidadores Informais para Capacitação na Prevenção de Cuidados**

Autocuidado higiene e cuidados à pele

Enfermeira Sílvia Moreira

**Objetivos**

- Identificar os benefícios da higiene corporal para o paciente
- Identificar aspetos a considerar na prevenção de cuidados
- Reconhecer a importância da pele e dos seus cuidados
- Identificar a importância dos cuidados à pele
- Identificar fatores de risco que conduzem ao desenvolvimento de úlceras por pressão

**Autocuidado higiene e cuidados à pele**

- A pele necessita de cuidados de higiene regular
- As pessoas mais frágeis tendem a ter pele mais seca, pelo que pode ser benéfico fazer um hidratante hidratante
- Cuidado da pele evita a proliferação de fungos nocivos, para prevenir a dermatite à pele

**Úlceras por Pressão**

**Fatores de risco associados**

**ZONAS DE MAIOR RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO**

**Higiene oral à pessoa acamada**

- Limpar a cavidade oral para retirar detritos após alimentares
- Prevenção do desenvolvimento de infeções na cavidade oral e infeções locais
- Preparar o conforto à pessoa dependente

[Placeholder]

**Vestir/Despir pessoa dependente**

- Prevenir conforto e autoimagem da pessoa dependente
- Efetuçar movimentos passivos dos membros
- Inspeccionar pele

[Placeholder]

**Mensagens Finais**

- A pele necessita de cuidados de higiene regular, com produtos suaves para prevenir e aliviar a pele
- A hidratação e massagem da pele é fundamental na prevenção das úlceras por pressão e lesões por sucção
- A higiene oral diária pode prevenir o desenvolvimento de infeções na cavidade oral e infeções locais do corpo
- A identificação dos fatores de risco ao desenvolvimento de úlceras por pressão é fundamental na sua prevenção
- A prevenção da autoimagem da pessoa dependente com vestuário adequado, confere qualidade de vida e conforto

**Dúvidas?**

Sessão nº 3

**Capacitar para Cuidar - Projeto de Intervenção Comunitária dirigida a Cuidadores Informais para Capacitação na Prevenção de Quedas**

Autocuidado alimentar

Enfermeira Fátima Moreira

**Objetivos**

- Apresentar as particularidades da alimentação de pessoas dependentes
- Identificar as principais dificuldades
- Reconhecer as particularidades e as necessidades das situações (como o beber) de pessoa dependente
- Discutir o desafio em relação ao engajamento (quando se trata de pessoas idosas dependentes)
- Discutir as possibilidades e lidar com estas situações

**Autocuidado alimentar**

- A hidratação é uma necessidade básica para a vida
- As pessoas idosas devem receber de 30 a 35ml de água por kg de peso corporal por dia
- Deve-se evitar a desidratação, a qual pode levar a complicações graves, como a hipotensão, a hipotermia e a hipertermia
- A desidratação pode ser prevenida com intervenções oportunas e a hidratação deve ser promovida

**Autocuidado alimentar: Sonda nasogástrica**

- Alimentar por sonda nasogástrica requer uma preparação específica de facto e a observação dos procedimentos de prática habitual
- Os cuidados com o manuseamento da sonda nasogástrica devem garantir a segurança da sonda e a prevenção de lesões e infeções

★

★

★

**Hidratação**

**Hidratação**

- As pessoas idosas e/ou dependentes têm uma desidratação em média de 10%
- Deve-se considerar a beber água frequentemente, para garantir a adequada hidratação e prevenir a desidratação

**Engajamento**

- As pessoas idosas e/ou dependentes têm mais dificuldades na percepção do estado
- É de frequência no engajamento, por alterações na percepção (delírio) ou na capacidade de tomar decisões

**Engajamento: sinais**

- Síntese
- Falta de ar
- Sensação de pressão
- Agitação
- Dificuldade em falar

**Engasgo**

O que fazer?

