

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

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

Apoio aos Cuidadores Informais: prevenção e alívio da subcarga na Alimentação e Gestão de Sintomas

Rui Filipe Marques Vila Verde

Leiria, março de 2024



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

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

Apoio aos Cuidadores Informais: prevenção e alívio da subcarga na Alimentação e Gestão de Sintomas

Trabalho Final de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Rui Filipe Marques Vila Verde

Estudante N°5220086

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final

Docente Orientadora: Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, março de 2024

*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”*

Florence Nightingale

## **Agradecimentos**

Esta caminhada foi muito um desafio pessoal e com contributo para um enriquecimento pessoal e profissional, também durante o percurso tive o privilégio de ter pessoas que deram a mão e não me deixaram desistir e me fizeram levar este desafio avante quando me desviei da minha trajetória, fortalecendo a minha resiliência e força de acreditar e não desistir.

Gostaria de começar por agradecer à Professora Doutora Teresa Kraus Barros, que foi orientadora deste relatório de estágio, pelo seu apoio, paciência, toda a disponibilidade, incentivo, dedicação e por todos os conhecimentos transmitidos em todas as fases que conduziram à concretização deste trabalho e à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe por ter disponibilizado o seu apoio ao longo de todo o meu percurso e sempre celebre em ajudar.

Aos meus orientadores do estágio Especialista Enfermeiro Fernando Nogueira e enfermeira Especialista Lucinda Ferreira por todo o apoio e disponibilidade facultada por ambos, e pelos ensinamentos que me transmitiram que iram comigo permanecer para toda a vida a nível pessoal e profissional.

A minha filha, família, pela sua compreensão, apoio e incentivo demonstrado ao decorrer de todos estes meses. Por sempre acreditarem em mim, apoiarem as minhas escolhas, por nunca me deixarem desistir e por terem sempre acreditado que eu seria capaz de concluir este desafio da minha vida pessoal e profissional.

Também tenho de agradecer a minha esposa, nós enfrentámos esta caminhada juntos desde o primeiro dia deste nosso desafio. Por toda a interajuda, na partilha de conhecimentos, no apoio e no incentivo sem os quais não teria sido possível o findar deste ciclo.

Obrigado a todos, e sem exceção!

**Muito Obrigado!**

## Resumo

O presente relatório foi realizado com o objetivo de realizar uma análise crítico-reflexiva do percurso que foi desenvolvido por mim para a obtenção das competências comuns e específicas do enfermeiro mestre e especialista na área de enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública em contexto da Unidade de Saúde Pública, do Médio Tejo e da Unidade de Cuidados na Comunidade no concelho de Abrantes. Em termos estruturais este trabalho encontra-se organizado em duas partes, na primeira parte, realizei uma análise crítica e reflexiva dos ensinamentos clínicos que decorreram ao longo de todo o percurso académico, nos quais adquiri e desenvolvi competências acrescidas do enfermeiro especialista e mestre em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

A segunda parte realizei uma descrição do Projeto com base na metodologia do Planeamento em Saúde, seguindo as etapas, do diagnóstico de situação, da definição de prioridades, o delineamento de objetivos, da escolha das estratégias, da elaboração e execução do projeto e a respetiva avaliação. O projeto de intervenção comunitário designado com o nome de “Apoio ao Cuidador Informal prevenção e alívio das sobrecargas”. Dos 42 Cuidadores Informais do concelho de Abrantes com estatuto, só 31 Cuidadores Informais consentiram participar no presente estudo tendo idades compreendidas entre os 34 e os 80 anos. Neste sentido foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de sustentar a prática com base na evidência. Este projeto foi realizado com principal objetivo de ir de encontro as necessidades apresentadas pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes e Promover o apoio aos cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para maior segurança na prestação de cuidados seguros à pessoa dependente.

Para o diagnóstico de situação foi sustentado pela teoria de Nola Pender, foi aplicado um questionário inicial aos Cuidadores Informais com caracterização demográfica dos mesmos, com a escala de Help to Care de Dixe et al., escala de Bartel e duas perguntas do sentido de Vida de Kraus (2014).

Após os resultados dos questionários do presente projeto realizei sessões na área do autocuidado alimentar, gestão de sintomas foi realizado 3 sessões com a participação de 16 cuidadores informais no total das sessões.

Realizei um estudo quasi-experimental para avaliar o impacto, aplicado no pré e pós, na Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22,6% utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue após a intervenção nos questionários aplicados 15 dias posteriormente a intervenção obtivemos uma redução 6,4% neste

sentido passou para 16,2%. No diagnóstico Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 16,1% Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente após a intervenção nos questionários aplicados 15 dias posteriormente a intervenção obtive uma redução 6,4% neste sentido passou para 9,7% este diagnóstico. Nos questionários aplicados após 15 dias das intervenções, no geral das 4 áreas abordadas apontaram para uma melhoria dos conhecimentos nestas áreas nos 16 cuidadores, mas só ter tido metade da amostra leva a que não se possa concluir quanto ao impacto da intervenção no empoderamento comunitário dos 31 cuidadores informais.

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

## **ABSTRACT**

The aim of this report was to carry out a critical and reflective analysis of the path I took to obtain the common and specific competences of a master's degree nurse specialising in Community Health and Public Health nursing in the context of the Public Health Unit of the Médio Tejo region and the Community Care Unit in the municipality of Abrantes. In structural terms, this work is organised into two parts. In the first part, I carried out a critical and reflective analysis of the clinical training that took place throughout my academic career, in which I acquired and developed the increased competences of a specialist and master's nurse in Community Health and Public Health.

In the second part, I described the project based on the Health Planning methodology, following the stages of diagnosing the situation, defining priorities, outlining objectives, choosing strategies, drawing up and implementing the project and evaluating it. The community intervention project was called "Support for Informal Carers - prevention and relief of burden". Of the 42 Informal Carers in the municipality of Abrantes with status, only 31 Informal Carers consented to take part in this study, aged between 34 and 80. To this end, an integrative literature review was carried out with the aim of supporting evidence-based practice. This project was carried out with the main aim of meeting the needs presented by the Abrantes Community Care Unit and promoting support for informal carers in the municipality of Abrantes, enabling them to provide safer care for dependent people.

For the diagnosis of the situation, based on Nola Pender's theory, an initial questionnaire was applied to the Informal Carers with their demographic characterisation, with the Help to Care scale by Dixe et al, Bartel's scale and two questions from Kraus's Sense of Life (2014).

Following the results of the questionnaires in this project, I held sessions in the area of food self-care and symptom management, with a total of 16 informal carers taking part.

I carried out a quasi-experimental study to assess the impact, applied pre- and post-intervention, on the carer's ability to take care of themselves, which was compromised at 22.6% using strategies if the dependent person choked after the intervention in the questionnaires applied 15 days after the intervention, we obtained a reduction of 6.4% in this sense to 16.2%. In the diagnosis Capacity of the carer to take care of compromised in 16.1% Acting in the face of the dependent person's shortness of breath after the intervention in the questionnaires applied 15 days after the intervention we obtained a reduction of 6.4% in this sense this diagnosis went down to 9.7%. In the

questionnaires applied 15 days after the intervention, in general, the 4 areas addressed pointed to an improvement in knowledge in these areas in the 16 carers, but having only had half the sample means that we can't conclude on the impact of the intervention on the community empowerment of the 31 informal carers.

**Keywords:** Nursing; Community Health; Public Health; Informal Carers

## ÍNDICE

Resumo .....	III
ABSTRACT .....	V
ÍNDICE .....	VII
ÍNDICE TABELAS.....	X
ÍNDICE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE FIGURAS .....	XI
INTRODUÇÃO .....	14
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>18</b>
1.1 UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO MÉDIO TEJO.....	20
1.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO MÉDIO TEJO ABRANTES ....	22
<b>2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>25</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>28</b>
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	28
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	29
3.1.2. Melhoria da qualidade contínua .....	30
3.1.3. Gestão dos cuidados .....	31
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	33
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA .....	34
3.2.1. Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade .....	35
3.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....	36
3.2.3. Integra o programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde .....	38
3.2.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico .....	39
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....</b>	<b>41</b>
4.1 INTRODUÇÃO.....	41
4.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA BASEADO NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	44
4.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	45
4.3.1. Instrumentos de colheita de dados, tratamento e análise dos dados .....	46
4.4 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	64

4.5. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS .....	67
4.6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	68
4.7. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO PARA A EXECUÇÃO .....	71
4.8. EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PAPAS.....	74
4.9. AVALIAÇÃO .....	75
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>78</b>
5.1 Implicações Na Prática Clínica.....	79
<b>CONCLUSÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>80</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>XCI</b>
<b>ANEXO I – Jornadas Sociais e da Saúde Abrantes .....</b>	<b>XCII</b>
<b>ANEXO II - II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho.....</b>	<b>XCIV</b>
<b>ANEXO III - Parecer da comissão de ética .....</b>	<b>XCVI</b>
<b>ANEXO IV - Autorização para aplicação do Questionário de Avaliação de Capacidades do Cuidador Informal do Projeto Help2Care (Dixe et al., 2020) .....</b>	<b>XCVIII</b>
<b>ANEXO V - Índice de Barthel.....</b>	<b>CI</b>
<b>ANEXO VII - Escala de avaliação das capacidades do cuidador informal do Projeto Help2Care (Dixe et al., 2020 .....</b>	<b>CV</b>
<b>ANEXO VIII – Escala de avaliação da sobrecarga Zarit, traduzida e adaptada por Sequeira (2010) .....</b>	<b>CXI</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>CXIII</b>
<b>APÊNDICE I – Análise dos questionários de avaliação da satisfação dos utentes da UCC de Abrantes .....</b>	<b>CXIV</b>
<b>APÊNDICE II – Realização de Sessão sobre gestão de conflitos.....</b>	<b>CXXV</b>
<b>APÊNDICE III – Campanha da fórmula 5-2-1-0.....</b>	<b>CXXXV</b>
<b>APÊNDICE IV - Sessão sobre “Pediculose: Falar do que vem à cabeça...”.....</b>	<b>CXXXVII</b>
<b>APÊNDICE V - Consentimentos informados.....</b>	<b>CLI</b>
<b>APÊNDICE VI - Guião de entrevista aos Cuidadores Informais.....</b>	<b>CLIV</b>
<b>APÊNDICE VII - Resumo dos artigos da revisão integrativa da literatura .....</b>	<b>CLVII</b>
<b>APÊNDICE VIII - Apresentação em PowerPoint do projeto à UCC de Abrantes e USP do Médio Tejo .....</b>	<b>CLXXV</b>
<b>APÊNDICE IX - Painel de Delphi .....</b>	<b>CXCIV</b>
<b>APÊNDICE X - Cronograma de atividades .....</b>	<b>CC</b>
<b>APÊNDICE XI - Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio no autocuidado Alimentação).....</b>	<b>CCII</b>

**APÊNDICE XII - Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio no autocuidado gestão de sintomas)..... CCV**

## **ÍNDICE TABELAS**

Tabela 1- Avaliação sociodemográfica e profissional do cuidador informal .....	47
Tabela 2- Distribuição da amostra por localização geográfica.....	48
Tabela 3- Soma Escala Barthel .....	49
Tabela 4- Cuidar: Alimentação.....	51
Tabela 5- Higiene Sanitária .....	52
Tabela 6- Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto.....	53
Tabela 7-Cuidar: Mobilidade .....	54
Tabela 8-Cuidar: Transferências.....	55
Tabela 9-Cuidar: Despir e vestir-se .....	56
Tabela 10-Cuidar Tomar a medicação.....	57
Tabela 11-Cuidar: Gestão de Sintomas.....	58
Tabela 12-Cuidar .....	59
Tabela 13-Comunicação.....	60
Tabela 14-Diagnósticos de Enfermagem sobre a problemática em estudo .....	63
Tabela 15-Método de Hanlon .....	64
Tabela 16-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA ALIMENTAÇÃO .....	65
Tabela 17-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA DE TRANSFERÊNCIAS.....	66
Tabela 18-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA TOMAR A MEDICAÇÃO .....	66
Tabela 19-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA GESTÃO DE SINTOMAS .....	66
Tabela 20-Objetivos específicos, indicadores e metas para cada necessidade/diagnóstico priorizado .....	68
Tabela 21-Elementos de pesquisa.....	69
Tabela 22- Diagnósticos .....	73
Tabela 23-Objetivos Específicos .....	75

## **ÍNDICE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Autocuidado Alimentar .....	51
Gráfico 2 - Cuidar: Higiene Sanitária.....	53
Gráfico 3 - Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto.....	54
Gráfico 4- Cuidar: Mobilidade .....	55
Gráfico 5 -Cuidar: Transferências .....	56
Gráfico 6 - Cuidar Tomar a medicação.....	57
Gráfico 7 - Cuidar: Gestão de Sintomas.....	58
Gráfico 8 - Cuidar.....	59
Gráfico 9 - Comunicação.....	60

## **ÍNDICE FIGURAS**

<b>Figura 1- Organograma do ACES Médio Tejo (Fonte: ACES MT).....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 2 - Representação da área geográfica do ACES Médio Tejo (Fonte: ACES MT).....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 3- Modelo Nola J. Pender (Fonte: Pender).....</b>	<b>26</b>
<b>Figura 4-Diagrama da Teoria de Nola Pender sobre a problemática em estudo (Fonte: Nola Pender).....</b>	<b>63</b>

## **LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS**

% – Percentagem

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES MT – Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administrações Regionais de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

AVD – Atividades de Vida Diária

BCG – Bacilo de Calmette e Guérin

BI UCC – Bilhete de Identidade da Unidade de Cuidados na Comunidade

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

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CI – Cuidador Informal

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

COVID – Coronavírus

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECI – Estatuto do Cuidador Informal

ECL – Equipa Coordenadora Local

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

ELI – Equipas Locais de Intervenção

ERPI – Estruturas residenciais para Idosos

h – Horas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDG – Índice de Desempenho Global

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Km - Quilómetros

n – Número

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NLI – Núcleo Local de Inserção

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PAPAS – Apoio aos Cuidadores Informais: Prevenção e alívio da Sobrecarga

PIE – Plano de Intervenção Específico

PNS – Plano Nacional de Saúde

REG. – Regulamento

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s.d. – Sem data

SARS-CoV2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SBV – Suporte Básico de Vida

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Science

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local De Saúde

USP – Unidade de Saúde Pública

USPMT–Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo

## INTRODUÇÃO

O término do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública inserido no 3.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, foi elaborado o presente relatório visa realizar uma análise crítico-reflexiva sobre a forma como as competências comuns e específicas foram desenvolvidas ao longo deste estágio.

A prática clínica em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública com o relatório final, decorreu em dois contextos distintos na Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), entre o dia 7 de setembro e o dia 27 de outubro de 2023, na USP Médio Tejo – Abrantes, com uma total de 250 horas de contacto presencial. Do dia 30 outubro de 2023 a 23 fevereiro de 2024, decorreu o estágio na UCC de Abrantes do ACES Médio Tejo que no início de 2024 sofreu alterações e passou a pertencer à ULS Médio Tejo, levando a extinção do ACES. Neste período um total de contacto presencial de 250 horas.

Ambos os estágios tiveram uma orientação contínua de um Enfermeiro especialista em Saúde Comunitária com o apoio de um enfermeiro especialista em Saúde Pública e a supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus Barros.

O enfermeiro especialista e mestre é aquele a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em determinada área de especialidade em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os estágios são oportunidades que permitem a compreensão das dinâmicas e intervenções especializadas e integrando todas as aprendizagens essenciais no contexto da prestação de cuidados.

Este estágio teve como objetivos gerais desenvolver as competências no âmbito da enfermagem especializada no domínio comum e do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP). Os objetivos específicos, foram: Executar de processos na área de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com evidência no conhecimento avançado dos vários referenciais teóricos das disciplinas; aplicar no contexto prático todos os conhecimentos científicos implementando o programas e os projetos de saúde no âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado, refletir sobre as práticas e os resultados obtidos inerentes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e por fim a elaborar um relatório crítico-refletivo da

prática que faça evidência ao diagnóstico efetuado, ao projeto de intervenção, à intervenção e aos resultados obtidos dessa intervenção, e da aplicação na comunidade.

Os objetivos transversais delineados será: comunicar os resultados da intervenção com uma linguagem técnico-científica; gerir adequadamente o tempo e dos recursos; gerir e conceber os projetos com o objetivo da resolução de problemas (Kraus et al., 2023).

Com a elaboração deste relatório, surge um documento crítico-reflexivo com o principal objetivo geral de explicar as atividades realizadas e dar a conhecer a forma como as competências, comuns e especializada do EEECSF foram desenvolvidas.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública incide com o seu foco principal nos cuidados especializados a uma comunidade (Melo, 2020).

Então o EEECSF atua na base de capacitação de grupos e/ou comunidades, com o seu objetivo maior da promoção da saúde e atuar na prevenção da doença, através da elaboração e coordenação de programas e projetos, que refletem a obtenção do Plano Nacional de Saúde (PNS). Para a obtenção deste resultado realizam-se avaliações do estado de saúde de uma comunidade usando com o recurso à metodologia do Planeamento em Saúde (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Neste estágio, para o desenvolvimento das competências do EEECSF e para alcançar os objetivos propostos, foi-me proposto a elaboração de um projeto de intervenção comunitário, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde.

**Usando a metodologia do Planeamento em Saúde o projeto de intervenção comunitária tem como propósito principal a melhoria da qualidade de vida de uma comunidade, incutido a capacitação dos seus elementos. Este processo é um processo contínuo e dinâmico, usando os recursos disponíveis e circunscritos a uma determinada população alvo, num horizonte temporal definido (Rodrigues, 2021).**

Estamos a assistir a um aumento da esperança média de vida, com o avanço nos cuidados de saúde, tem havido o aumento das doenças crónicas e ao aumento do número de pessoas dependentes. Algumas das necessidades de apoio englobam a gestão de doenças, em que as pessoas apresentam dificuldade em realizar as suas atividades da vida diária. A maioria das vezes, é um membro da família que assume a responsabilidade pelos cuidados prestados. As pessoas que assumem estes cuidadores são intituladas como cuidadores informais, muitos deles não são pagos

pelo seu trabalho e, com necessidade frequentemente de competências e conhecimentos necessários para a prestação dos cuidados (Peres et al., 2022).

Na União Europeia, 80% dos cuidados são prestados pelos cuidadores informais não remunerados. (Relatório - A8-0352/2018).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE©) define o cuidador 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); pois tem um papel chave no processo de reabilitação da pessoa dependente, com a ajuda ou mesmo na satisfação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) na permanência no seu domicílio, pois carece sempre de orientações e ensinamentos por parte do Enfermeiro para realizar o mais seguro possível para ambos.