**Manobras de Heimlich e Palmadas Interescapulares**

**Mensagens Finais**

- A alimentação é fundamental para a vida
- As pessoas idosas e dependentes têm exigências calóricas e nutricionais próprias
- A hidratação deve ser estimulada e ajuda a prevenir a desidratação e a desidratação da pele
- A alimentação por sonda nasogástrica deve obedecer a determinados procedimentos para evitar complicações, assim como garantir o apoio necessário
- A identificação precoce dos sinais de engajamento e a intervenção rápida pode prevenir complicações mais sérias

**Dúvidas?**

Sessão nº 4

**Capacitar para Cuidar – Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a Cuidadores Informais para Capacitação na Prevenção de Úlceras**

Autocuidado mobilizar, posicionar e transferir

Enfermeira Estúlia Moreira

1

**Objetivos**

- ✓ Avaliar e documentar os aspetos a ter em conta durante a mobilização, posicionamento e transferência;
- ✓ Demonstrar aspetos essenciais das mobilizações, posicionamentos e transferências;
- ✓ Visualizar e documentar os princípios a ter em conta na transferência de pessoas com mobilidade reduzida;
- ✓ Apresentar opções técnicas variadas.


2

**Autocuidado posicionamento**


- ✓ O posicionamento de pessoas com mobilidade reduzida na prevenção de úlceras decorre de decisões por parte do cuidador;
- ✓ Avaliar os riscos/lesões de cada situação para determinar a posição;
- ✓ A prevenção de úlceras deve ser pensada, planeada e avaliada regularmente;
- ✓ Avaliar os riscos/lesões que se podem verificar em função de cada posicionamento.

3

Se a pessoa já tiver alguma úlcera por pressão ou alguma lesão, não lado deverá ser evitado de forma a não aumentar a lesão pré-existente.



4

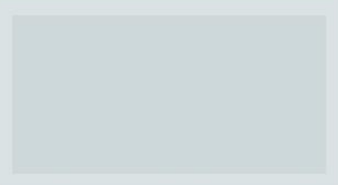


5

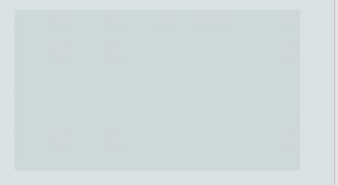
**Autocuidado de transferência**

- ✓ Sempre que possível, a pessoa dependente deve sair da cama;
- ✓ A posição de ventilar ajuda na mobilização de secreções, facilitando a função respiratória;
- ✓ Prevenir problemas respiratórios;
- ✓ Prevenir a inalação viral.


6



7



8



9

**Autocuidado mobilização**


- ✓ A mobilização com distribuição de um dos lados da cama evita o tônus muscular;
- ✓ Prevenir a obstrução;
- ✓ Manter o trabalho articular e músculo-esquelético;
- ✓ Tratar as feridas.

10


**Ajudas técnicas**

- ✓ Equipamento que auxilia para a prestação de cuidados de qualidade;
- ✓ Não substituem o cuidado do cuidador(a)!

11



12



13

**Mensagens Finais**

- O posicionamento regular é fundamental na prevenção das úlceras por pressão
- A transferência é muito importante na prevenção de problemas respiratórios
- A mensagem é o movimento passivo mantém o tônus muscular
- A mobilização com auxílio promove o movimento músculo-esquelético, com melhoria significativa em todos os sistemas do organismo.