Estima-se que 80% dos cuidados em Portugal são prestados por não profissionais, maioritariamente por mulheres. (Teixeira et al., 2017). Na população portuguesa 8% encontra-se a prestar cuidados a familiares e/ou a pessoas próximas, deste 8%, 25% “a tempo inteiro” (cerca de 200 mil pessoas) (Cuidadores Informais, 2023).

Os cuidadores informais têm cada vez um papel mais importante numa variedade de tarefas, satisfazendo as necessidades físicas e emocionais da pessoa ao qual prestam cuidados, assegurando os auto cuidados das AVD'S. Necessitando muitas vezes de apoio por parte de uma equipa de enfermeiros que executam um diagnóstico das suas necessidades e promover-lhes a formação dirigidas às necessidades de cada cuidador e cada utente, pois foi com este objetivo que realizei o meu estudo, usando o recurso à metodologia de planeamento em saúde (Peres et al., 2022).

Após a identificação das áreas prioritárias, selecionei as estratégias, planeei e executei sessões de capacitação, tendo como meu público-alvo os cuidadores informais da área de Abrantes. Foram realizadas com recurso à metodologia expositiva e interativa. O enfermeiro deve ter um pensamento holístico, adaptado sempre à realidade de cada utente, grupo ou comunidade para ir em encontro às necessidades, no meu caso foi aos cuidadores informais de Abrantes.

É importante que os cuidadores informais estejam munidos de conhecimentos que lhes possibilitem fazer um planeamento e tomar decisões em base de conhecimentos e da realidade das dificuldades dos utentes, estas atitudes trazem sempre ganhos em saúde para ambos.

Este presente relatório apresenta-se estruturado em duas partes e em seis capítulos. A primeira parte faz evidência aos contextos da prática clínica dos cuidados especializados de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e é dividido em três capítulos: em primeiro fiz a caracterização dos dois contextos de estágio; no segundo capítulo abordarei os referenciais teóricos que me orientaram na prática clínica no decorrer do estágio; e por último, no terceiro capítulo, realizei uma reflexão crítica relativamente à aquisição dos objetivos do meu estágio, baseado nas competências comuns e específicas do EEECSPP que desenvolvi.

A segunda parte do relatório faz referência à minha prática com base na evidência. Esta está dividida em três capítulos. No capítulo quatro abordo a conceptualização teórica e enquadramento que fez justifica à pertinência do projeto que desenvolvi de intervenção comunitária. O quinto capítulo faço referência às etapas do projeto de intervenção comunitária, baseado na metodologia do Planeamento em Saúde. E. Por último, faço uma reflexão das implicações dos resultados do estudo observacional quasi-experimental na prática clínica.

## **1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

O presente estágio de Saúde Comunitária e Saúde Pública decorreu em duas unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo em Abrantes. No contexto de USP, este decorreu na USP Médio Tejo em Abrantes e o Contexto de UCC decorreu na UCC de Abrantes.

A Administração Regional de Saúde Lisboa Vale do Tejo (ARSLVT), é composta por vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), incluindo o ACES Médio Tejo, onde os meus estágios decorreram, o ACES Médio Tejo abrange 11 concelhos e integra 30 unidade funcionais distribuídas por 12 centros saúde, com 225948 utentes inscritos. A nível geográfico, este ACES engloba uma área de 2700km<sup>2</sup>, segundo os Censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2022). O organograma do ACES MT (Figura 1 e Figura 2) demonstra as unidades funcionais que prestam diretamente cuidados de saúde à população do Médio Tejo, onde também demonstra os órgãos de gestão, os serviços de apoio e grupos de trabalho (BI-ACES MT, 2023).

O ACES Médio Tejo tem como principal missão prestar cuidados de saúde primários com máxima qualidade à população da sua área de abrangência deste ACES, mas também a promoção da saúde e a prevenção da doença (BI-ACES MT, 2023).

A 1 de janeiro 2024 ainda decorria o meu estagio de UCC houve a extinção do ACES Médio Tejo passando para a ULS Médio Tejo, que é constituída por três hospitais e por trinta e cinco Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, tendo uma abrangência populacional de cerca de 169.274 utentes referente ao concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha e Vila de Rei, ao qual com a criação da ULS Médio Tejo no dia 1 de janeiro 2024, Vila de rei começou a ser englobada e Fátima e Ourem migraram para ULS Leiria(BI-ULS MT, 2024).

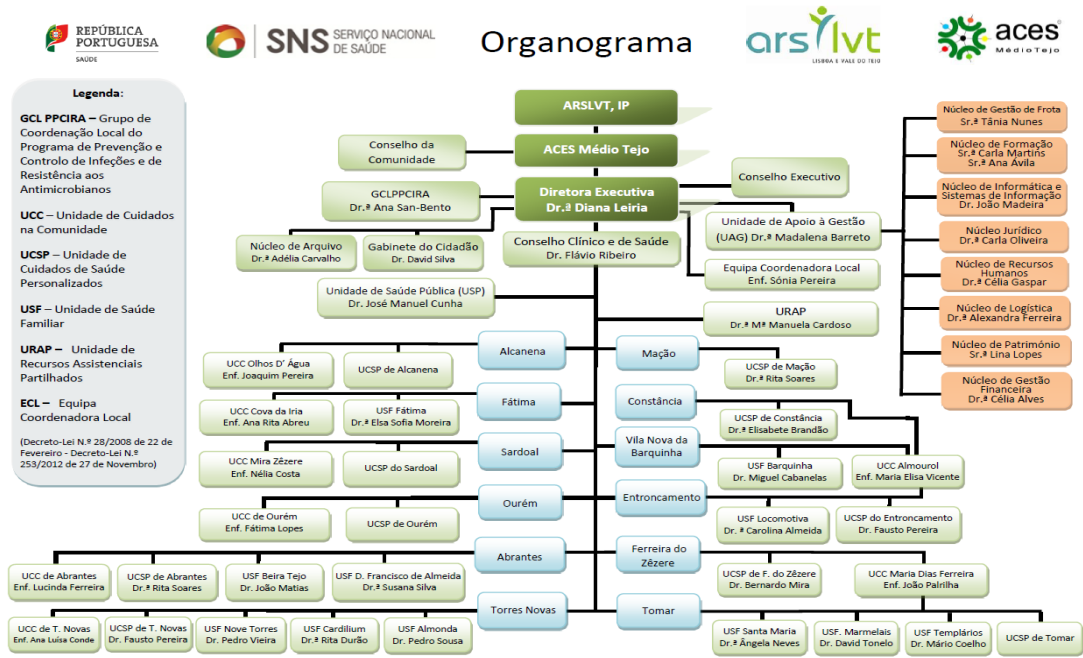


Figura 1- Organograma do ACES Médio Tejo (Fonte: ACES MT)

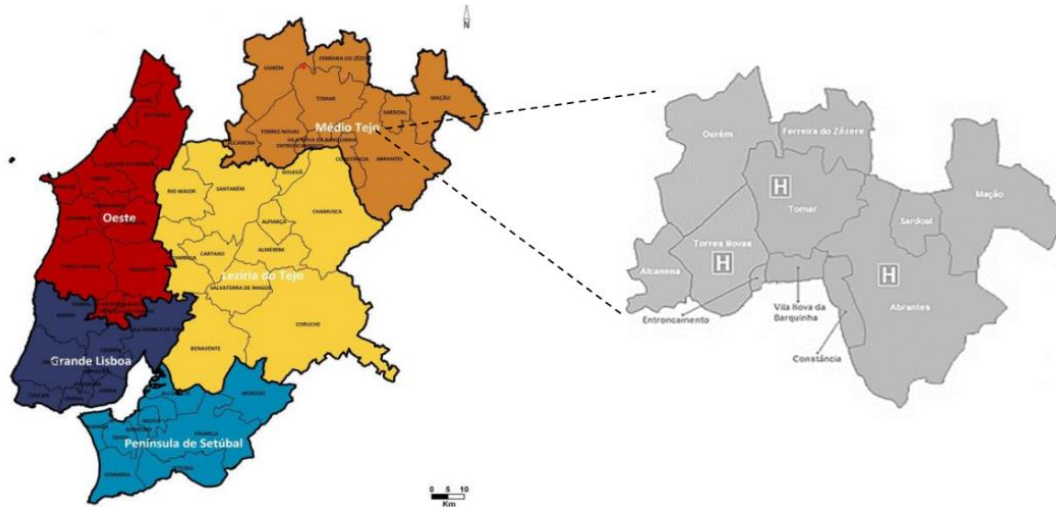


Figura 2 - Representação da área geográfica do ACES Médio Tejo (Fonte: ACES MT)

## 1.1 UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO MÉDIO TEJO

As competências das USP em Portugal foram ajustadas em outubro de 2013 e foi regulamentado toda a organização dos serviços e as suas funções de natureza operativa da Saúde Pública, a nível nacional, regional e local. A USP encontra-se inserida “(...) na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da Saúde Pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde” (Decreto-Lei nº 137/2013, p. 6050).

No ano 2022, foi publicado o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), então veio definir que as USP são unidades com alguma autonomia técnica e funcional e a sua composição é por médicos de Saúde Pública, os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e os técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

A USP do Médio Tejo é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra na sua globalidade, 4 médicos de Saúde Pública, 7 enfermeiros, 12 técnicos de saúde ambiental, 6 assistentes técnicos/ administrativos e 3 higienistas orais que estão distribuídos pela sede da USP do Médio Tejo, e pelos diferentes polos de Saúde Pública do Médio Tejo.

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

A USPMT rege-se por valores, pela cultura do conhecimento e funcionamento como um bem em si mesmo, o que permite um maior grau de excelência e eficiência das técnicas executadas, o que assegura uma melhor qualidade a nível dos resultados obtidos e conseqüentemente uma melhor prestação de serviços a população no ACES Médio Tejo. Apostam na multidisciplinaridade e colaboração no trabalho, na informação que é partilhada entre si e com as instituições e organismos que necessitam, da partilha de informações de saúde com a sua população, e nas estruturas organizacionais flexíveis de forma a dar resposta adequada as

necessidades específicas da sua população, promovendo a equidade e garantia na acessibilidade a população, na integridade e defendendo os interesses do público (BI-CSP, 2023).

A intervenção da USPMT tem com base em cinco domínios major: Vigilância Epidemiológica, Saúde Ambiental, Autoridade de Saúde, Planeamento em Saúde e Proteção e Promoção da Saúde (BI-CSP, 2023).

A USPMT tem vários programas e projetos a serem dinamizados pela equipa multidisciplinar tais como: o Diagnóstico de Saúde e o Observatório do ACES Médio Tejo; o Plano Local de Saúde; a Capacitação e Literacia em Saúde, Combate às adições, Prevenção da doença Oncológica, a Saúde Mental, Envelhecimento Ativo e Saudável, Promoção da Segurança Rodoviária, os Programas de Saúde Escolar, a Promoção do Sucesso Escolar no Médio Tejo o projeto de a correção de problemas de acuidade visual e auditiva, o projeto Higiene e segurança dos estabelecimentos de ensino, Programa de Vacinação do Aces do Médio Tejo, Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação Obrigatória no SINAVE, Programas de Gestão de Resíduos Hospitalares, Fenómenos Climáticos Extremos, Saúde Ambiental a intervenção é na vigilância e testagem da qualidade das águas; do ar dentro das instituições, vigilância alimentar dos vários estabelecimentos do Médio Tejo; a vigilância dos estabelecimentos comerciais; estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, vigilância nas fábricas, dos de apoio social e de educação; a vigilância de piscinas, zonas balneares e termais; a gestão de resíduos, Saúde ocupacional externa e na equipa local, prevenção e controlo de doenças transmitidas por vetores, vigilâncias estabelecimentos turísticos e alojamentos locais, saúde oral do Médio Tejo; Promoção da saúde oral e prevenção de doenças orais; projeto da escovagem dos dentes na escolas, consultas do viajante e vacinação internacional; autoridade de saúde e avaliação psiquiátrica compulsiva mandado de condução (BI-CSP, 2023) .

A USPMT faz a identificação das necessidades da população da sua área de abrangência e articula devidamente com as diversas unidades funcionais que compõem o ACESMT, o que contribui para a construção de recursos na comunidade com vista a haver uma promoção da saúde das comunidades e grupos do Médio Tejo.

As USP atualmente são avaliadas por alguns dos indicadores de atividade e não por indicadores de desempenho. Fazendo uma análise ao referencial multidimensional de contratualização para as USP inerente ao ano de 2022, encontra-se assente nas suas competências e também no cumprimento da sua carteira de serviços de cada USP. Mas apenas é possível a operacionalização dos Índices de Desempenho Setoriais nas

áreas de Serviços, na Qualidade Organizacional e na Formação (Administração Central de Serviços de Saúde [ACSS], 2022).

## 1.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO MÉDIO TEJO ABRANTES

No ano de 2008, com a publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, foram regulamentadas as estruturas dos ACES e criadas as diferentes unidades funcionais para a prestação de cuidados, incluindo as UCC. Foi então definido que as UCC prestam cuidados de saúde de apoio psicológico e social com um campo de ação domiciliário e comunitário, em especial junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência; também tem um papel de prestação no âmbito da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na criação de unidades móveis de intervenção. As UCC também têm um papel importante nas suas competências, a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e da Equipa Coordenadora Local (ECL) (Decreto-Lei n.º 28/200/8, 2008).

No ano seguinte, em 2009, foi aprovado o Regulamento da Organização e Funcionamento das UCC, este regulamento vem definir que a atividade das UCC é desenvolvido com autonomia organizativa e técnica, no âmbito da comunidade, sendo a sua missão “a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” (Despacho n.º 10143/2009, 2009, p. 15438).

A constituição da UCC deve primar por uma equipa técnica multidisciplinar, composta por: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, higienistas orais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala e outros profissionais. Alguns deles encontra-se em colaboração parcial ou mesmo em permanência, que dispõem de capacidade para dar resposta às necessidades identificadas da população e do utente, que assegurem as atividades que estão explícitas no Plano de Ação dessa UCC e que atinjam os indicadores nas áreas de acessibilidade, que tenham um desempenho assistencial, de qualidade e de eficiência (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

A UCC de Abrantes é uma unidade funcional integrada no Centro de Saúde de Abrantes. O concelho de Abrantes situa-se no centro do país (NUTS II) na sub-região do Médio Tejo (NUTS III), em termos territoriais tem 714.7 km<sup>2</sup> e conta com uma população de 34329 pessoas (INE, 2022).

A UCC de Abrantes dá resposta à população de 8 freguesias do concelho de Abrantes: da Bemposta; Pego; Rio de Moinhos; Tramagal; Abrantes (São Vivente e São João) e Alferrarede; Alvega e Concavada; São Facundo e Vale das Mós; e São Miguel do Rito Torto e Rossio ao Sul do Tejo (BI-UCC Abrantes, 2022).

A UCC Abrantes tem uma autonomia organizativa e técnica, constituída por uma equipa multidisciplinar, de sete enfermeiros pelo que cinco são enfermeiros especialistas (2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, 2 Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e 1 Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica), coordenada por uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária. A equipa multidisciplinar tem ainda na sua composição, enfermeiros da Equipa Nuclear e profissionais que partilham horas afetas à UCC e a outras unidades funcionais, nomeadamente, três enfermeiros, a assistente social, a fisioterapeuta, a médica e a Psicóloga (BI-UCC Abrantes, 2022).

A UCC Abrantes tem como principal missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população que residem em oito das treze freguesias do Concelho de Abrantes, adotando uma prestação de cuidados de saúde de proximidade, nas suas casas e na comunidade tais como, nos locais de trabalho, escolas, instituições, aos indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência (BI-UCC Abrantes, 2022).

A UCC de Abrantes também se rege por valores e pretende ser uma UCC de referência, assumindo como seu principal compromisso a saúde da população da sua área geográfica, assegurando uma resposta integrada, articulada diferenciada e de proximidade a todas as suas necessidades, sempre com a visão de uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Procurando dinamizar novos projetos e alcançar a excelência dos serviços prestados através do trabalho em equipa, fomentando a satisfação, realização e motivação dos profissionais nos projetos em se inserem e a satisfação da população (BI-UCC Abrantes, 2022).

No âmbito de grupos mais vulneráveis, a população abrantina abrangida pela UCC, apresenta um índice de dependência total de 66.56%, em que 48,39% corresponde ao índice de dependência de idosos ( $\geq 65$  anos) e 18.17% corresponde ao índice de dependência dos jovens ( $< 15$  anos) (BI-UCC Abrantes, 2022).

Nesta perspetiva, a UCC Abrantes possui uma vasta Carteira de Serviços, que integra os vários Planos de Ação, dando resposta às necessidades de saúde da população de Abrantes, tais como:

- Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP);
- Curso de Recuperação Pós-Parto;
- Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés;
- Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI);
- Equipa Local de Intervenção (ELI) e Rede Social;
- Núcleo Local de Inserção (NLI);
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Projeto de Saúde Mental.

Quanto à ECCI enquadrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a UCC de Abrantes dá resposta com uma ocupação de 15 camas domiciliárias (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008) e direciona a sua intervenção interdisciplinar às pessoas em situação de dependência, em risco e vulnerabilidade, cuja situação não necessite de internamento em contexto hospitalar, sem possibilidade de se deslocarem de forma autónoma com alguma dependência funcional, em processo de convalescença ou a necessitar de cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

Os utentes são referenciados para a RNCCI pela Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) ou por profissionais de saúde de outras unidades funcionais da área de Abrantes ou por autorreferenciação da própria UCC (Portaria n.º 50/2017, 2017). Posteriormente a referenciação, carece sempre de uma avaliação pela ECL, que verifica a equidade no acesso à RNCCI e a sua adequação dos serviços prestados (Despacho n.º 19040/2006, 2006). Pelo que, a ECL, como equipa multidisciplinar, deve ser composta por um enfermeiro (Despacho n.º 19040/2006, 2006), na UCC de Abrantes é representada por uma enfermeira desta mesma unidade.

No âmbito dos indicadores de avaliação das UCC, está presente na matriz multidimensional da contratualização das UCC, apenas alguns indicadores têm impacto para o cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG). Estes indicadores encontram-se bem definidos e remetem para uma orientação na prestação de cuidados direta e nos projetos de cada UCC (ACSS, 2022).

Todas as unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, contam com a sua caracterização e dados no âmbito do seu desempenho disponíveis na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), sendo um

instrumento importante para a promoção do desenvolvimento e aposta na melhoria contínua das unidades (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, s.d.).

## **2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

A Enfermagem baseada em teorias/modelos ajuda na estruturação e organização do conhecimento em enfermagem. Distinguindo os enfermeiros de outras categorias da profissão, o que evidencia o processo de trabalho e a autonomia da prestação de cuidados. Com o desenvolvimento do processo de trabalho intelectual, as reflexões são cada vez mais importantes, o que levará a enfermagem a alcançar um estatuto na ciência e práticas baseadas na evidência (Santos et al., 2022), irá ainda permitir uma construção da identidade da profissão de enfermagem, bem como promover o conhecimento sobre toda a área de enfermagem, fornecendo evidência científica de cada área em questão (Meleis, 2012).

Este trabalho encontra-se alicerçado ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se apresenta como uma estrutura clara e simples, promovendo ao enfermeiro que execute um cuidar individual aos utentes, e/ou em grupo, permitindo a reunião dos mesmos, facilitando o planeamento inerente uma intervenção e avaliação executivas de todas as ações realizadas (Warren, 1993; StuttsWC, 1997; Pender & Yang, 2002).

Contextualizando, Nola J. Pender foi professora distinta nos Estados Unidos na Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, desenvolveu a Teoria da Promoção da Saúde, que apresenta três principais componentes:

**1. Características e experiências individuais**, que incide no “comportamento anterior”, em que se deve de ter em conta os fatores pessoais, que engloba os fatores biológicos tais como o sexo, a idade, o IMC, e a mobilidade; os fatores psicológicos como a auto-motivação e a auto-estima, e os fatores socioculturais, como a educação e o nível socioeconómico;

**2. Sentimentos e conhecimento sobre o comportamento** pretendido, este pressuposto será o núcleo central do diagrama e é constituído pela perceção dos benefícios da ação ou seja perceber a importância do impacto positivo dos comportamentos adotados; pela perceção das barreiras para a ação, que corresponde às perceções negativas relacionadas ao comportamento, nomeadamente as complicações e todos os custos associados; pela perceção de toda a sua autoeficácia, reconhecer a sua capacidade de organização e execução das ações; pelos

sentimentos no âmbito do comportamento, faz uma reflexão sobre a reação emocional direta, podendo ser positiva ou negativa, agradável ou desagradável; pelos comportamentos que podem ser ou não influenciados por modelos sociais ou mesmo por outras pessoas; e por outras influencias como o ambiente que pode ser facilitador ou então impeditivo de aquisição comportamentos de saúde benéficos;

**3.Resultados do comportamento**, como o compromisso com todo o plano de ação, que permite ao indivíduo manter durante toda a ação o comportamento pretendido, de promoção da saúde, através das intervenções de enfermagem; no âmbito das preferências e exigências, as mudanças nos comportamentos imediatos exigem pouco controlo referente aos mesmos, quanto às preferências pessoais, apresenta um grande controlo sob estas ações que requerem uma mudança de comportamento; adotar um comportamento na promoção da saúde, são o resultado da execução do Modelo de Promoção da Saúde.

Passo de seguida apresentar o diagrama do modelo através de uma figura (3), que faz a explicação dos seus componentes:

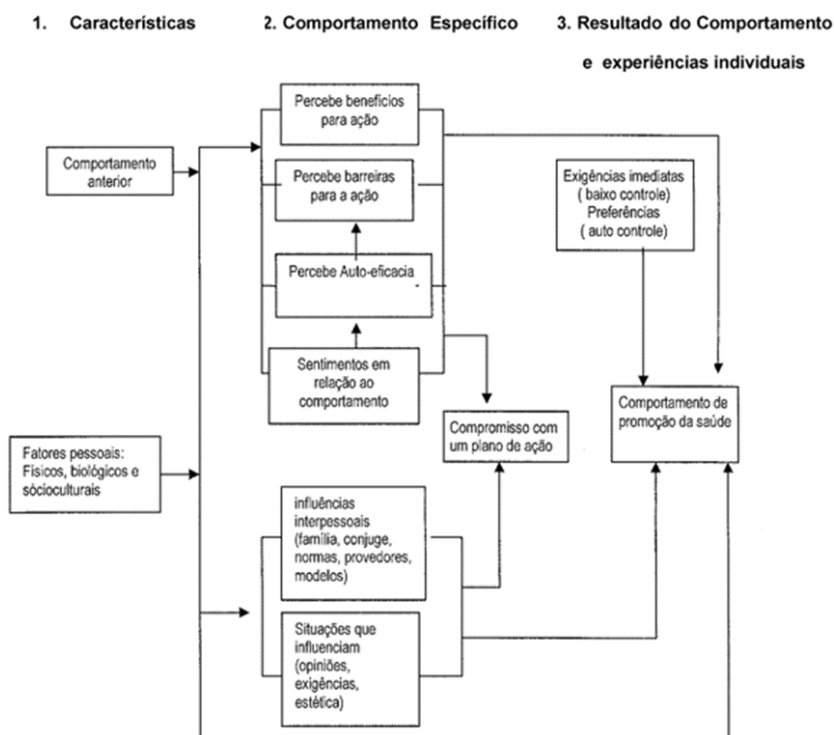


Figura 3- Modelo Nola J. Pender (Fonte: Pender)

Os modelos teóricos no âmbito da Enfermagem permitem a compreensão da maneira como os enfermeiros veem a pessoa no seu todo (Melo, 2020).

A autora Pender ao longo do seu livro, faz referência ao conceito **Saúde**, tratando-se de uma melhoria contínua a todos os níveis físico e mental, pelo que melhoria do seu bem-estar não se trate apenas da ausência de doença. Devemos sempre de ver o utente no seu todo e tudo o que o rodeia a nível familiar, comunitário, a sua idade, a sua raça, e a sua cultura adotando sempre a vertente holística. Quanto ao **Ambiente**, a autora refere que deve ser tida em conta a relação que o utente tem com os recursos disponíveis ao nível da saúde, económico (sendo por vezes um tema que utente não gosta de transparecer) e social, de forma que as suas relações e as que o rodeiam promovam um ambiente saudável. No que toca ao conceito de **Pessoa**, é aquele que consegue resolver os problemas, tomar decisões, sendo o ser o principal potenciador de mudança e a adotar o comportamento no âmbito da saúde saudável. Por último o conceito de **Enfermagem**, o enfermeiro é quem promove a adoção de comportamentos promotores de saúde dos seus utentes, potenciando os seus autocuidados de uma forma assertiva (Pender, Murdaugh & Parsons 2002).

Segundo esta autora estes quatro conceitos acima descritos ajudam na compreensão do seu modelo e na sua aplicabilidade.

Os autores Pender, Murdaugh & Parsons (2015) relacionam o conceito de saúde com o contexto comunitário e caracterizam saúde comunitária como a satisfação de todas as necessidades coletivas dos seus membros através de uma identificação eficaz dos problemas e gestão dos mesmos. E consideram o estado saúde de uma comunidade muito para além do somatório da saúde individual dos seus membros, mas também as características da comunidade no seu global. Contudo a saúde da comunidade é influenciada a saúde da individual, as características físicas, sociais políticas e económicas possibilitam que a comunidade viva de uma forma o mais saudável possível e isenta de doenças de foro comunitário, no entanto, as características da comunidade podem influenciar positivamente ou negativamente a saúde do indivíduo e os comportamentos de risco, adotar e apoiar estilos de vida saudáveis iremos ter comunidades saudáveis. O enfermeiro tem de ser promotor de vida saudável e focalizar as suas intervenções na promoção da saúde, tendo em conta as condições físicas, ambientais e sociais.

### **3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

Observamos uma evolução constante dos cuidados de saúde, sendo cada mais exigido aos cuidados de enfermagem uma diferenciação com rigor técnico e científico, que se transpõe na especialização dos enfermeiros. Um enfermeiro especialista é um profissional “a quem se reconhecer competência específica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

As competências comuns do enfermeiro especialista, são transversais em todas as áreas de especialidade, respeitando uma elevada capacidade de planeamento e de supervisão dos cuidados de enfermagem. As competências específicas surgem de um elevado grau de adequação dos cuidados referente as necessidades de saúde nas diferentes áreas de intervenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Passo de seguida, à análise crítica-reflexiva referente as competências comuns e específicas que desenvolvi ao longo deste estágio, onde irei descrever as atividades realizadas, e os resultados de aprendizagem que daí resultaram.

#### **3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

De acordo com a OE (2019), as "competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria". Estas estão divididas em quatro grandes domínios: a responsabilidade profissional, a ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste âmbito das competências comuns, que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área especialidade, desenvolvem-se através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e através de um suporte efetivo do exercício profissional especializado na sua área de formação, de investigação e assessoria. Neste contexto são transversais os quatro domínios de prestação de cuidados: o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; o Domínio da Gestão dos Cuidados e o Domínio das Aprendizagens Profissionais. No entanto, apesar destes domínios serem

“comuns”, a todas as áreas de especialidade, cada especialidade desenvolve uma abordagem diferente consoante os contornos e características baseadas na respetiva prática clínica. Como tal um dos objetivos gerais dos estágios foram, o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada nos domínios da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista no contexto de USP e UCC.

### 3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo Pires (2008), a ética em saúde engloba todas as ações que ofereçam uma promoção e um bem-estar ao utente, família e comunidade, podendo afetar a qualidade de todos os cuidados prestados. No presente estudo realizado por mim referente aos utentes dependentes no autocuidado e aos seus cuidadores, foram respeitados os princípios éticos: o princípio da fidelidade; o princípio da não maleficência; o princípio da veracidade; o princípio da confidencialidade e o princípio da justiça (Nunes, 2013; OE, 2015c).

No decorrer dos estágios ao rever o Código Deontológico dos Enfermeiros, permitiu que a minha prática clínica na prestação de cuidados ao utente/família/comunidade, fosse baseada e sustentada atendendo os princípios éticos e deontológicos que estão definidos pela OE (2015), considerando as suas necessidades e respeitando a sua individualidade.

No meu estudo garanti que estes princípios fossem cumpridos. Neste sentido, foi submetido pedido de parecer do projeto de intervenção Comunitária, à Comissão de Ética de ARS LVT, que obteve parecer favorável (ANEXO III), o que permitiu a formalização de uma declaração de consentimento informado (APÊNDICE V), para a obtenção do consentimento formal da participação livre, voluntária e esclarecida dos cuidadores informais que participaram no estudo. Todas estas atividades estão dentro da conformidade com a competência do enfermeiro especialista, que se centra na responsabilidade profissional, ética e legal, do qual adotei esta prática em ambos os contextos de estágio de USP e UCC. Ainda no presente estudo, foi omitido a identidade dos respetivos elementos que participaram no mesmo, tendo sido codificado os questionários por eles preenchidos.

Outro aspeto que tive em consideração após a minha reflexão no que diz respeito à informação transmitida sobre a pessoa e as questões éticas que as envolvem. No estágio de USP e UCC as informações clínicas partilhadas na troca de ideias com os orientadores e colega de estágio, eram feitas em locais específicos onde era privilegiada sempre a privacidade das informações clínicas diante terceiros, que permitiam

cumprir o parecer do Conselho Jurisdicional n.º 20/2001 da OE (2001), no que diz respeito ao tratamento executados nos domicílios, ao tratamento de dados dos questionários do estudo entre outras atividades durante o estágio. Pelo que sempre respeitei a segurança das informações transmitidas e assumindo uma postura de competência, onde a responsabilidade foi imperativo, a assiduidade e a pontualidade foram presentes.

Desta forma foram respeitados os valores inerentes ao meu exercício profissional, assente no respeito pelos direitos humanos. Fiz uma gestão das práticas em ambos os ensinamentos clínicos que presaram por nunca comprometer a segurança, assim como a privacidade e dignidade do utente/família/comunidade.

Considero que os princípios da ética e a responsabilidade explícitos no código deontológico dos enfermeiros, são dos mais importantes pilares da prática da enfermagem, onde assentei a minha prática clínica, promovendo sempre a privacidade do doente e respeitando a sua autonomia.

### 3.1.2. Melhoria da qualidade contínua

O Regulamento nº140/2019 refere que o enfermeiro mestre e especialista é um profissional que “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborante em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745).

A qualidade em saúde consiste numa prestação de cuidados acessível e equitativa, considerando os recursos disponíveis, com o objetivo de alcançar a adesão e a satisfação do cidadão com o pressuposto na adequação dos cuidados assente nas necessidades e nas expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho). Com isto pretende-se que os tipos de cuidados assentem na medida em que está incluído o bem-estar do doente, posteriormente a se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas que esperamos no decorrer de todo o processo de cuidados nas suas vertentes (Dias, 2014).

A qualidade dos cuidados é pensada nas pessoas, pois as pessoas são utilizadoras e prestadoras de cuidados. Neste sentido, no decorrer dos dois EC este domínio da melhoria contínua da qualidade, esteve sempre em conta em todas as atividades desenvolvidas e realizadas. Os trabalhos desenvolvidos, a minha prática especializada, foi sempre efetuada em colaboração com a equipa multidisciplinar da USP e UCC. Com o decorrer do estágio fui ganhando a minha prática especializada,

com a participação ativa e dinâmica nos programas de melhoria contínua da qualidade.

O projeto executado por mim e pela minha colega, com o título “Apoio aos cuidadores informais: Prevenção e alívio da subcarga” foi de encontro a necessidade de melhoria de qualidade da UCC, estando inserido na necessidade da continuidade da prestação de cuidados da unidade. O nosso projeto resultou de um diagnóstico de situação, mas também veio responder às necessidades da UCC que, na sua missão, tem preconizado apoiar os cuidadores informais. Este projeto teve influência no aumento dos indicadores de acesso dos utentes, pelo número regular de contactos. Com todo este processo só foi possível ser alcançado com sucesso com um trabalho constante colaborativo dos enfermeiros da UCC, Enfermeiros Supervisores e a minha colega de estágio.

Outro exemplo claro foi a colaboração na análise do questionário de satisfação dos utentes da UCC de Abrantes, o que permitiu refletir sobre a perceção dos utentes acerca dos cuidados prestados possibilitando futuramente melhorar os cuidados a prestar assim como a qualidade dos mesmos.

### 3.1.3. Gestão dos cuidados

Segundo o artigo 3.º do Regulamento nº 101/2015, refere que o enfermeiro gestor detém conhecimentos baseados no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão em enfermagem, dando respostas humanas aos processos de vida e dos problemas de saúde, garantindo o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados. Este elemento tem capacidade de dinamizar a sua equipa, construindo ambientes favoráveis a uma prática clínica e uma qualidade do serviço prestado a pessoa que procura os serviços de saúde; é também gestor de recursos humanos e dos recursos materiais, fazendo cumprir a segurança dos cuidados, da formação, das relações profissionais, da redução do risco clínico, gerindo os conflitos entre outros aspetos importantes inerente a este elemento.

Na prática diária de Enfermagem o processo de gestão, não é função exclusiva do Enfermeiro Gestor e do Enfermeiro Especialista, o percurso académico e clínico permite o desenvolvimento destas competências diferenciadas, sendo automático o acréscimo destas responsabilidades. Segundo Urden *et al* (2008, p. 1265), a gestão dos cuidados “é um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar, suportar e coordenar os cuidados ao doente através do continuum dos serviços de saúde.” Para o autor Balsanelli e Cunha (2015), a prática diária, as exigências e a especifici-

dade no âmbito do cuidar em enfermagem dá competências ao enfermeiro no seu desenvolvimento da competência de liderança.

Ao enfermeiro especialista é expectável pela sua formação de base, independentemente da sua área de formação, pratique uma gestão adequada dos cuidados prestados, em plena articulação com a equipa de enfermagem e multiprofissional, de forma a garantir a segurança e a qualidade das tarefas planeadas e executadas. Em quase todas as práticas clínicas existe limitação de recursos humanos e materiais, pelo que é necessário desenvolver um trabalho complexo de gestão de forma a dar resposta a todos os problemas observados ao longo de toda a prática profissional. Neste contexto tentei sempre realizar um trabalho o mais autónomo e dinâmico possível, aproveitando as oportunidades de participar nalgumas tomadas de decisões, em colaboração com toda a equipa multidisciplinar, ajudando na otimização regular do trabalho, assim como na gestão dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados, promovendo um ambiente positivo que favorecesse a prática dos cuidados.

Durante os estágios, tive o privilégio dos meus orientadores serem Enfermeiros Chefes da equipa, em complementaridade o Enfermeiro da USP, dispunha da Pós-Graduação em Gestão na Saúde, o que proporcionou vastas oportunidades de desenvolvimento de competências na área da gestão, pelo que acompanhei o trabalho de ambos na gestão de recursos humanos e de cuidados, tendo demonstrado uma constante capacidade de trabalho em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos perante as situações e de acordo com o contexto, tentando otimizar cuidados de qualidade. Contudo é uma tarefa com algum grau de complexidade, pelo que o trabalho em equipa foi elemento-chave o sucesso da mesma que se reflete nos cuidados prestados.

A par disto foi perceptível o desenvolvimento desta competência através da minha capacidade de priorização em torno da tomada de decisão no decurso do meu projeto, com a integração de todas as atividades desenvolvidas e a gestão do tempo limitado, que implicou uma gestão bem articulada com a minha vida pessoal, familiar, profissional e académica. Também a necessidade de priorização de todas as etapas do meu projeto, implicou uma gestão dos contactos e uma articulação de forma constante e repetida com todos os elementos, de modo a concretizar as intervenções planeadas. Com a gestão destas atividades consegui adquirir mais consciência sobre todo o processo que está subjacente a uma priorização efetiva das necessidades dos utentes/comunidades e garantindo sempre a sua segurança.

Ainda neste contexto foi sugerido pela UCC a realização de uma formação à equipa neste âmbito da gestão, pelo que realizei em colaboração com a minha colega de estágio uma formação a todos os profissionais da UCC sobre Gestão de Conflitos.

#### 3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A aprendizagem é baseada num processo que é natural a todos os seres humanos, ao longo da nossa vida estamos sempre a desenvolvê-lo voluntariamente ou involuntariamente, permitindo de certa forma para o crescimento constante enquanto pessoa, mas também profissional. Segundo Eckroth-Bucher (2010), os momentos assumem-se num processo dinâmico e transformador de si mesmo, o desenvolvimento de conhecimento torna o nosso comportamento genuíno e mais autêntico com o objetivo de estabelecer as relações interpessoais.

Segundo a OE (2019), um enfermeiro mestre e especialista necessita de ter presente um desenvolvimento cognitivo constante, um autoconhecimento e bastante assertividade, baseando a sua prática clínica na evidência científica sólida e documentada, possibilitando ser um transmissor dos conhecimentos, nas várias vertentes quer ao nível de formações em serviço, mas também ao nível individual.