14

**Dúvidas?**

15

# Sessão nº 5

**Capacitar para Cuidar - Projeto de Intervenção Comunitária Dirigido a Cuidadores Informais para Capacitação na Prevenção de Quidados**

Autocuidado eliminação

Isabelmaia Estrela Moreira

### Objetivos

- Distinguir as diferentes formas de eliminação
- Enumerar os problemas mais frequentes na eliminação urinária
- Identificar os problemas mais frequentes na eliminação intestinal
- Enumerar as técnicas que contribuem para a eliminação intestinal

### Autocuidado eliminação

- A eliminação depende do peso muscular e estrutura dos músculos corporais
- O tipo de alimentação da pessoa influencia a eliminação
- Trabalha em vários sistemas, mas aqui é relevante a eliminação urinária e a eliminação intestinal

### Eliminação urinária

- Nas pessoas idosas e/ou dependentes, a eliminação urinária pode ficar comprometida por diversos fatores
- A falta de mobilidade, medicações, patologias e hidratação excessiva podem influenciar a eliminação urinária

### Eliminação urinária: problemas frequentes

- Colorimento à cor da urina, se for muito concentrada a pessoa pode recusar-se de beber mais água. Se for sempre vivo com ela na maioria, devem ser alertados os serviços de saúde
- Se utilizarem fraldas, devem limpar cuidadosamente a região perineal e evitar que a região fique húmida, para prevenir a maceração

### Eliminação intestinal

- Nas pessoas idosas e/ou dependentes, a eliminação intestinal pode ficar comprometida por diversos fatores
- A falta de mobilidade, alimentação pobre em fibras, medicação, patologias e hidratação excessiva podem influenciar a eliminação intestinal

### ESCALA DE BRISTOL

|   |  |      |
|---|--|------|
| 1 | Fezes firmes e duras, em blocos        | ●●●● |
| 2 | Fezes duras e pastosas, em pedregalhos | ●●●● |
| 3 | Fezes duras e pastosas, em pedregalhos | ●●●● |
| 4 | Fezes duras e pastosas, em pedregalhos | ●●●● |
| 5 | Fezes duras e pastosas, em pedregalhos | ●●●● |
| 6 | Fezes duras e pastosas, em pedregalhos | ●●●● |
| 7 | Fezes duras e pastosas, em pedregalhos | ●●●● |

Sem preocupações

### Eliminação intestinal: problemas frequentes

- A geração de náuseas ou fezes duras tem consequências de imediato
- No protocolo de Bristol, o nível 6 é considerado o nível de maior preocupação e o nível 7 o nível de maior preocupação
- Trabalha em vários sistemas, mas aqui é relevante a eliminação urinária e a eliminação intestinal

### Mensagens Finais

A eliminação é fundamental para a qualidade de vida e conforto

As pessoas idosas e dependentes podem ter diversas alterações nos padrões de eliminação

É fundamental estar atento aos sinais que podem indicar algum problema, para uma intervenção precoce

A eliminação e a mobilização podem ajudar a manter um padrão regular na eliminação

## Dúvidas?

Hoje auxiliamos.  
Amanhã podemos ser os auxiliados!

## APÊNDICE IX– MANUAL DE APOIO AO CUIDADOR

### Autocuidado higiene e cuidados à pele

A higiene é um dos fatores mais importantes para o conforto e qualidade de vida de uma pessoa. É importante que o cuidador avalie o grau de dependência da pessoa em relação à higiene pessoal, tendo em conta a sua segurança. O cuidador deve auxiliar a pessoa dependente apenas o necessário, estimulando ao máximo a sua participação.

### Banho

O banho é um dos aspetos mais importantes no cuidar da higiene uma vez que proporciona conforto físico e emocional e reforça a relação entre a pessoa dependente e o cuidador. Evita as irritações de pele e previne o corpo contra o aparecimento de infeções futuras.

O banho deve ser diário, tendo em consideração que o banho prolongado seca mais a pele, a higiene íntima e das mãos deve ser realizada sempre que necessário. Pode ser dado a qualquer hora do dia, no entanto de manhã é quando a pessoa dependente tem mais energia. Pode-se também escolher os horários mais quentes do dia e respeitar sempre a preferência da pessoa.

### Cuidados especiais:

- Utilizar um sabonete neutro que deve ser completamente removido;
- Fazer movimentos suaves e secar todo o corpo com atenção especial para as pregas do corpo (mamas, axilas e entre os dedos);
- Secar bem os cabelos, usando secador quando necessário;
- Observar e avaliar o estado da pele, cabelo e pêlos;
- Manter as unhas limpas e cortadas a direito, para isso pode usar-se corta-unhas ou uma lima. Não deve ser utilizada tesoura.
- No final do banho massajar todo o corpo com creme hidratante com movimentos longos e suaves para ajudar a ativar a circulação. Deve incidir nas zonas de maior pressão e de proeminências ósseas (ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares).

O cuidador deve optar sempre pelo banho de chuveiro deixando o banho no leito apenas para quem está impossibilitado de sair da cama, ou não tem condições na casa de banho para promover banho no chuveiro.

#### Banho de chuveiro:

- Dar muita atenção à deslocação da pessoa dependente até à casa de banho, podem ser necessárias algumas adaptações do ambiente para prevenir quedas e acidentes no percurso ou durante o banho;
- Caso haja dificuldade na mobilidade, usar uma cadeira para apoio durante o banho;
- Se o doente permanecer muitas horas deitado, é importante deixá-lo sentado por alguns minutos antes de o levar à casa de banho;
- Ajudar sempre o doente a entrar e a sair do chuveiro/banheira.

#### Banho no leito:

- Explicar sempre à pessoa o procedimento que se vai realizar. Antes de iniciar, oferecer sempre a possibilidade de fazer as suas necessidades fisiológicas (quando existe controlo);
- Elevar a cama, se possível, para diminuir o esforço nas suas costas;
- Ter em conta a privacidade do utente, usando um lençol para o cobrir, destapando e lavando uma parte de cada vez;
- Preparar o seguinte material:
  - Dois recipientes com água morna, um deles com sabonete ou gel de banho dermoprotetor e com pH neutro;
  - Esponja;
  - Toalhas;
  - Creme hidratante;
  - Roupa de dormir;
  - Fralda se necessário;
  - Escova de dentes macia, copo e bacia;
  - Pasta dentífrica e elixir;
  - Pente ou escova do cabelo;
  - Saco plástico;

- Forro de plástico e de pano para proteger a cama.

É importante manter a temperatura agradável no quarto e assegurar-se que não há correntes de ar. Lave as mãos antes de prestar qualquer cuidado.

#### Procedimento:

- Inicie o banho pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e prossiga até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário);
- Lave uma parte do corpo de cada vez, destapando apenas essa zona;
- Seque o corpo à medida que vai lavando, com especial atenção às pregas da pele (mamas, axilas e entre os dedos);
- Ajude o doente a voltar-se de lado para lhe lavar as costas;
- A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho, da frente para trás e, se a pessoa dependente for homem, puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque.

Troque a água das bacias sempre que esta estiver suja ou fria, deixando a pessoa numa posição confortável e segura. Vista a pessoa, e coloque-o numa posição confortável. Quando não for possível o banho completo lave pelo menos a cara, as mãos, as axilas e os genitais do doente diariamente.

#### Higiene oral

A higiene oral é uma parte fundamental nos cuidados de higiene, não só mantém a pessoa mais confortável como:

- Previne infeções, cáries e aftas;
- Elimina restos de alimentos e microrganismos;
- Estimula a circulação do sangue;
- Evita o mau hálito.

Deve realizar-se ao acordar pela manhã, após as refeições e antes de dormir, além disso deve ser realizada sempre mesmo que não se alimente pela boca (uso de sonda).

#### Material necessário:

- Toalha de rosto;

- Pasta dentífrica ou solução antisséptica e fita dentária;
- Escova de dentes ou espátula tipo “palito de sorvete” envolta em gaze;
- Copo com água;
- Recipiente para despejar água suja;
- Hidratante para os lábios;
- Escova de unhas sem uso anterior para limpeza de próteses ou coroa.

### **Vestir/despir**

Estar bem arranjado e vestido proporciona segurança e autoconfiança. Deve manter sempre a privacidade da pessoa dependente quando a estiver a despir e/ou vestir.