Saliento para a importância da prática baseada na evidência, por forma integrar a perícia clínica do enfermeiro especialista, mobilizando os conhecimentos, julgamento e raciocínio crítico que foi adquirido na sua formação e nas suas experiências profissionais (Melnik et al., 2010). Neste sentido, tive sempre a preocupação de pesquisar e procurar sempre as melhores informações na literatura científica, bem como realizar o diagnóstico de saúde das comunidades, exemplo bem claro foi a realização de uma revisão integrativa da literatura para a seleção de estratégias do projeto de investigação no âmbito dos cuidadores informais do concelho de Abrantes. O desenvolvimento desta competência, permitiu-me realizar e aplicar intervenções sem qualquer discriminação económica, social, étnica, política, ideológica ou religiosa, mantendo sempre a imparcialidade e sem juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e sempre salvaguardando os seus direitos individuais e sociais (OE, 2015a).

Todo o enfermeiro deve procurar diariamente a excelência do seu exercício profissional, sendo dever de todos manterem-se o máximo atualizado no que toca aos conhecimentos existente. Segundo a Lei nº156/2015, Artigo 109º, alínea c), o enfermeiro tem a obrigação de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8076).

O facto de ter frequentado este mestrado advém desta necessidade de melhoria de conhecimentos, de continuidade de formação com aquisição de novos conhecimentos e consolidar e atualizar antigos conhecimentos.

No decorrer dos meus estágios planeei projetos de estágios onde delineei objetivos pessoais além dos que estavam propostos no plano de estudos, realizei várias pesquisas bibliográficas e realizei reflexões individuais e em equipa, principalmente nos momentos antes dos domicílios e pós domicílios, com a colega de estágio, ou mesmo em momentos mais informais com o enfermeiro supervisor, usando sempre a premissa que o meu desenvolvimento profissional só é bem sucedido quando há reflexão entre os pares e uma autorreflexão, tornando-me cada vez mais num profissional reflexivo nas ações, sobre as ações e para as ações. Todo o desenvolvimento profissional em torno da enfermagem é definido por normas, baseados na investigação e é imprescindível para a qualidade os resultados obtidos nos utentes e na própria instituição de saúde.

Nestes EC procurei sempre aproveitar todas as oportunidades que seriam promotoras de desenvolvimento de aprendizagem profissional, tendo frequentado as “Jornadas Sociais e da Saúde – Abrantes” dinamizado pela Câmara Municipal de Abrantes em 11 e 12 de dezembro de 2023 (Anexo I). Assim como o “II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho”, que teve lugar nesta Escola de Saúde no dia 11 de novembro de 2023 (Anexo II).

Ao longo da minha vida académica e profissional tenho vindo a corrigir a uma lacuna que tenho vindo a melhorar prende-se com a minhas competências comunicacionais, tenho vindo a aperfeiçoar, permitindo-me o estabelecer uma comunicação mais adequada, mais assertiva com os doentes e/ou familiares.

Na prática de enfermagem as aprendizagens são contínuas e necessárias para realizar uma prática segura da profissão, posto isto continuarei o meu investimento na aquisição e desenvolvimento das variadas competências, sendo imprescindível no meu local de trabalho os momentos de reflexão com os meus pares para que possamos todos prestar cuidados de grande qualidade à comunidade que a nós recorre.

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

As competências específicas do EEECSOSP capacitam-no e incidem nas suas transformações, na sua forma particular de compreensão perante os outros e execução das suas funções de enfermagem ao adquirir novos conhecimentos e competências. É

relevante mencionar que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, no âmbito das suas qualificações específicas, atua sempre com a capacidade crítica, contribuindo para a resolução dos problemas, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados que são prestados ao utente/família/comunidade. De referir que estes profissionais de saúde ajudam cada USP e UCC no cumprimento da sua missão, que consiste na proteção e de aumento do estado de saúde da população que reside na área geográfica de incidência do ACES onde se encontram inseridos.

O Regulamento das Competências Específicas do EEESCSP (OE, Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), reconhece as seguintes competências:

Estabelece, na base da metodologia do Planeamento em Saúde, uma avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para um processo da capacitação de um grupo e de uma comunidade; incorpora a coordenação dos Programas de Saúde do âmbito da comunidade e na realização dos objetivos preconizados no Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera no âmbito da vigilância epidemiológica de uma área geodemográfica (Artigo, 2.º, p. 19354).

Em 2003 foram desenvolvidos os descritivos de Dublin que enunciam a caracterização das aptidões com diplomas que fazem referência à conclusão de cada de ciclos de estudos inerentes à reforma de Bolonha. Neste sentido o Mestrado que confere grau de 2ºciclo académico, tem como objetivo que o aluno atinja cinco dimensões: conhecimento e capacidade de compreensão assim como a aplicabilidade dos mesmos, competência de realizar um julgamento crítico e tomar decisões, competência de comunicação e clareza usando termos científicos, conhecimento da evidencia e desenvolvimento o espírito de pesquisa de evidencia atualizada baseando a sua prática e a dos seus pares.

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

O EEESCSP além de muitas outras competências, dever possuir a competência de estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma determinada comunidade. Para isto deve estar ciente das diferentes etapas do Planeamento em Saúde, o diagnóstico de saúde de um grupo ou comunidade, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, elaboração e execução de programas e projetos em resposta aos problemas de saúde identificados nesse grupo ou comunidade, e a respetiva avaliação desses projetos ou programas realizados (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O desenvolvimento desta competência, foi um dos objetivos dos EC, a elaboração de um projeto de intervenção comunitária baseado com a metodologia do Planeamento em Saúde. Para o sucesso e concretização do mesmo necessitou da articulação entre a USP Médio Tejo e a UCC Abrantes, devido ao escasso de tempo a etapa do diagnóstico de situação foi concretizada em contexto de UCC ao invés da USP, onde foram avaliadas necessidades dos cuidadores informais no âmbito dos autocuidados.

Pelo que realizei duas sessões de capacitação dirigida aos cuidadores informais, dinamizadas três vezes, de acordo com as necessidades dos cuidadores nos autocuidados. Baseadas na evidência científica de elevada qualidade.

É de salientar que Queirós et al. (2014, p. 157), referem que a “enfermagem, enquanto ciência humana prática, cria e utiliza um corpo de conhecimento exclusivo, afirmando-se como uma disciplina científica com características próprias” e que todo o “pensamento teórico tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual, gerando teorias e conceitos com valor interpretativo daquilo que os enfermeiros fazem”. Neste sentido o diagnóstico de situação realizado aos cuidadores informais de Abrantes, população-alvo do meu projeto, foi sustentado através da Teoria de Nola Pender Promoção da Saúde, que incide na promoção da saúde e dos autocuidados.

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

Durante o meu ensino clínico no âmbito da UCC Abrantes desenvolvi “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).

Neste sentido e recorrendo à metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde neste caso a avaliação das necessidades dos cuidadores informais, no âmbito dos autocuidados, a estratégia de intervenção utilizada foi a capacitação dos mesmos para a prestação dos cuidados. Estas intervenções revelam ser bastante pertinentes, uma vez que cada vez mais o mundo e principalmente Portugal depara-se com muitas modificações sociodemográficas, como o aumento da esperança média de vida, aumentam as doenças crónicas e não transmissíveis, assim como o nível dependência (Dixe et al., 2019).

Este fenómeno cria muitas tensões nos serviços de saúde. Neste sentido, é importante promover um envelhecimento ativo com a máxima qualidade de vida possível, autonomia e independência. O envelhecimento correlaciona-se na sua maioria com as situações de dependência, contudo nem sempre a pessoa dependente é necessariamente idosa. Nem todas as dependências nos autocuidados são exclusiva das pesso-

as idosas e normalmente estão associadas a uma doença, em qualquer idade da sua vida. No entanto, uma pessoa dependente é alguém que vê a sua autonomia limitada, com a incapacidade de iniciar e/ou executar um conjunto variado de atividades necessárias que suprima as necessidades da vida, saúde e bem-estar, necessitando da ajuda de outrem para a satisfação das mesmas (Dixe et al., 2019). Como as atividades da vida diária, comer, tomar banho, higiene, a capacidade de se posicionar, cuidados pessoais, caminhar, utilização da casa de banho ou a transferência do mesmo. Uma das grandes apostas do presente e futuro passa por uma melhoria da capacidade da pessoa dependente, para que esta possa viver de forma mais autónoma possível aumentando a capacidade de realizar o máximo das ações básicas no âmbito dos autocuidados. Durante o meu projeto no âmbito dos cuidadores informais, a transição da pessoa dependente dos cuidados hospitalares para o seu domicílio tornou-se um desafio elevado para os profissionais de saúde, ainda maior para as pessoas dependente e para os seus cuidadores informais, muitos relataram grandes dificuldades, nos âmbitos dos autocuidados devido a alteração do grau dependência ser superior. A estratégia de capacitar a pessoa dependente e também o seu cuidador informal para ajudar e/ou realização dos autocuidados, torna-se uma das estratégias mais evidentes da promoção da qualidade de vida nestas idades. Eu e a minha colega demos um contributo nesta área após os resultados dos questionários surgiu quatro área que se destacaram com dificuldades dos CI onde se baseou a nossa intervenção com sessões de educação para saúde, onde foi realizado 3 sessões presenciais dirigida aos CI.

Uma outra atividade desenvolvida consistiu na realização de uma sessão de educação para a saúde sobre Pediculose, dirigida aos pais das crianças do primeiro ciclo dos agrupamentos de escolas de Abrantes, que decorreu no horário pós-laboral, via “online” facilitando a acessibilidade dos mesmos (APÊNDICE VII). É de destacar a pertinência das mesmas, uma vez que estamos a assistir a um aumento de casos de pediculose nas escolas, e continua a ser um tema tabu por estar associado a falta de cuidados de higiene e desconhecimento de novos métodos de tratamento no mercado como as empresas que aspiram os piolhos, os pentes elétricos até mesmo a variada panóplia de champôs existentes. Neste sentido, compete a equipa de saúde escolar realizar intervenções nesta área, de forma a capacitar a comunidade educativa, aumentando a sua literacia nesta área, com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pais e das pessoas acerca desta temática, e de uma forma a estarem despertos e reconhecer rapidamente sinais e sintomas que possam ser sugestivos de necessidade de uma intervenção imediata.

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

Durante o decurso dos estágios, em conjunto com a minha colega de estágio e enfermeiros orientadores tive o privilégio de desenvolver e participar em diversos projetos e programas de intervenção na comunidade com objetivo da resolução de problemas identificados. Neste sentido, durante o estágio na UCC eu e a minha colega realizámos uma sessão via “online” pós-laboral com o seu tema pediculose aos pais dos alunos dos Agrupamentos de Abrantes do 1ºciclo, como referido anteriormente, através de uma apresentação sobre o ciclo de vida do piolho, modos de propagação e os recursos disponíveis face a um tratamento eficaz e desmitificando mitos. Os enfermeiros têm um papel preponderante nestes problemas de saúde escolar, realizando pareceres com toda a comunidade educativa. A consecução deste objetivo exige educação na verificação diária da cabeça das crianças, para que se garanta que todo o ambiente educativo seja um espaço seguro para apoiar todas as práticas saudáveis.

A realização de sessões de educação para saúde, independente da área que seja, o objetivo das mesmas será sempre a capacitação do indivíduo/grupo de modo a promover a mudança e a adoção de comportamentos refletidos e saudáveis, a abordagem consiste na maioria das situações a prevenção da doença e promoção da saúde, direcionada e adaptada aos grupos etários e às necessidades apresentadas. Pois todos os enfermeiros assumem um papel de extrema importância no âmbito da identificação dos problemas ou possíveis problemas, fazendo um diagnóstico de situação e um planeamento eficaz 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.

No âmbito da coordenação de programas e de projetos o objetivo da capacitação das comunidades/grupos e da vigilância epidemiológica, permitiu a realização de diagnósticos e a definição de objetivos de forma a obter ganhos em Saúde Pública, planeando um processo que desenvolva programas e projetos (Melo, 2020).

Todas as minhas atividades foram ao encontro dos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 que apresenta uma atuação em vários eixos. Nesta área desenvolvi esta competência através da integração da vacinação na USP no âmbito da BCG, da consulta do viajante, no contexto da UCC na vacinação das ERPI's e similares contra

a Gripe e do COVID19, também o desenvolvimento do meu projeto que foi dirigido aos cuidadores informais, bem como integrei os programas da carteira de serviços da UCC de Abrantes que dão resposta 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 primam por dar um valor social à saúde de uma determinada população, sendo o seu objetivo *major*, tendo por base o planeamento da sua saúde.

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

Sendo da competência do EEECSPP a vigilância epidemiológica da área geodemográfica onde se encontra inserido, realizando uma monitorização constante dos processos da saúde/doença (Regulamento n.º 428/2018, 2018). No entanto, esta é uma prática diária das Autoridades de Saúde Locais e da USP, na recolha sistemática e ininterrupta de informação no âmbito das doenças transmissíveis que exigem uma declaração obrigatória através do aplicativo informático SINAVE.

Durante o estágio de USP, tive diversas oportunidades nesta área aprendizagem, no âmbito da vigilância epidemiológica, tendo sido explicado os diversos instrumentos de colheita de dados e toda a monitorização dos fenómenos de saúde/doença, usando o programa Sclínico e o programa do SINAVE, participei na notificação de algumas doenças de notificação obrigatória como infeções por vírus SARS-CoV2, HIV, Hepatites e tuberculose.

Para se conter qualquer epidemia é crucial que a instituição adote estratégias específicas de uma vigilância, com o objetivo principal a deteção do maior número possível de casos e ter acesso aos contactos realizados, para posteriormente atuar focando as ações de modo a reduzir o risco da disseminação da doença em questão (Teixeira et al., 2020).

O enfermeiro tem de ter um olhar Holístico para prestar cuidados a indivíduo/família/comunidade, ter sempre em constante atualização o seu conhecimento científico e executar os cuidados técnicos e humanos com base numa relação interpessoal.

O enfermeiro deve aproveitar o avanço das tecnologias e usá-las de modo assertivo para tirar o máximo proveito delas para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente/família e conseqüente obtenção de ganhos em saúde, com este avanço houve também um aumento da exigência perante os enfermeiros a executar a sua técnica baseada na evidência.

Este meu percurso e fazendo uma breve reflexão proporcionou uma ampliação de conhecimentos nos domínios de uma área que me era desconhecida visto a minha prática profissional ser na área do doente crítico. A aquisição de aptidões permitiu-me evoluir de forma positiva, o que contribuiu para o máximo de autonomia no desempenho profissional no âmbito dos cuidados de saúde primários. Considero que também tive de me fortalecer a nível científico para basear a minha prática diária, neste sentido verifiquei que houve um notável desenvolvimento a nível pessoal e também profissional, e consideravelmente ao nível da melhoria dos cuidados de saúde prestados, destaco para o conhecimento relacionado com os cuidadores informais, que foram o foco central do projeto de intervenção comunitária.

De uma forma global, concluo que toda a aquisição de conhecimento que obtive, tenho a certeza que não teve o seu termino nesta etapa, mas irei ter sempre presente ao longo da minha vida, quer pessoal que ao nível profissional, a necessidade da procura de novas aprendizagens, novas evidências, e de novos saberes, e considero que houve uma grande evolução das minhas capacidades e competências neste âmbito desta etapa.

#### **4. PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Nos tempos que decorrem estamos perante sociedades bastantes desenvolvidas e cada vez mais são as pessoas com diferentes graus de dependência no âmbito dos seus autocuidados, Portugal espelha bem essa realidade (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014).

É neste capítulo que é detalhado todo o trabalho desenvolvido no âmbito do projeto de intervenção comunitária sobre os cuidadores informais, iniciado no decurso do estágio I na USP, que obteve parecer positivo da Comissão de Ética da ARSLVT a 13/10/2023. A concretização deste projeto permitiu a realização de 2 estudos: um quantitativo quasi-experimental, e outro qualitativo, com orientação logoterapêutica.

Primeiramente irei descrever a população de Abrantes, onde se enquadra a população-alvo (cuidadores informais), acompanhado seguidamente de um enquadramento teórico que irá justificar a relevância deste meu projeto e por fim a desenvolvimento de cada etapa do planeamento em saúde deste projeto de intervenção.

##### **4.1 INTRODUÇÃO**

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), é composta por vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), como o ACES Médio Tejo, por sua vez este último abrange 11 concelhos, incluindo o concelho de Abrantes, local onde os meus estágios decorreram. O concelho de Abrantes é constituído por um total de treze freguesias, sendo elas: Bemposta, Carvalhal, Fontes, Martinchel, Mouriscas, Pego, Rio de Moinhos, Tramagal, União das Freguesias de Abrantes de São Vicente e São João e Alferrarede, União das Freguesias de Aldeia do Mato e Souto, União das Freguesias de Alvega e Concovada, União das Freguesias de São Facundo e Vale das Mós e União das Freguesias de São Miguel do Rio Torto e Rossio ao Sul do Tejo.

Pelo que no concelho de Abrantes existem identificados 42 cuidadores informais, espalhados pelas 13 freguesias do concelho, com idades compreendidas entre os 30 e os 80 anos. Enquanto as pessoas cuidadas têm uma faixa etária entre os 10 e os 86 anos de idade.

Nos censos de 2021, Abrantes registava 34329 habitantes, sendo que 31.1% eram pessoas com 65 anos ou mais, o que equivale a 10676 pessoas, o que traduz um índice de envelhecimento de 304,1 ou seja, por cada 100 jovens com menos de 15 anos de idade, 304,1 são pessoas idosas (INE, 2022), face a estes dados pode-se observar que a população de Abrantes é bastante envelhecida.

Comparativamente a 2011 existiam 39325 pessoas a residir em Abrantes, em que o índice de envelhecimento é de 207.1 por cada 100 jovens, a percentagem de idosos com mais de 65 anos, era de 26% o que equivale a 10224 pessoas idosas (INE, 2022).

Como se pode denotar nestes valores apresentados, houve um decrescimento de pessoas a residir em Abrantes e um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos em Abrantes, é de destacar ainda que nos últimos dados, em 2022, o índice de envelhecimento em Portugal é elevado com um valor de 183,5, em que é particularmente maior no concelho de Abrantes com o valor de 309,3 (Portada, 2023). Verifica-se que este índice é duas vezes maior nas freguesias rurais em comparação à cidade. (Mourato, 2022). A estes resultados junta-se o índice de dependência total que é 71,5 sendo que 17,5 representa o índice de dependência dos jovens, e 54 o índice de dependência de idosos que é superior à média nacional (Portada, 2023).