O vestuário deve ser:

- Confortável;
- Largo (que não aperte);
- De algodão;
- Sem fechos;
- Sem botões (para fechar utilize o velcro);
- Os fatos de treino são uma boa solução porque são quentes, confortáveis e práticos;
- Para as pessoas acamadas os pijamas ou camisas devem ser abertos, de preferência nas costas.

### **Despir:**

Se a pessoa dependente puder ajudar, oriente-a nos procedimentos. Parte de cima:

- Coloque o doente de lado, virando-o para si;
- Dispa a manga do membro que se encontra por cima;
- Enrole a roupa nas costas;
- Vire o doente para a parte oposta e retire a outra manga.

Para retirar as calças:

- Desaperte os botões;
- Flita as pernas;
- Coloque um braço por baixo do joelho;
- Eleve o joelho e com a outra mão puxe as calças.

Vestir:

Repetem-se na mesma ordem os passos anteriores. Se um dos lados do corpo estiver paralisado, deve começar a vestir pelo membro que não ajuda. Só depois se veste o lado sã. Verifique sempre se a roupa fica bem esticada, para evitar originar zonas de pressão.

Autocuidado alimentar

A alimentação e hidratação por via oral é a melhor forma mais de alimentar a pessoa dependente. No entanto, existem algumas situações em que tal não é possível e nestes casos poderá ser necessário recorrer-se à alimentação por sonda, habitualmente sonda nasogástrica. A alimentação e hidratação de uma pessoa dependente deverá manter os princípios gerais de uma alimentação rica e variada de forma a assegurar o aporte calórico adequado e nutrientes necessários

### **Cuidados a ter na alimentação**

- Lembre-se que a pessoa dependente se pode esquecer de comer pois muitas vezes não tem a noção das horas. Ofereça-lhe as refeições a horas, em vez de esperar que ela se lembre de as pedir;
- Na hora da refeição deve estar bem acordado e sentado;
- Sempre que for possível deve permitir que se alimente sozinha, nem que tenha de lhe cortar os alimentos;
- Após as refeições, deve mantê-la sentada, durante cerca de 30min, para facilitar a digestão;
- Se tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista e pergunte aos profissionais de saúde se é seguro continuar a alimentá-la.

### **Proporcionar uma alimentação variada e equilibrada**

- Escolha os alimentos favoritos da pessoa e apresente-os de forma apelativa;
- Sirva cinco ou seis pequenas refeições ao longo do dia;
- Os alimentos devem ser servidos em pratos pequenos, em pequenas quantidades;
- Faça do pequeno-almoço uma refeição reforçada, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- Prefira alimentos fáceis de mastigar;
- Se estiver muito emagrecido, dar alimentos calóricos: sumos de fruta, batidos, leite-creme, gelados e pudins;
- Privilegie líquidos ligeiramente espessos se tiver dificuldade em engolir, tais como batidos de leite, de fruta ou iogurtes;
- Utilize uma colher na alimentação para evitar ferimento com os dentes do garfo;
- Procure que beba cerca de 6 a 8 copos de água por dia, oferecendo-a nos intervalos das refeições;
- Refresque e lave a boca antes e depois das refeições.

### **Cuidados a ter com a alimentação por sonda nasogástrica**

A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através de uma narina até ao estômago e realiza-se para permitir a administração de alimentos, líquidos e medicamentos às pessoas dependentes e doentes que se encontrem incapacitados de deglutir.

#### **Preparação dos alimentos:**

- Os alimentos devem ser triturados e de consistência líquida para não obstruir a sonda;
- Os alimentos devem estar mornos para não provocar queimaduras.

#### **Antes da refeição:**

- A pessoa dependente deve ficar na posição de sentada (elevar a cabeceira da cama ou apoiar com almofadas). Se não for possível deve deitá-la de lado (para evitar aspiração dos alimentos para os pulmões);
- Verificar se a sonda está bem posicionada, se o adesivo está bem colocado e se a sonda é visível no interior da boca;

- Se a sonda estiver mais de 5 cm deslocada da medida estabelecida, contacte os profissionais de saúde.
- Verifique se a sonda está no estômago:
  - Com uma seringa, tente aspirar a sonda e, se fluir conteúdo, é porque esta está bem colocada e pode alimentar o doente;
  - Verifique o volume de conteúdo aspirado: se este for igual ou superior à última refeição administrada, introduza novamente o conteúdo e espere cerca de 1 hora. Recomeçar a alimentação com um chá e verificar se foi bem tolerado ao fim de 1 hora;
  - Depois pode progredir para alimentos mais consistentes.
- Sempre que tirar a tampa da sonda deve fechar (clampar) a sonda com a mão para não entrar ar nem sair líquido.

#### Durante a refeição:

- Dê a refeição lentamente. Suspenda a seringa de alimentação acima da cabeça da pessoa dependente para facilitar a descida dos líquidos.
- Depois de a alimentar por sonda, esta deve permanecer sentada cerca de 30 minutos para facilitar a digestão.
- No fim da refeição introduza uma seringa de água para lavar a sonda.
- Ao longo do dia deve ir administrando água (6 a 8 copos) pela sonda para manter a hidratação;
- O intervalo entre as refeições não deve ser superior a 3 horas.

## **Autocuidado mobilizar, transferir e posicionar**

A pessoa com grau de dependência mais elevado e com limitações físicas que permaneça muito tempo na mesma posição tem um risco aumentado de desenvolvimento de feridas e problemas de circulação.

### Para diminuir este risco:

- Assegure que a pessoa dependente permanece alternadamente entre a cama e a cadeira;
- Mude a posição na cama frequentemente (idealmente de 2 em 2 horas), posicionando sobre o lado esquerdo e o direito e de costas;
- Contate o profissional de saúde se verificar que a pele tem zonas avermelhadas;
- Utilize um colchão ou almofadas que evitem a pressão, conforme as indicações da equipa médica ou de enfermagem.

### Mobilizar o doente acamado:

Sempre que mobilizar a pessoa acamada deve ter em atenção a sua coluna e, se possível, peça ajuda. Quando deslocar ou levantar uma pessoa dependente reduza o esforço exercido sobre as costas dobrando os joelhos para evitar inclinar-se para a frente ou para trás.

### Levantar a pessoa dependente acamada:

- Aspetos a ter em conta no levante:
- Verifique se todos os obstáculos e barreiras foram retirados do caminho;
- Antes do levante, sente a pessoa na beira da cama e verifique se apresenta tonturas;
- Dê indicação para onde se vai mobilizar a pessoa para que os movimentos sejam iguais;
- Conte até três para que todos se mexam ao mesmo tempo;
- Ao rodar para fazer a mobilização da pessoa, rode os seus pés ao mesmo tempo que o corpo, de modo a prevenir lesões na coluna e joelhos;
- Se a pessoa começar a cair não resista à queda. Acompanhe-a suavemente e proteja-se a si e à pessoa para não se magoar. Proteja a cabeça da pessoa para que não bata no chão.

### Posicionar o doente acamado:

Os posicionamentos permitem:

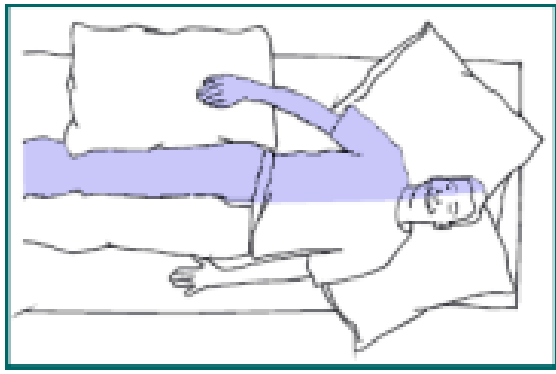
- Promover o conforto e bem-estar;
- Estimular a circulação, respiração, regular o trânsito intestinal e exercício;
- Prevenir a perda muscular;
- Facilitar a mobilidade das secreções;
- Prevenir posições viciosas;
- Prevenir lesões na pele (úlceras de pressão).