De acordo com princípios considerados no estatuto do cuidador informal, o Plano Nacional de Saúde (21-30), do Programa Nacional para as Pessoas Idosas e da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025), que fazem referência à promoção da capacitação, valorização e premiação de todos os que tem ou não o estatuto atribuído de CI, mas que prestam estes cuidados a outrem.

Neste sentido, em Portugal 80% dos cuidados prestados no domicílio estima-se que estejam a ser prestados por CI não remunerados (Teixeira et al., 2017).

Assistimos a uma mudança sociodemográfica que é o aumento da esperança média de vida e por sua vez aumentam as doenças crónicas não transmissíveis, refletindo-se em repercussões como condições de maiores níveis de dependência da população nos seus autocuidados (Dixe et al., 2019). Contudo o envelhecimento não é indicativo de dependência, dado que cada vez mais se observa indivíduos jovens cada vez mais dependentes, decorrente de vários fatores e patologias que os tornam dependentes nos autocuidados.

Na população portuguesa estima-se que 8% da mesma esteja a prestar cuidados a familiares ou a pessoas próximas sem serem remuneradas, aproximadamente 800 mil cuidadores informais, pelo que 25% prestam cuidados “a tempo inteiro” (cerca de 200 mil pessoas) (Cuidadores Informais, 2023).

O Cuidador informal é o familiar ou amigo da pessoa cuidada, que cuida e acompanha esta, tendo em conta os deveres definidos no artigo 6.º do Estatuto (Lei 100/2019).

O setor da saúde em Portugal, privilegia que pessoa dependente permaneça no seu domicílio no seio da sua família. Cada vez mais a saúde caminha neste sentido como tal as unidades de saúde possuem equipas domiciliárias a fazer este trabalho, em que há um acompanhamento direto e constante (Teixeira et al., 2017). Neste sentido ainda há muito a ser feito e é longo o caminho, pois são muitos os cuidadores a assumir um papel para o qual muita das vezes não têm preparação (Sousa, 2021). Muitos por falta de experiência, outros por falta de conhecimento nos procedimentos e técnicas, desconhecimento sobre toda a rede de apoio que tem ao seu dispor, incapacidade em compatibilizar a sua vida profissional, social, familiar e/ou em muitos dos casos encontram-se desmotivados (Sousa, 2021).

A pessoa dependente, tem as suas capacidades limitadas e é incapaz de iniciar ou de realizar um combinado de atividades que suprimam as suas necessidades básicas de vida diária tais como tomar banho, comer, caminhar, cuidar da higiene pessoal, a capacidade de se posicionar, transferir ou de utilizar a casa de banho, no âmbito da sua saúde e manter o seu bem-estar nas várias vertentes, sem a necessidade da ajuda de uma outra pessoa (Dixe et al., 2019b).

Neste sentido é fulcral conhecer o nível de dependência de uma pessoa na sua totalidade, do qual é de extrema importância compreender especificamente a dificuldade que tem em realizar as atividades do autocuidado. Pois torna-se imperativo capacitar o cuidador, transmitindo os conhecimentos para darem uma continuidade a todos os cuidados com segurança para ambos, e para os capacitar com estratégias para gerir a sobrecarga física e psicológica inerente ao tempo dedicado e toda sobrecarga inerente. O Enfermeiro tem um papel importante para o sucesso de toda a esta adaptação a uma nova realidade, fornecer ferramentas incentivando a literacia no âmbito da saúde e dando conhecimentos dos serviços que tem ao seu dispor. Na área da promoção do cuidador informal, destacam-se os apoios emocionais, instrumentais, informativos e de orientação, realizando periodicamente reuniões familiares, assistindo a sessões individuais ou de grupo e em grupos comunitários de apoio, usando as tecnologias de informação que tem ao dispor (Sequeira, 2010; Peixoto & Machado, 2016; Schaller et al., 2015; Yu et al., 2019).

Um Cuidador Informal encontra-se regularmente excluído do mercado do trabalho, por se tornar muitas vezes impossível ter um emprego.

Neste âmbito, Portugal nos últimos anos conseguiu alcançar o reconhecimento legal e remuneração do estatuto do cuidador informal (ECI). O anexo referente à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, vem regular os direitos e deveres do cuidador informal e

igualmente da pessoa que é cuidada, explicitando medidas de suporte, de apoio e de capacitação dos cuidadores informais, facilitando o acionamento de recursos da comunidade de apoio técnico especializado como os profissionais de referência no âmbito da saúde e da segurança social, definidos no Plano de Intervenção Específico (PIE), e promover os cuidados informais junto das pessoas dependentes no âmbito do domicílio, atendendo sempre a vontade da própria pessoa cuidada e de toda a avaliação realizada no PIE.

O PIE é um documento resultante do diagnóstico e planeamento realizado, que assenta numa continuidade e proximidade dos cuidados referente às necessidades identificadas pelos profissionais de saúde e da segurança social. A sua elaboração compreende um prazo máximo de 30 dias após a atribuição do estatuto CI e deve conter as necessidades do cuidador, as estratégias no âmbito da capacitação e formação, assim como os meios para apoiar e aliviar em toda a prestação dos cuidados de modo que sejam suprimidas as necessidades identificadas (Instituto da Segurança Social, 2024).

Segundo a equipa responsável (enfermeira da UCC e assistente social da segurança social) pelo acompanhamento dos cuidadores informais do concelho de Abrantes, de momento encontram-se reconhecidos pelo ECI 42 cuidadores.

#### 4.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA BASEADO NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Este projeto, como tenho vindo a fazer referência até este tópico, envolve todo o processo de uma intervenção comunitária realizado de acordo com a metodologia de planeamento em saúde, de Imperatori & Giraldes (1986).

A OE (2018), cita que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária com base na metodologia do planeamento em saúde procede a avaliação de todo o estado de saúde de uma determinada comunidade.

O planeamento em saúde assenta na adequação de poucos recursos de forma a alcançar os objetivos fixados, com vista a reduzir os problemas de saúde considerados como prioritários ordenadamente, o que requer coordenação de esforços de diversos setores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 6). É um processo contínuo e dinâmico, sendo constituído por várias etapas: o diagnóstico da situação; definição de prioridades; a fixação de objetivos, a seleção de estratégias; a elaboração de programas ou projetos, a preparação, a execução e a avaliação.

### 4.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

É nesta etapa (diagnóstico de situação de saúde) do planeamento em saúde, onde se identificam os determinantes de saúde que, sobre os quais será necessário incidir para assegurar ganhos em saúde (Portugal et al., 2017). É pretendido “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). Tendo então como principal finalidade descrever o estado de saúde de uma população, fazendo a sua identificação e priorização de todos os seus problemas e das suas necessidades de saúde. Pelo que foi efetuada uma análise dos dados referentes à situação epidemiológica do concelho em questão e o seu posicionamento face ao continente e à ARS (Silva, 2018).

É a sincronização entre o diagnóstico e as necessidades que dita toda a pertinência do plano, do programa ou das atividades (Imperatóri & Giraldes, 1986).

A concretização deste protejo começou na USPMT no estágio I, com o diagnóstico de situação, consensualmente com a professora, colega de estágio e os enfermeiros da UCC de Abrantes, escolheu-se o tema deste estudo, que para além da sua pertinência relaciona-se com uma necessidade identificada pela UCC, devido à necessidade de Acompanhar, Monitorizar e Avaliar no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal pela equipa gestora local, referente ao acordo com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprova o Estatuto do Cuidador Informal, onde regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, criando algumas medidas de apoio que requerem regulamentação. Esta mesma lei faz referência ao desenvolvimento do projetos-piloto, que se destina a pessoas que sejam enquadradas nas condições que estão previstas no Estatuto do Cuidador Informal, que seja aplicado de uma forma experimental, seguindo o programa referente ao enquadramento e ao acompanhamento, priorizando as medidas que possam apoiar o cuidador informal e ajudar na sua prestação e uma prestação de cuidados de qualidade.

O projeto foi realizado na sequência do mestrado, contudo tentei em conjunto com a minha colega de estágio, que fosse uma mais-valia e que facilitasse a operacionalização do apoio aos cuidadores informais que está descrito no anexo referente à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, de forma a transmitir-lhes o melhor conhecimento admitindo uma conduta de boas práticas de cuidar por parte destes Cuidadores Informais, o que enfatiza a pertinência deste projeto.

Assim sendo a população-alvo do presente estudo são os Cuidadores Informais do concelho de Abrantes, que se encontram dispersos pela cidade e pelas diferentes freguesias do concelho abrangidos pela área de influência da UCC de Abrantes, onde decorreu o meu estágio em contexto de UCC. No início deste projeto de estágio, a população era de 42 cuidadores-informais que possuíam o estatuto de cuidador informal, pelo que foram delineados os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Os Critérios de Inclusão são: ser cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes que tem o estatuto de cuidador informal formalizado; ser voluntários para integrar o estudo, e assinar o consentimento informado e esclarecido, ter idade superior ou igual a 18 anos.

Os Critérios de Exclusão usados foram: todos os cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes que não tivesse estatuto do cuidador informal reconhecido; os CI que não consentirem participar no estudo e/ou não assinem o consentimento informado e esclarecido de livre vontade.

Posto isto, foi dado o consentimento livre e esclarecido, que manifesta a decisão livre da população alvo em participar no projeto, expressando a todos os participantes a garantia de que todas as pessoas ou entidades com o acesso aos dados pessoais são sujeitos a sigilo profissional.

Pelo que dos 42 cuidadores informais do concelho de Abrantes que tinham o estatuto informal formalizado apenas 31 cuidadores informais consentiram em participar no estudo, assinando o consentimento, seguidamente preencheram o guião de entrevista previamente definido como instrumento usado na colheita de dados.

#### 4.3.1. Instrumentos de colheita de dados, tratamento e análise dos dados

Portanto nesta fase do projeto, ainda no diagnóstico de saúde, como referido anteriormente foi realizada a colheita de dados junto dos 31 cuidadores informais que constituem a amostra da população-alvo, através de entrevistas semi-estruturadas individuais aquando da visita domiciliar aos cuidadores no âmbito da monitorização e acompanhamento do Estatuto do Cuidador Informal, efetuada pela equipa multidisciplinar. Ainda ouvimos e conhecemos a opinião dos informadores-chave, profissionais de saúde e da segurança social dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes, no que toca as estratégias/intervenções usadas ou adequadas de apoio às necessidades identificadas e priorizadas no global, de modo a que desenvolvesse um Projeto de Intervenção que promova os apoios definidos, de forma a dirigir uma intervenção efetiva junto dos cuidadores informais do

concelho de Abrantes e posteriormente avaliar a sua eficácia, apesar de ser um trabalho académico pretendi que este projeto trouxesse também benefícios aos CI referente às necessidades gerais identificadas pelos próprios.

As entrevistas seguiam um guião previamente realizado (APÊNDICE IV), estruturado em 5 tópicos: a caracterização do cuidador informal (sociodemográfica e profissional); o Índice de Barthel; a escala de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et. al (2020), do projeto Help2Care; a escala de avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit; e 2 questões de resposta aberta sobre o sentido de vida de Kraus (2014) “Qual é, o seu objetivo de vida?”, “O que tem feito para o alcançar?”.

Os dados colhidos foram tratados atendendo os princípios éticos da declaração de Helsínquia e a regulamentação do artigo 5º, 6º e 9º do Regime Geral de Proteção de Dados do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

Desta forma recorreu-se a dois métodos de análise de dados, a estatística descritiva através do programa SPSS *Statistics* versão 29.0.1.0, e a análise de conteúdo das respostas abertas às questões sobre o sentido de vida de Kraus (2014) de acordo com as instruções propostas de Lukas (1988).

Relativamente à avaliação sociodemográfica e profissional do cuidador informal, como mostra a tabela 1:

Tabela 1- Avaliação sociodemográfica e profissional do cuidador informal

		n	%
<b>Idade</b>	34-anos, $\bar{x}$ = 55 anos	-	-
<b>Sexo</b>	Masculino	5	16,1
	Feminino	26	83,9
<b>Estado Civil</b>	Casado/união de facto	19	61,3
	Divorciado	10	32,3
	Solteiro	2	6,5
<b>Habilitações Literárias</b>	9ºano /3ºciclo	10	32,3
	12ºano /secundário	8	25,8
	4ºclasse /1ºano/ensino básico	5	16,1
	Curso superior	4	12,9
	Ensino preparatório/2ºciclo	3	9,7
	Curso médio	4	12,9
<b>Situação Profissional</b>	Desempregado	15	48,4
	Doméstico(a)	9	29
	Reformado(a)/Invalído(a)	5	16,1
	Trabalhador por conta de outrem	2	6,5
<b>Grau de parentesco</b>	Filho(a)	13	41,9
	Outro e não especifica	8	25,8

	Cônjuge	6	19,4
	Genro/Nora	3	9,7
	Irmão(a)	1	3,2
<b>Nº de anos em que o familiar é dependente</b>	$\Delta$ 0-43 anos, $\bar{x}$ = 9 anos	-	-
<b>Nº de horas semanais que ocupa para cuidar do seu familiar</b>	$\bar{x}$ = 95 horas /semana	-	-
<b>Coabita com o familiar dependente</b>	Sim	28	90,3
	Não	3	9,7
<b>Apoio de outrem para cuidar do seu familiar</b>	Sim	15	48,4
	Não	16	51,6
<b>Rede de apoio</b>	Não	27	87,1
	Sim	4	12,9

A maioria destes cuidadores são mulheres, tem idades compreendidas entre 34-80 anos ( $\bar{x}$  = 55 anos), geralmente casados, possuem em maior número o 9º/3º ciclo como grau de escolaridade, mais de metade estão desempregados e são filhos da pessoa dependente, não tem apoio de amigos e/ou familiares ou de qualquer rede de apoio. Prestam em média 95h por semana de cuidados à pessoa cuidada, em média há 9 anos. Uma pequena minoria revelou não beneficiar do estatuto do cuidador embora estejam referenciados como tal, pelo que considereei que se estavam a referir-se ao suplemento monetário.

Importa referir que aplicação dos inquéritos envolve uma ampla área geográfica na Região Centro, mais especificamente na região de Abrantes, pois estes cuidadores informais vivem dispersos pelas 13 freguesias do concelho e a grande maioria (58%) encontra-se concentrada nas freguesias rurais do concelho, como se verifica na tabela seguinte.

Tabela 2- Distribuição da amostra por localização geográfica

Freguesia	Frequência	%
Alvega / Concavada	1	3%
Aldeia do Mato / Souto	1	3%
Alferrarede/ São João/ São Vicente	13	42%
Bemposta	1	3%
Fontes	0	0%
Carvalhal	0	0%
Martinchel	0	0%
Mouriscas	1	3%
Pego	2	7%
Rio de Moinhos	3	10%

Rossio ao Sul do Tejo / São Miguel de Rio Torto	4	13%
São Facundo / Vale das Mós	1	3%
Tramagal	4	13%

No que se refere ao Índice de Barthel, dos autores Mahoney & Barthel (1965), que se encontra traduzido para português e validado para Portugal, esta escala permite fazer uma avaliação do grau de independência dos indivíduos, neste caso das pessoas cuidadas, com base em dez atividades de vida diárias (AVD's): no âmbito da higiene pessoal, do comer, do uso dos sanitários, de tomar banho, de vestir e de despir, do controlo de esfíncteres, de se transferir da cadeira para a cama, de deambular, de subir e de descer umas escadas. Em que a pontuação mínima de zero equivale ao máximo de dependência em todas as AVD's avaliadas e a pontuação máxima de 100 à independência total para as mesmas atividades avaliadas. Neste caso o resultado da soma da escala de Barthel variou do 0 a 90, como mostra a seguinte tabela:

Tabela 3- Soma Escala Barthel

Soma Escala Barthel					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	0	6	19,4%	19,4%	19,4%
	10	2	6,5%	6,5%	25,8%
	20	2	6,5%	6,5%	32,3%
	25	4	12,9%	12,9%	45,2%
	30	2	6,5%	6,5%	51,6%
	40	3	9,7%	9,7%	61,3%
	50	3	9,7%	9,7%	71,0%
	55	1	3,2%	3,2%	74,2%
	60	2	6,5%	6,5%	80,6%
	65	1	3,2%	3,2%	83,9%
	70	1	3,2%	3,2%	87,1%
	75	1	3,2%	3,2%	90,3%
	80	1	3,2%	3,2%	93,5%
	85	1	3,2%	3,2%	96,8%
90	1	3,2%	3,2%	100,0%	
<b>Total</b>		31	100,0%	100,0%	100,0%

Observa-se que 71% (n=22) das pessoas cuidadas apresenta um grau de dependência parcial e/ou elevado, o que significa que tem uma pontuação igual ou inferior a 50. A percentagem com este grau de dependência representa mais de metade da amostra, o que reforça uma maior necessidade de apoio por parte do CI.

“Com o crescente envelhecimento da população e o conseqüente aumento de doenças crônicas, deparamo-nos com um número significativo de pessoas dependentes no autocuidado, sendo hoje uma enorme preocupação a sua identificação e a criação de respostas ajustadas às suas necessidades” (Ribeiro, Pinto & Regadas, s.p., 2014).

Contudo com a falta de profissionais e a redução na contratação de profissionais de saúde leva a um aumento de procura de Cuidadores Informais, sendo estes cuidadores familiares ou não familiares (Calvó-Perxas et al., 2018; Van Groenou & De Boer, 2016).

Considerando que o autocuidado é uma condição de saúde, o estado de dependência no autocuidado em contexto domiciliário tem sido foco para a realização de diversos estudos (Dixe et al., 2019), em que se evidencia a existência de mais pessoas vulneráveis com elevados níveis de dependência, e com algum compromisso dos movimentos corporais e a nível mental a residir no seu domicílio.

A autora Dixe et al. (2019) refere que é importante saber e entender qual é o nível de dependência geral de uma pessoa, mas também é importante saber-se qual ou quais são as atividades específica do autocuidado que a pessoa tem mais dificuldade de realizar.

Quanto à avaliação das capacidades do cuidador informal, usamos a escala portuguesa de Dixe et. al (2020), do projeto Help2Care. Esta escala é composta por 101 itens que se encontram estruturados em nove áreas inerentes às habilidades: a alimentação (19 itens); a higiene sanitária (10 itens), a higiene e conforto (12 itens), a mobilidade (12 itens); a transferências (10 itens); o vestir e despir (6 itens); a gestão da medicação (10 itens); a gestão de sintomas (17 itens) e a comunicação (5 itens).