Quando a pessoa se encontra numa posição confortável existe a tentação de não se querer mobilizar. Poderá ter de insistir para que mude de posição.

### Aspetos a ter em conta no posicionamento do doente:

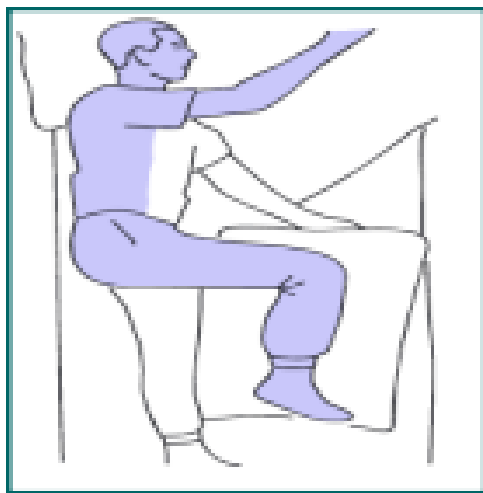
- Se a pessoa dependente ajudar deve pedir a sua colaboração;
- Baixar a cabeceira da cama se possível;
- Respeitar o alinhamento do corpo;
- Aproveitar este momento para observar o estado da pele nas zonas de pressão;
- Fazer massagem, com creme hidratante, para ativar a circulação e prevenir úlceras de pressão;
- Utilizar almofadas para apoiar o corpo nos posicionamentos;
- Proteger as zonas avermelhadas com almofadas, protetores de cotovelos e calcanhares, pele de carneiro;
- Manter os lençóis bem esticados.

### Posição de decúbito dorsal (deitado de costas):



- Firme os seus pés, bem separados;
- Dobre os joelhos da pessoa;
- Coloque uma mão nas costas e outra nas coxas da pessoa e eleve no sentido da cabeceira da cama;
- Proteja os calcanhares com uma almofada, de maneira que não toquem no colchão.

Posição de decúbito lateral (deitado de lado):



- Retire as almofadas suplementares;
- Utilize o resguardo para mobilizar a pessoa, tendo o cuidado de a levantar e não arrastar pois provoca feridas por fricção;
- Coloque a sua mão no ombro e na anca da pessoa e faça rolar o corpo na sua direção. Deste modo começará naturalmente a virar-se para si;
- Coloque uma almofada nas costas e dobre confortavelmente contra a pessoa para lhe dar mais apoio e conforto;

- Verifique se o braço e o ombro de baixo estão numa posição confortável. O braço e a mão de cima podem ficar mais confortáveis se forem colocados sobre uma almofada;
- Posicione a perna que fica por cima ligeiramente para a frente para evitar que fique pousada sobre a de baixo e coloque uma almofada ao longo da coxa;
- Coloque outra almofada ao longo da perna para evitar zonas de pressão na pele e para apoiar bem. A almofada deve ir um pouco além do pé, para que o tornozelo e o pé não fiquem desapoiados.

### **Úlceras por Pressão**

As úlceras de pressão surgem quando as pessoas dependentes ou doentes não conseguem movimentar-se e permanecem por longos períodos na mesma posição. Existem fatores que condicionam o aparecimento e agravamento das úlceras de pressão, nomeadamente: se a pessoa é muito magra ou tem excesso de peso, se não controla a urina e fezes ou se transpira muito.