De acordo com Dixe et. al (2019) é importante perceber as principais dificuldades que os cuidadores defrontam na prestação de cuidados de forma que os profissionais de saúde os possam ajudar na prestação de cuidados de saúde efetivos. Sendo nos cuidados de higiene, mobilidade, transferências, vestir e despir, alimentação, medicação, eliminação, tratamento de feridas e monitorização de equipamento, onde apresentam maiores dificuldades.

Portanto no âmbito do **Cuidar alimentar**, a maioria dos inquiridos respondeu ter capacidade de prestar cuidados associados à alimentação do seu familiar que apresenta um grau de dependência, independentemente de ser baixo ou elevado. Salienta-se que os CI revelam maior capacidade em “Remover, lavar e aplicar prótese” ( $4\pm 0,966$ ), “Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário” ( $3,81\pm 0,402$ ), “Pedir ajuda a

familiares e amigos, se necessário” (3,87±0,425) e menor capacidade em “Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue” (3,26±1,032).

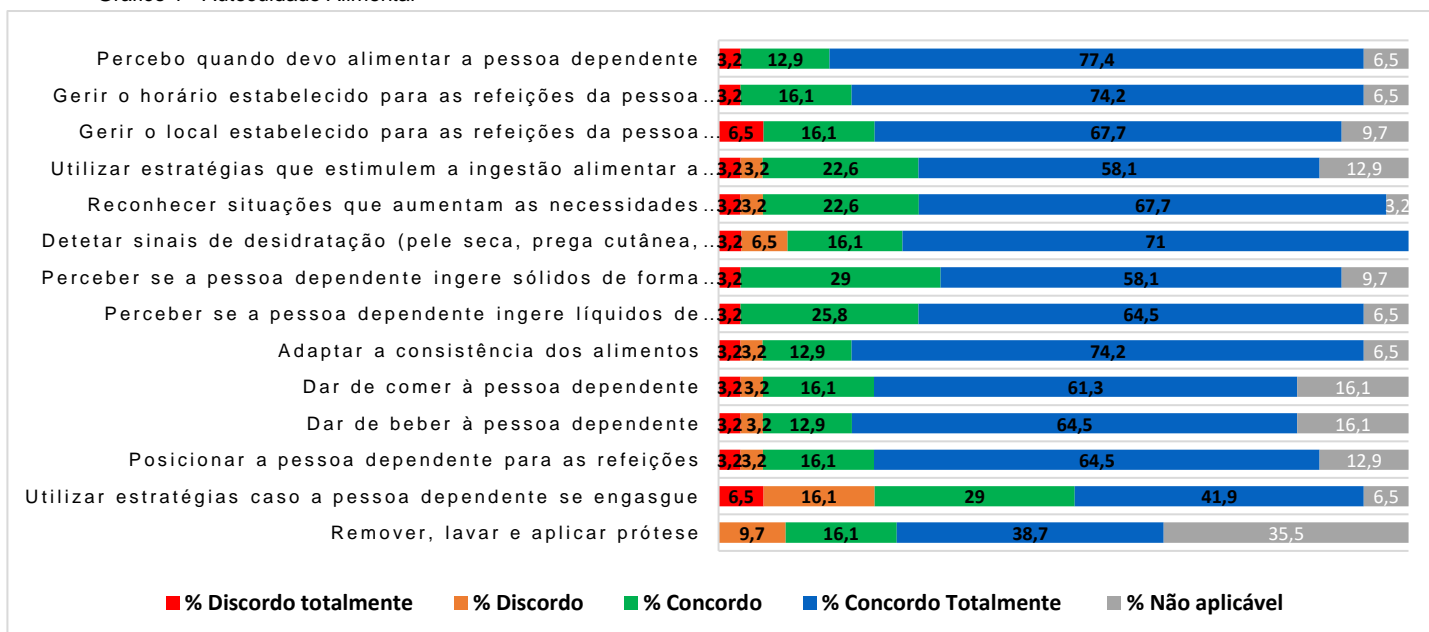
A tabela seguinte mostra a média de respostas e a sua dispersão:

Tabela 4- Cuidar: Alimentação

Cuidar: Alimentação	Nº	Média	DP
Perceber quando devo alimentar a pessoa dependente	31	3,84	,688
Gerir o horário estabelecido para as refeições da pessoa dependente	31	3,81	,703
Gerir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente	31	3,74	,893
Utilizar estratégias que estimulem a ingestão alimentar a pessoa dependente, quando necessário	31	3,74	,855
Reconhecer situações que aumentam as necessidades hídricas da pessoa dependente.	31	3,65	,755
Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)	30	3,60	,770
Perceber se a pessoa dependente ingere sólidos de forma segura	31	3,71	,783
Perceber se a pessoa dependente ingere líquidos de forma segura	31	3,71	,739
Adaptar a consistência dos alimentos	31	3,77	,762
Dar de comer à pessoa dependente	31	3,84	,860
Dar de beber à pessoa dependente	31	3,87	,846
Posicionar a pessoa dependente para as refeições	31	3,81	,833
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a alimentação	22	3,95	,486
Incentivar a participação da pessoa dependente nas atividades relacionadas a alimentação	31	3,84	,735
Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	31	3,26	1,032
Remover, lavar e aplicar prótese	31	4	,966
Perceber se existe cansaço da pessoa dependente durante a alimentação	31	3,84	,638
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,81	,402
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	31	3,87	,428

No entanto, embora correspondam em menor número da amostra, é de referir que há cuidadores que discordam e discordam totalmente em sentirem-se capazes de realizar algumas atividades/capacidades no que diz respeito a esta área de cuidar, como mostra o gráfico seguinte:

Gráfico 1 - Autocuidado Alimentar



Destacando-se 14 das 19 atividades/capacidades avaliadas, em que os cuidadores discordam ou discordam totalmente, nomeadamente 22,6% (n=7) em “Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue” e 9,7% (n=3) em “Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)” e “Remover, lavar e aplicar prótese”. Desta forma permitiu perceber que embora a maioria dos cuidadores reconhecem ter capacidades em executar estas atividades, há ainda CI mesmo que em menor número que não tem capacidades em realizar essas mesmas atividades.

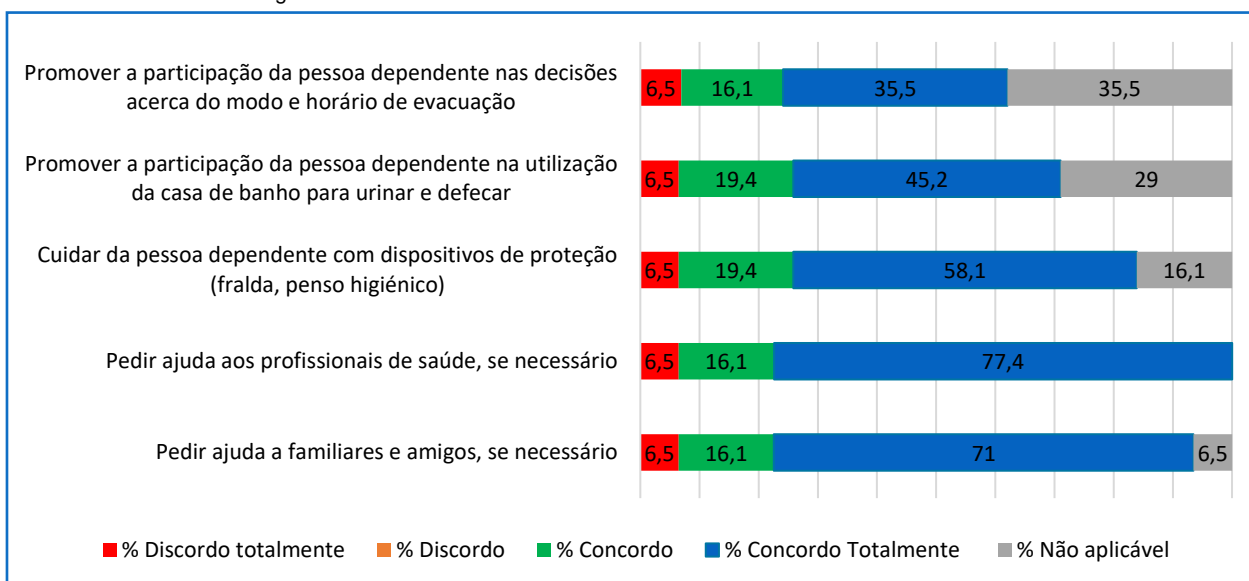
Relativamente à atividade **cuidar da higiene sanitária**, a generalidade dos cuidadores assumem ser capazes de efetuar as atividades nesta área. Realçando as seguintes atividades: “Escolher e usar os equipamentos de auxílio (arrastadeira) à micção e defecação da pessoa dependente, se necessário” (4,20±0,761), “Identificar o intervalo de tempo entre cada micção e defecação da pessoa dependente, se necessário” (4,03±0,718) e “Promover a participação da pessoa dependente nas decisões acerca do modo e horário de evacuação” (4,00±1,102).

Tabela 5- Higiene Sanitária

Cuidar: Higiene Sanitária	Nº	Média	DP
Identificar a necessidade da pessoa dependente urinar e defecar	31	3,97	,547
Detetar se a pele da região genital e anal da pessoa dependente se encontra limpa e seca	31	3,97	,605
Lavar a região genital e anal da pessoa dependente	31	3,97	,605
Identificar o intervalo de tempo entre cada micção e defecação da pessoa dependente	30	4,03	,718
Escolher e usar os equipamentos de auxílio (arrastadeira) à micção e defecação da pessoa dependente, se necessário	30	4,20	,761
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões acerca do modo e horário de evacuação	29	4,00	1,102
Promover a participação da pessoa dependente na utilização da casa de banho para urinar e defecar	31	3,90	1,044
Cuidar da pessoa dependente com dispositivos de proteção (fralda, penso higiénico)	31	3,77	,956
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,65	,798
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	31	3,71	,864

No entanto o gráfico 2, indica que 6,5% (n=2) dos cuidadores informais apresentam discordar totalmente em serem capazes de executar 5 atividades desta área.

Gráfico 2 - Cuidar: Higiene Sanitária



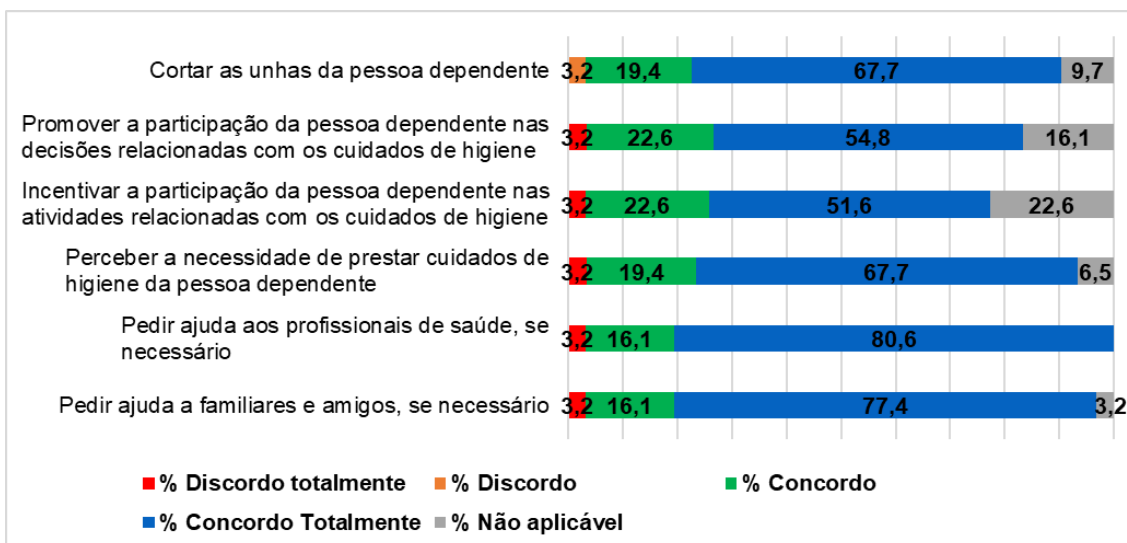
No que se refere à área, **cuidados de higiene e conforto**, mais uma vez como verificado anteriormente, é uma área em que maioritariamente dos cuidadores informais se sentem capazes de realizar qualquer atividade. Apresentando maior capacidade para “gerir o local estabelecido para os cuidados de higiene da pessoa dependente” (3,94±0,512).

Tabela 6- Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto

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

E menor capacidade, discordando ou discordando totalmente 3,2% (n=1) em 6 atividades, como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3 - Cuidar: Cuidados de Higiene e Conforto



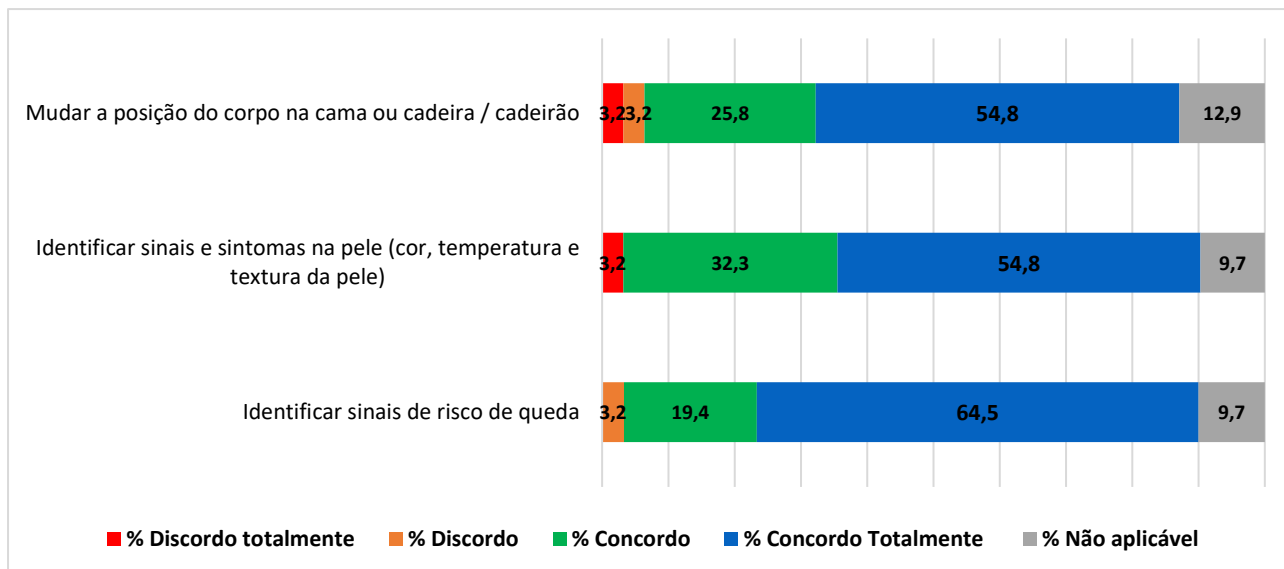
Na **mobilização**, apresentaram mais capacidades em “Ensinar a pessoa dependente a utilizar os equipamentos indicados no auxílio de subir e descer escadas” (4,24±0,739), como se verifica na tabela seguinte:

Tabela 7-Cuidar: Mobilidade

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

Contudo 6,4% (n=1) discordam ou discordam totalmente em “Mudar a posição do corpo na cama ou cadeira/cadeirão” e 3,2% (n=1) em “Identificar sinais e sintomas na pele (cor, temperatura e textura da pele)” e na mesma proporção em “Identificar sinais de risco de queda”.

Gráfico 4- Cuidar: Mobilidade



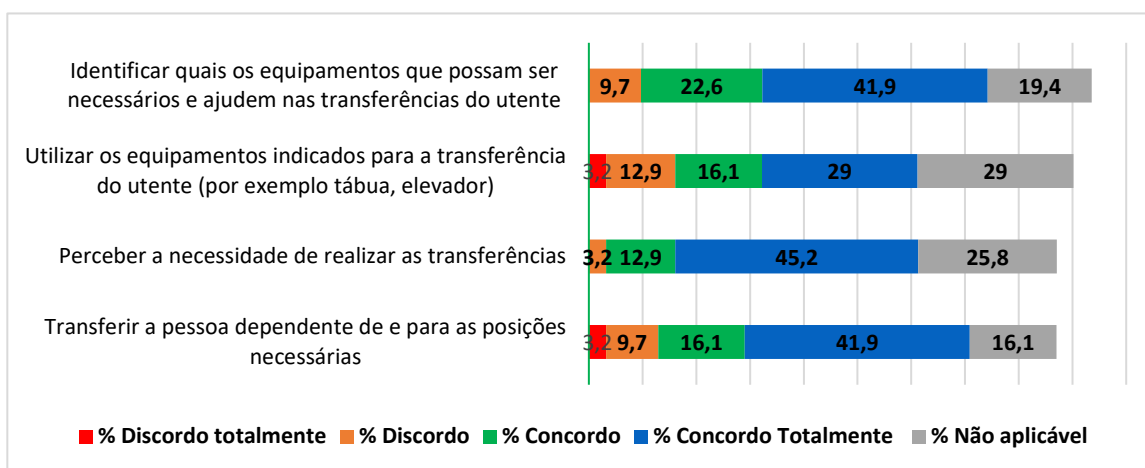
No que toca, **Cuidar: Transferências**, a maioria dos inquiridos respondeu concordar e concordar totalmente ao sentir-se capaz de executar as atividades nesta área de cuidar, sendo o “Incentivar a pessoa dependente a realizar as transferências” (4,19±0,786), o “Perceber a necessidade de realizar as transferências” (4,07±0,781) e o “Gerir o horário tendo em conta a necessidade de transferência da pessoa dependente em segurança” (4,03±0,680) onde expressaram maiores capacidades.

Tabela 8-Cuidar: Transferências

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

Nesta área de cuidar, de acordo com o gráfico 5, há cuidadores que evidenciaram não ter capacidade para a concretização das atividades pelo que discordam e/ou discordam totalmente em 4 delas, como o “Utilizar os equipamentos indicados para transferência do utente (por exemplo tábua, elevador” 16,1% (n=5), “Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias” 12,9% (n=4), “Identificar quais os equipamentos que possam ser necessários e ajudem nas transferências do utente” 9,7% (n=3).

Gráfico 5 -Cuidar: Transferências



No **Cuidar: despir e vestir**, observei que os cuidadores informais apresentam mais capacidades em “Promover a participação da pessoa dependente nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado.” (4,06±0,727) e “Incentivar a pessoa dependente a vestir e calçar-se” (4,06±0,727). Nesta área a totalidade amostra revela capacidades (concordo /concordo totalmente) de executar todas as atividades, não havendo respostas de discordo/discordo totalmente.

Tabela 9-Cuidar: Despir e vestir-se

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

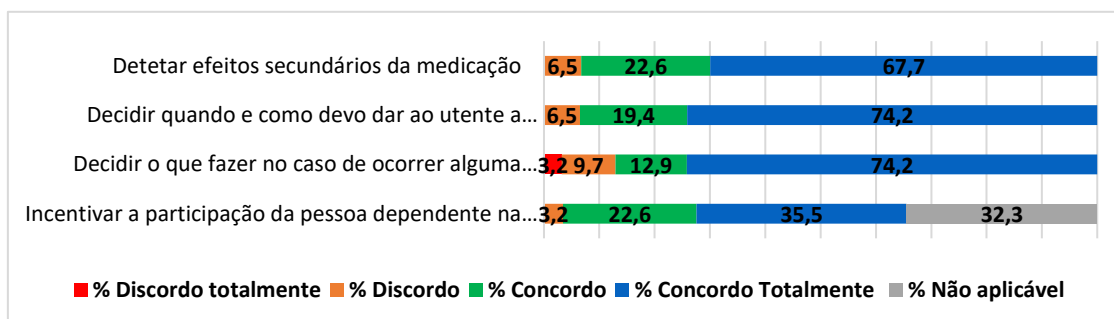
No que diz respeito ao **Cuidar: Tomar da medicação**, a maioria dos cuidadores informais referiram sentir-se capazes em executar as atividades, destacando-se para o “Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a toma da medicação” (4,03±0,765) e o “Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação” (4,03±0,865).

Tabela 10-Cuidar Tomar a medicação

Cuidar Tomar a medicação	N	Média	DP
Supervisionar a toma da medicação da pessoa dependente	31	3,81	,477
Detetar efeitos secundários da medicação	30	3,63	,615
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	31	3,74	,514
Decidir quando e como devo dar ao utente a medicação de SOS	31	3,68	,599
Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	31	3,58	,807
Cumprir o horário para dar a medicação à pessoa dependente	31	3,81	,402
Dar a dose certa de medicação à pessoa dependente	31	3,81	,402
Pedir ajuda aos profissionais de saúde, se necessário	31	3,90	,301
Pedir ajuda a familiares e amigos, se necessário	30	3,93	,365
Promover a participação da pessoa dependente nas decisões relacionadas com a toma da medicação	30	4,03	,765
Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação	29	4,03	,865

No entanto, há cuidadores que referem discordar/discordar totalmente na capacidade em realizar algumas atividades, nomeadamente 12,9% (n=3) em “Decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”, 6,5%(n=2) na aptidão para “Detetar efeitos secundários da medicação” e “Decidir quando e como devo dar ao utente a medicação de SOS”, e ainda 3,2% (n=1) de “Incentivar a participação da pessoa dependente na preparação e toma da medicação”.

Gráfico 6 - Cuidar Tomar a medicação



No âmbito da **gestão de sintomas**, destaca-se como maior capacidade reconhecida pelos CI, a aptidão para “Perceber quando a pessoa dependente está confusa/desorientada” (3,83±0,461) e para “Perceber quando a pessoa dependente

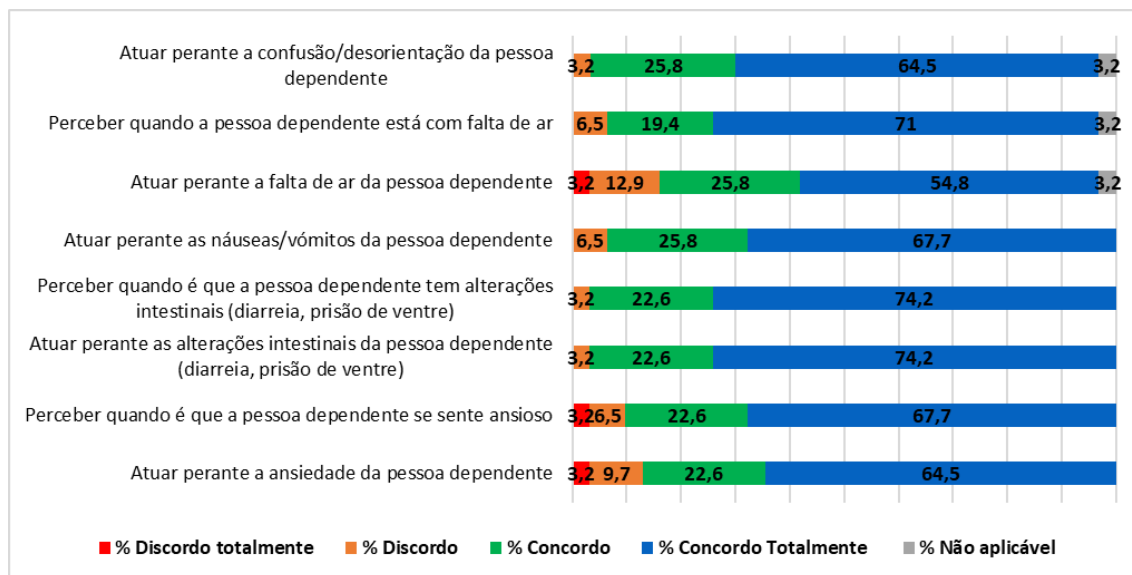
está com náuseas/vómitos” (3,77±0,425). Como menor capacidade identificada, relativamente a média analisada, destacou-se o “Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente” (3,42±0,886).

Tabela 11-Cuidar: Gestão de Sintomas

Cuidar: Gestão de Sintomas	N	Média	DP
Perceber quando a pessoa dependente está confusa/desorientada	30	3,83	,461
Atuar perante a confusão/desorientação da pessoa dependente	30	3,70	,596
Perceber quando a pessoa dependente está com dor	30	3,70	,466
Atuar perante a dor da pessoa dependente	30	3,73	,450
Perceber quando a pessoa dependente está com falta de ar	31	3,71	,643
Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente	31	3,42	,886
Perceber quando a pessoa dependente está com náuseas/vómitos	31	3,77	,425
Atuar perante as náuseas/vómitos da pessoa dependente	31	3,61	,615
Perceber quando é que a pessoa dependente tem alterações intestinais (diarreia, prisão de ventre)	31	3,71	,529
Atuar perante as alterações intestinais da pessoa dependente (diarreia, prisão de ventre)	31	3,71	,529
Perceber quando é que a pessoa dependente se sente ansioso	31	3,55	,768
Atuar perante a ansiedade da pessoa dependente	31	3,48	,811

Apesar da globalidade dos cuidadores se sentirem capazes de executar as atividades, com médias = ou > a 3, existe o inverso, ou seja, cuidadores que responderam discordo/discordo totalmente.

Gráfico 7 - Cuidar: Gestão de Sintomas



Tais como: “Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente” 16,1% (n=5), “Atuar perante a ansiedade da pessoa dependente” 12,9%(n=4), “Perceber quando é que a pessoa dependente se sente ansioso” 9,7%(n=3), “Perceber quando a pessoa dependente está com falta de ar” 6,5%(n=2), “Atuar perante as náuseas/vómitos da

pessoa dependente” 6,5%(n=2), “Atuar perante a confusão/desorientação da pessoa dependente” 3,2%(n=1), “Perceber quando é que a pessoa dependente tem alterações intestinais (diarreia, prisão de ventre)” 3,2%(n=1) e de “Atuar perante as alterações intestinais da pessoa dependente (diarreia, prisão de ventre)” 3,2%(n=1).

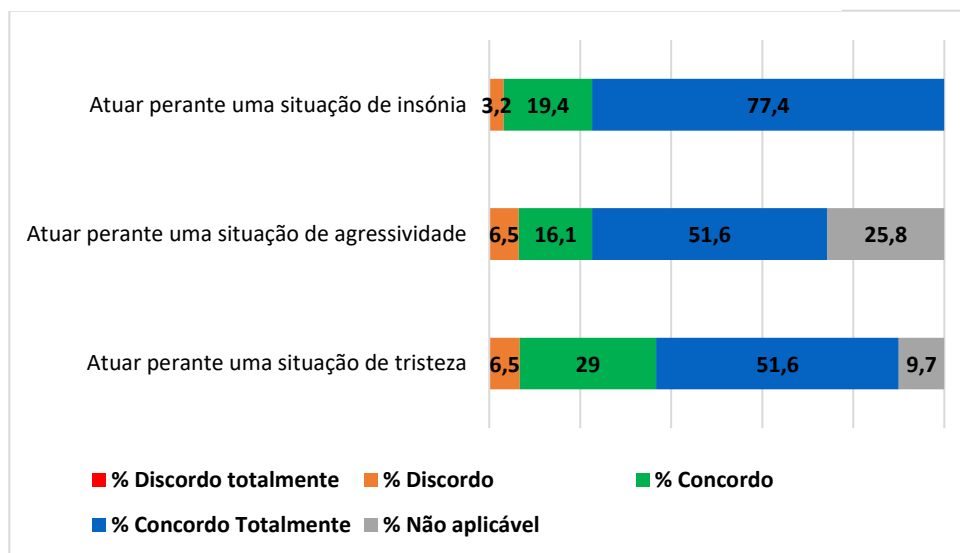
Quanto à área **cuidar**, os cuidadores revelam ter capacidade para executar as atividades nesta área, destacando para o “Atuar perante uma situação de agressividade” (3,97±0,836) como maior capacidade.

Tabela 12-Cuidar

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

No entanto responderam discordar em sentir-se capazes em “Atuar perante uma situação de agressividade” em 6,5% (n=2), em “Atuar perante uma situação de tristeza” em 3,2% (n=1), e “Atuar perante uma situação de insónia” em 3,2% (n=1).

Gráfico 8 - Cuidar



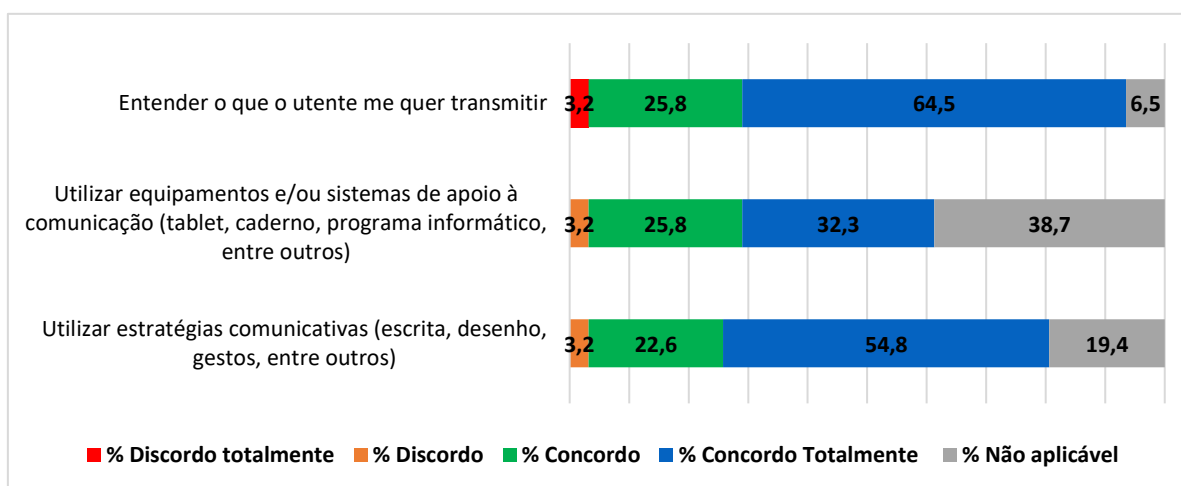
Na área da **comunicação**, os cuidadores sentem maior capacidade em “Utilizar equipamentos e/ou sistemas de apoio à comunicação (tablet, caderno, programa informático, entre outros)” (4,06±0,892), como se pode observar na seguinte tabela:

Tabela 13-Comunicação

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

À semelhança das áreas anteriores apesar da maioria dos CI apontarem que reconhecem ter capacidades em executar as atividades, 3,2%(n=1) refere discordar totalmente em “Entender o que o utente me quer transmitir” e outros 3,2%(n=1) discorda em “Utilizar equipamentos e/ou sistemas de apoio à comunicação (tablet, caderno, programa informático, entre outros)” assim como “Utilizar estratégias comunicativas (escrita, desenho, gestos, entre outros)”, como se verifica no gráfico 9.

Gráfico 9 - Comunicação



Ainda foi possível observar que os cuidadores que responderam discordo/discordo totalmente, apresentam uma média de idades compreendida entre os 56 e os 70 anos, com uma moda do número de anos em que a pessoa cuidada é dependente de 2 anos, com uma média de nível de independência avaliada pelo índice Barthel de 33,23 relativa à pessoa cuidada.

Passando para avaliação da sobrecarga do cuidador informal, usámos a escala de Zarit, a qual foi adaptada e também validada para ser usada em Portugal pelo autor Sequeira em 2010, que contempla 22 questões que permitem através dos aspetos: físicos, psicológicos, socioeconómicos e relações, avaliar a sobrecarga relativa e concreta do cuidador informal baseado (Sequeira, 2018).

Segundo Melo et al. (2014) a prestação de cuidados caracteriza-se por ser um processo longo e complexo, que envolve diversas mudanças quanto às necessidades e sentimentos tanto do prestador de cuidados, como da pessoa cuidada. Podendo a prestação de cuidados informais afetar o próprio CI, tanto a nível físico e psicológico, pela sobrecarga e o stress associados ao processo de cuidar (Ploeg et al., 2017).

A soma das respostas obtidas revelou que 58% (n=17) dos cuidadores informais não apresentam sobrecarga, com scores abaixo de 46; pelo que 29% (n=8) apresenta sobrecarga ligeira, com scores que variam dos 46 e os 56; e 13% (n=4) revelaram sobrecarga intensa, com scores acima dos 57. Contudo embora mais de metade da amostra dos cuidadores informais não tenham revelado sobrecarga, 42% apresentam sobrecarga ligeira a sobrecarga intensa, pelo que ainda é valor considerável.

Por fim o questionário, realizámos duas questões de resposta aberta de análise de conteúdo, de Kraus (2014), “Qual é, o seu objetivo de vida?” e “O que tem feito para o alcançar?”. Com o propósito de descrever o objetivo de vida dos cuidadores informais. Pelo que a análise de conteúdo destas descrições foi realizada através das instruções propostas de Lukas (1988) que consiste na avaliação da realização interior de sentido e consciência de êxito (S) e na atitude positiva perante o sofrimento e êxito (A), dos cuidadores informais. Pelo que a escala do sentido varia entre 0 a 4, e a escala de atitude de 0 a 2, em que ambas são da autoria da mesma autora, e encontram-se classificadas com o valor mais baixo (0) inerente aos melhores resultados, no âmbito do sentido da vida, e da atitude.

Neste sentido a primeira questão avalia a sua realização interior do sentido e consciência de êxito, dos 31 cuidadores informais desta amostra, 3 (9,7%) dos CI apresentaram um valor de sentido ótimo, 10 (32,2%) dos CI apresentaram um valor de sentido bom, 16 (51,6%) dos CI um valor de sentido indeterminado ou não reconhecido e 2 (6,5%) dos CI um valor de sentido indeterminado ou não reconhecido em tom geral negativo.

Enquanto, a segunda questão avalia à atitude positiva inerente ao próprio sofrimento e êxito, 9 (29%) dos cuidadores informais demonstraram uma atitude positiva inerente ao próprio sofrimento e o próprio êxito, 9 (29%) dos CI uma atitude positiva, mas apenas foi avaliada perante um dos critérios, ou o sofrimento ou o êxito e 13(42%) CI não referem qualquer informação inerente ao próprio sofrimento nem ao êxito.

De acordo com Frankl (1989) o sentido de vida assenta em três princípios, a liberdade da vontade, a vontade de sentido e o sentido da vida, e que o mesmo se relaciona com a motivação, é condicionado pela dimensão biológica e pelas dimensões psíquica

e social, e seria dever principal do indivíduo encontrar um sentido para a sua vida (Frankl, 2008).

Pelo que papel de um prestador de cuidados pode estar relacionado com o seu o sentido vida da pessoa que presta os cuidados como cuidador informal.

Na generalidade os resultados obtidos nos questionários, revelaram que a maioria dos cuidadores informais apresentam capacidades em executar as atividades nas 9 áreas avaliadas (alimentação, higiene sanitária, higiene e conforto, mobilidade, transferências, tomar a medicação, gestão de sintomas, cuidar e comunicação), no entanto dessas mesmas 9 áreas, destacam-se 4 onde os cuidadores informais expressaram maiores necessidades de apoio, sendo elas: a alimentação, as transferências, tomar a medicação e gestão de sintomas, havendo falhas nas capacidades e nos conhecimentos na sua prática de cuidados.

E de acordo com a literatura, capacitar o cuidador informal conforme as suas necessidades e capacidades, permitirá a redução da sobrecarga dos CI, nas diferentes vertentes, o que reflete que estamos perante uma necessidade indispensável de apoio aos CI, permitindo que se sintam mais envolvidos e motivados na prestação, retirando o maior partido das suas capacidades e benefícios para preservar a sua saúde (Dixe & Querido, 2020).

Desta forma o modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, serviu como guia orientador da prática clínica, facilitando a compreensão dos determinantes da problemática em que incide este estudo, dando respostas às necessidades identificadas na comunidade em que a população-alvo se insere, nomeadamente os cuidadores informais do concelho de Abrantes. Ao integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identifica os fatores que geram comportamentos saudáveis, o que motiva e desmotiva os indivíduos a terem comportamentos que promovem saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002).