#### **Medidas para prevenir as úlceras de pressão:**

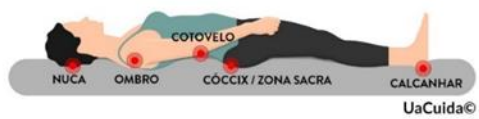
- Manter a pele bem limpa e seca;
- Aplicar creme hidratante na pele e massajar;
- Se a pessoa apresentar uma zona da pele vermelha que não desaparece após alívio da pressão, poderá indicar o início de uma úlcera de pressão e, neste caso, a massagem pode causar danos. Massaje apenas a zona envolvente;
- Quando mobilizar a pessoa, deve levantá-la e nunca arrastá-la na cama (a fricção causa lesões na pele);
- Mudar a pessoa de posição de 2/2 h;
- Usar almofadas para aliviar a pressão do corpo.

## ZONAS DE MAIOR RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO

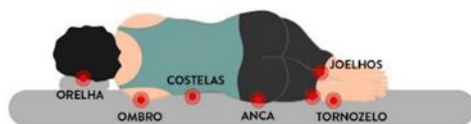
SENTADO:



DEITADO:



LATERAL:



## **Autocuidado eliminação**

A eliminação caracteriza-se pelos movimentos fisiológicos para excreção dos resíduos corporais, resultantes do metabolismo do organismo. Divide-se em vários sistemas, sendo aqui os mais relevantes a eliminação urinária e intestinal.

### **Eliminação urinária:**

Nas pessoas dependentes e/ou idosas, a eliminação urinária pode ficar comprometida por diversos fatores, nomeadamente falta de mobilidade, falta de controlo do esfíncter, medicação, patologias e má hidratação.

#### **Estar atento a:**

- Cor da urina, se for muito escura (concentrada) e com odor forte, incentivar a pessoa a beber mais água;
- Se tiver sangue presente, dor na micção deve alertar de os profissionais de saúde;
- Se a pessoa dependente utilizar fralda, deve limpar cuidadosamente a região perineal, evitando que a região fique húmida e provoque macerações.

### **Eliminação intestinal:**

Nas pessoas dependentes e/ou idosas, a eliminação intestinal pode ficar comprometida por diversos fatores, nomeadamente falta de mobilidade, alimentação pobre em fibras, medicação, patologias e má hidratação.

#### **Estar atento a:**

- Tipo de fezes, cor cheiro e consistência. Se não coincidirem com o tipo de alimentação deve ser alertado o médico;
- Se tiver sangue presente nas fezes, deve ser comunicado de imediato à equipa de saúde;
- Se a pessoa dependente utilizar fralda, a troca deverá ser efetuada o mais precocemente possível de modo a prevenir dermatites e maceração da região perianal;
- Deve ser estimulada a mobilização e hidratação oral como forma de prevenção a obstipação.

| ESCALA DE BRISTOL |  |   |
|-------------------|--|---|
| <b>Tipo 1</b>     | Pequenos fragmentos duros, semelhantes a nozes.                          |    |
| <b>Tipo 2</b>     | Em forma de salsicha, mas com grumos.                                    |    |
| <b>Tipo 3</b>     | Em forma de salsicha, com fissuras à superfície.                         |    |
| <b>Tipo 4</b>     | Em forma de salsicha ou cobra (mais finas), mas suaves e macias.         |    |
| <b>Tipo 5</b>     | Fezes fragmentadas, mas em pedaços com contornos bem definidos e macias. |    |
| <b>Tipo 6</b>     | Em pedaços esfarrapados.   |   |
| <b>Tipo 7</b>     | Líquidas.  |  |

## Mensagens finais:

- Conviva com a pessoa dependente, sem o fazer sentir como um peso na sua vida;
- Estimule a pessoa na participação nos seus autocuidados;
- Considere a pessoa uma parceira na sua prestação de cuidados;
- Peça ajuda quando tiver dúvidas ou achar que não vai conseguir;
- Não desanime, a pessoa de quem cuida precisa de si;
- Descanse e recomece um novo dia com um sorriso, os profissionais de saúde estão sempre ao seu lado para ajudar.