Apresento de seguida o diagrama que reflete sobre a problemática em estudo de acordo com Modelo Teórico da Promoção da Nola Pender:

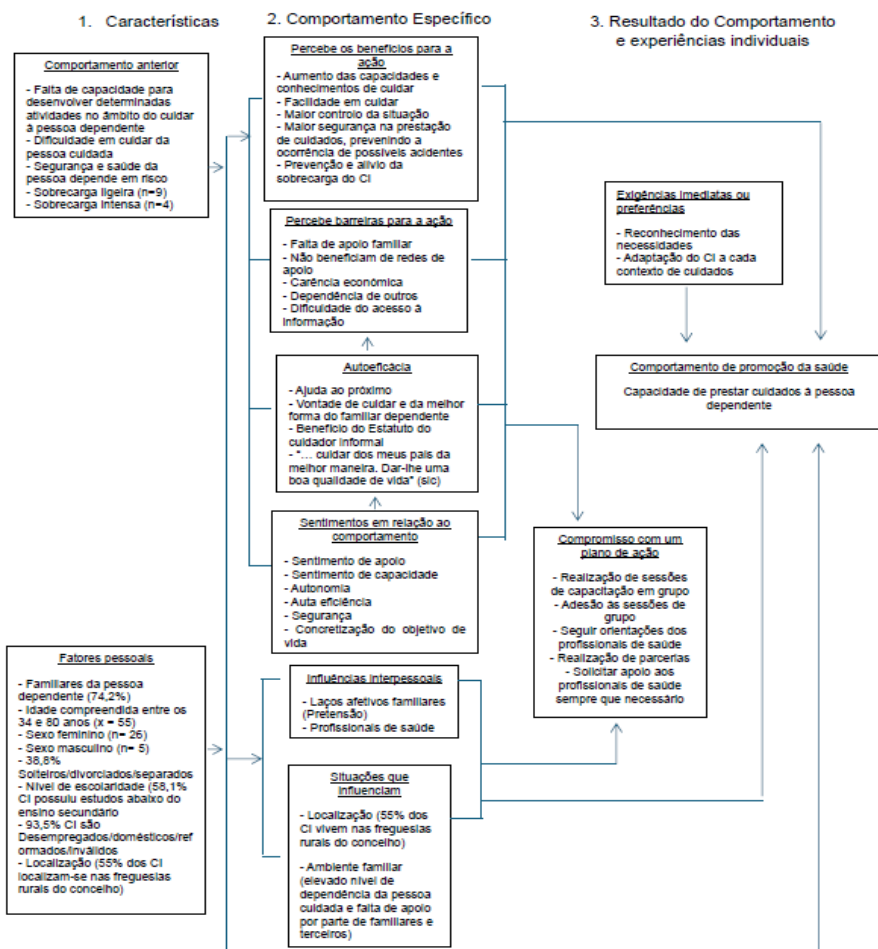


Figura 4-Diagrama da Teoria de Nola Pender sobre a problemática em estudo (Fonte: Nola Pender)

Pelo que foram formulados os seguintes diagnósticos de Enfermagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE):

Tabela 14-Diagnósticos de Enfermagem sobre a problemática em estudo

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

#### 4.4 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Passando para a segunda etapa do planeamento em saúde, definição de prioridades, que consiste na definição e seleção das prioridades (Imperatóri & Giraldes, 1986).

Sendo necessário contextualizar os problemas que obrigam intervenção prioritária num determinado momento, pois são escassos os recursos suficientes para intervenções dirigidas a todas as necessidades de uma determinada comunidade (Keller, Strohshein, Briske, 2011; Pallàs & Baiges, 2003). Pelo que, são imprescindíveis metodologias de determinação de prioridades em saúde que sustentem cientificamente o processo de tomada de decisão e orientem a intervenção comunitária (Sousa et. al, 2017).

O método de Hanlon, foi o método de priorização escolhido e utilizado, caracterizado por ser complexo, mas vantajoso quando a intenção é produzir uma lista de Problemas de Saúde baseados em dados numéricos (DGS, 2016 - Microsoft Word - Manual\_PLS\_VFinal\_ISBN.docx (rcaap.pt)) e baseia-se em quatro componentes, a Magnitude do problema (A), a Severidade do problema (B), a Eficácia da solução (C) e a Exequibilidade classificada pelo acrónimo PEARL (D). A hierarquização dos problemas resulta do seguinte cálculo: Resultado da priorização = [(A+B) x C] x D. A tabela 15, mostra os componentes do método de Hanlon.

Componente	Designação	Escala
A	Magnitude – dimensão que o problema assume para a população.	Numérica de 0 a 10 (convertida a partir da % da população afetada pelo problema).
B	Severidade – o problema é considerado grave?	Numérica de 0 a 10
C	Eficácia – o problema é de fácil resolução?	Numérica de 0,5 a 1,5 (em que 0,5 corresponde a um problema difícil de solucionar e 1,5 corresponde a um problema de fácil solução).
D Exequibilidade		
P	Pertinência – É pertinente intervir no problema, a intervenção é adequada?	
E	Exequibilidade Económica – Existe viabilidade económica para a realização da intervenção?	Valor 0 ou 1 (em que 0 corresponde a não exequível e 1 a exequível)
A	Aceitação – A comunidade aceita e/ou deseja uma intervenção no problema?	A atribuição de 0 em qualquer uma das dimensões (PEARL) inviabiliza a abordagem do problema em análise.
R	Recursos (disponibilidade) – Existem recursos para a realização da intervenção?	
L	Legalidade – A lei existente permite a realização da intervenção?	

Tabela 15-Método de Hanlon

De acordo com os resultados obtidos na etapa anterior, no diagnóstico de situação, sobre as áreas previamente identificadas onde os cuidadores revelaram menores capacidades na prestação de cuidados, tais como, Alimentação, Transferências, Tomar a medicação e Gestão de Sintomas, avaliadas através da escala do Projeto Help2Care de Dixe et. al (2020), e em consenso com evidência científica e o referencial teórico da Promoção da Saúde de Nola Pender, foi aplicado o método de priorização de Hanlon, como se segue nas tabelas seguintes.

### LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA ALIMENTAÇÃO

Tabela 16-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA ALIMENTAÇÃO

<b>Lista de Problemas na área Alimentação</b> [Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em]:	<b>Magnitude (A)</b>	<b>Severidade (B)</b>	<b>Eficácia da solução (C)</b>	<b>Pearl (D)</b>	<b>Total</b>
3,2 % Perceber quando devo alimentar a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
3,2 % Gerir o horário estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	5	1,5	1	9
6,5% Gerir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	3	1,5	1	6
6,4% Utilizar estratégias que estimulem a ingestão alimentar a pessoa dependente, quando necessário	1	5	1	1	6
6,4% Reconhecer situações que aumentam as necessidades hídricas da pessoa dependente.	1	8	1,5	1	13,5
9,7% Detetar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas descoradas e olheiras)	1	9	1,5	1	15
3,2% Perceber se a pessoa dependente ingere sólidos de forma segura	1	10	1	1	11
3,2% Perceber se a pessoa dependente ingere líquidos de forma segura	1	10	1	1	11
6,4% Adaptar a consistência dos alimentos	1	10	1	1	11
6,4% Dar de comer à pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
6,4 % Dar de beber à pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
6,4% Posicionar a pessoa dependente para as refeições	1	10	1	1	11
22,6% Utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	3	10	1,5	1	19,5
9,7% Remover, lavar e aplicar prótese	1	3	1,5	1	6

## LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA DE TRANSFERÊNCIAS

Tabela 17-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA DE TRANSFERÊNCIAS

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

## LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA TOMAR A MEDICAÇÃO

Tabela 18-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA TOMAR A MEDICAÇÃO

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

## LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA GESTÃO DE SINTOMAS

Tabela 19-LISTA DE PROBLEMAS NA ÁREA GESTÃO DE SINTOMAS

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

Neste sentido, foi considerada a atividade/problema priorizada de cada área de prestação a que apresentou a pontuação mais elevada, na área alimentação foi a **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22,6% para utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue**, com uma pontuação total de 19,5; na transferência foi **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias**, com uma pontuação total de 16,5; na tomar a medicação foi **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% para decidir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação**, com uma pontuação total de 18; e na da gestão de sintomas foi **Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 16,1% para atuar perante a falta de ar da pessoa dependente**, com uma pontuação total de 18.

Importa aqui esclarecer nesta fase do projeto, que o projeto foi realizado em conjunto com uma colega de estágio, pelo que cada um focalizou a sua intervenção em 2 problemas/necessidades dos CI previamente priorizados, portanto eu focalizei-me no problema da área da alimentação com a Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida para utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue comprometido em 22.6; e na área de gestão de sintomas foi Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em atuar perante a falta de ar da pessoa dependente comprometida em 16.1%.

#### 4.5. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde e importa ter em conta os seguintes aspetos: a escolha dos indicadores no âmbito dos problemas de saúde prioritários; a tendência dos problemas que são definidos como prioritários; e fixar os objetivos a serem atingir a médio prazo; tornar os objetivos em objetivos funcionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1986).

Define como objetivo geral:

Promover a capacitação dos cuidadores informais do concelho de Abrantes através de um programa de intervenção na comunidade.

E como objetivos específicos, indicadores e metas para cada necessidade/diagnóstico priorizado foram os seguintes:

Tabela 20-Objetivos específicos, indicadores e metas para cada necessidade/diagnóstico priorizado

Diagnostico	Objetivo Especifico	Indicador	Meta
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22,6% utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 75% dos CI do concelho de Abrantes	Indicador de atividade: Taxa de adesão dos CI Taxa de realização das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas x 100) Indicador de resultado: Taxa de adesão dos cuidadores informais à sessão	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 75% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 16,1% Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente tenha falta de ar para 75% dos CI do concelho de Abrantes	Indicador de atividade: Taxa de adesão dos CI Taxa de realização das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas x 100) Indicador de resultado: Taxa de adesão dos cuidadores informais à sessão	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente tenha falta de ar para 75% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024

#### 4.6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A fase seguinte dedica-se à seleção das estratégias, que consiste num combinado de técnicas específicas e organizadas para alcançar os objetivos delineados, tendo em conta a redução dos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste sentido foi realizada uma revisão integrativa da literatura, de forma a assentar a prática na evidência científica, direcionada para o “Apoio ao cuidador informal” de forma a identificar as intervenções de enfermagem no âmbito da capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados. Como tal foi definida à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que melhor apoiam os cuidadores informais nas suas capacidades para a prestação de cuidados, prevenindo e aliviando a sobrecarga?

A mnemónica utilizada foi o PICo, que indica a População (os cuidadores informais), as Intervenções/fenómeno de interesse (As Intervenções de enfermagem que melhor apoiam os cuidadores informais nas suas capacidades para a prestação de cuidados, prevenindo e aliviando a sobrecarga) e o Contexto (Comunitário).

As pesquisas foram efetuadas tendo em conta as seguintes palavras-chave: Cuidador Informal; Apoio de Enfermagem; Sobrecarga; Capacidades. Nas seguintes bases de dados:

Tabela 21-Elementos de pesquisa

		Descritores	Operadores booleanos	Limitadores de pesquisa
<b>Bases de dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PubMed;</li> <li>Plataforma EBSCOhost (CI-NAHL Complete e MEDLINE)</li> </ul>	<i>Informal Caregiver</i>	AND	<ul style="list-style-type: none"> <li>Texto integral</li> <li>Texto integral em PDF</li> <li>Resumo disponível</li> <li>Data de publicação: 01/01/2018-31/12/2024</li> </ul>
		<i>Capacities</i>	AND	
		<i>Overload</i>	OR	
		<i>Nursing Care</i>	NOT	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)</li> </ul>	Cuidador	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ano de publicação: 2018-2022</li> <li>Língua: Português e Inglês</li> <li>Artigo Científico</li> </ul>
		Fatores de sobrecarga	OU	
		Autocuidados		

Como resultado obteve-se um total de 112 artigos, o processo de seleção dos artigos pesquisados foi através do PRISMA *diagram flow*, pelo que foram excluídos 7 dos artigos por se encontrarem duplicados, 78 dos artigos pelo título, 7 excluídos pelo resumo e 6 excluídos pelo texto integral, tendo sido incluídos 14 artigos nesta revisão, que se encontram em APÊNDICE.

São diferentes as estratégias usadas para capacitar o cuidador informal na prestação de cuidados (nos autocuidados), contudo verificou-se que as estratégias frequentemente mencionadas na revisão integrativa da literatura, foram formações/cursos de formação. Segundo Dixe & Querido (2020) os enfermeiros devem se focar mais na informação e formação do CI dando estratégias de como cuidar da pessoa que tem ao seu cuidado, de modo prevenir a sua sobrecarga e por sua vez uma melhoria da qualidade dos cuidados. Um exemplo bem claro é o projeto Help2Care de Dixe et al. (2020), e destaque para a 5ª etapa deste modelo focalizada na capacitação do cuidador

informal nos autocuidados, que deve atender às necessidades identificadas e focalizadas no próprio. E sugere duas opções de atividades no âmbito da capacitação, atendendo à disponibilidade do profissional de saúde e também do cuidador informal.

A primeira alternativa compreende uma metodologia focalizada na observação e treino personalizado, em complementaridade com a disponibilização e visualização de vídeos, imagens e material escrito. Pelo que as próximas sessões visam inicialmente esclarecer dúvidas relativas à sessão anterior e seguidamente reforçar a sistematização da sessão.

A segunda opção, adequa-se às situações quando há indisponibilidade do cuidador ou do profissional de saúde ou não foi previamente identificada a necessidade de capacitação, faz-se então uma avaliação das prioridades no âmbito da capacitação, seguida de acesso ao Website [www.help2care-pal.org](http://www.help2care-pal.org), para selecionar e visualizar materiais apropriados à situação do cuidador informal, podendo ser visualizados no centro saúde ou no domicílio, e agendar posteriormente atividades para esclarecer dúvidas sobre a visualização dos materiais da web ou para treinar se necessário.

O website [www.help2care-pal.org](http://www.help2care-pal.org) disponibiliza diversos materiais de capacitação do cuidador, desde vídeos, folhetos e imagens demonstrativos no âmbito dos autocuidados.

Neste sentido e de acordo com a Teoria de Enfermagem da Promoção da Saúde de Nola Pender, com os diagnósticos de enfermagem previamente definidos, assim como os objetivos e metas delineados, e o contributo da evidência científica, aponte as seguintes estratégias de intervenção:

1. Elaborar um projeto de intervenção comunitária “Apoio aos Cuidadores Informais: Prevenção e Alívio da Sobrecarga - PAPAS”, com duas sessões de formação no com foco na capacitação do cuidador informal, usando a metodologia expositiva, demonstrativa e interativa, compostas por:

- Exposição teórica em PowerPoint sobre os temas, apoio no desengasamento e no apoio na falta de ar: complicações da falta de ar; o que é a falta de ar e como se manifesta, técnicas para ajudar a ventilar melhor; desobstrução da via aérea; pancada interescapulares; manobra Heimlich; tipo de obstruções da via aérea; posição lateral de segurança e Suporte Básico de Vida.
- Visualização de vídeos no âmbito desobstrução via aérea e Suporte Básico de Vida;

- Demonstração da manobra de Heimlich, das pancadas interesternais participação, Suporte Básico de Vida usando um manequim e com participação dos formandos;
  - Adaptação ao grupo etário e nível cultural;
2. Elaboração de um Painel Delphi com peritos da área de forma a validar o projeto de intervenção;
  3. Apresentação do projeto de intervenção comunitária aos profissionais da USP do Médio Tejo e UCC de Abrantes.

#### 4.7. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO PARA A EXECUÇÃO

A fase da preparação da execução sucede a conclusão das fases anteriores e reflete todo o processo de continuidade do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). atende

Nesta fase são considerados todos os aspetos que estão inerentes à execução do projeto, desde recursos humanos e materiais, incluindo os existentes, assim como gastos financeiros necessários para o sucesso do projeto, como tal é necessário a calendarização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1986).

Neste sentido foi elaborado o Projeto de Intervenção Comunitária “Apoio aos Cuidadores Informais: Prevenção e Alívio da Sobrecarga”, com as siglas de PAPAS, com o propósito de operacionalizar o apoio cuidadores informais que lhes é devido face à Lei nº100/2022, de acordo com as suas necessidades e prioridades.

É um projeto-piloto elaborado em colaboração com os enfermeiros orientadores e uma colega de mestrado, numa amostra de população-alvo os 31 cuidadores informais do Concelho de Abrantes, e que foi de encontro de uma necessidade da UCC que prima a melhoria do estado de saúde realizando uma prestação cuidados de saúde de proximidade a sua população no domicílio e também na comunidade principalmente em grupos vulneráveis, como tantos outros são os cuidadores informais.

Pelo que criado o seguinte plano de ação, que contempla a descrição das atividades de acordo com os objetivos e metas traçados, identificando os intervenientes, o local e data e a avaliação dessas referentes atividades.



							º de sessões programadas x 100)	
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

Tabela 22- Diagnósticos

Portanto realizei duas sessões de capacitação aos cuidadores informais, ambas acompanhadas de apresentação teórica em *PowerPoint*, no âmbito da área da alimentação – Apoio no desengasgamento e no âmbito da área gestão de sintomas – Apoio na falta de ar, e de demonstrações através de vídeos e imagens e treino com os participantes. Pelo que foram necessários os seguintes recursos para a realização do presente projeto:

- O Ginásio (espaço onde serão realizadas as sessões);
- Computador + Videoprojector;
- Marquesa (para as demonstrações);
- Manequim de SBV;
- Máscara de reanimação (*Pocket Mask*);
- Os impressos com as escalas de avaliação da eficácia da intervenção (da responsabilidade dos mestrandos).

De referir que os recursos acima mencionados, parte deles foram da responsabilidade dos mestrandos e outra parte emprestada pela UCC de Abrantes e USP do Médio Tejo.

Como forma de validação do projeto de intervenção realizámos um painel *DELPHI*, através do qual se obteve a concordância total dos participantes, os 11 peritos especializados nas áreas de conhecimento Saúde Comunitária e Saúde Pública / *Stakeholder* das mesmas, nas duas rondas realizadas neste painel.

Resumidamente, o recrutamento dos peritos/*stakeholder* foi através da técnica de amostragem bola de neve, estes consentiram participar no painel através de um breve questionário on-line. O painel como referido anteriormente consistiu na realização de 2 rondas através questionários *on-line* na plataforma google *forms*, 1ª ronda permitiu a validação dos problemas/necessidades identificados e priorizados usando o Método de Hanlon; e a 2ª ronda a validação do plano de ação para o projeto de intervenção.

Concluído o painel apresentou-se de seguida o projeto à equipa da UCC e da USP.

#### 4.8. EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PAPAS

Nesta etapa realiza-se a execução das atividades delineadas consoante os objetivos definidos (Imperator & Giraldes, 1993).

Inicialmente foram convocados os 31 cuidadores informais (amostra da população-alvo) para comparecerem nas sessões de capacitação, através de chamada telefónica.

As sessões de capacitação “Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga (PAPAS) – Apoio no autocuidado Alimentar” e “Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e Alívio da Sobrecarga (PAPAS) – Apoio na Gestão de sintomas” tiveram lugar nas instalações da UCC de Abrantes especificamente no ginásio, decorreram nos dias 22 e 23 de fevereiro de 2024, em 3 momentos diferentes de acordo com a disponibilidade dos participantes, relembro que inicialmente estavam programados dois momentos de formação, o que permitiu uma maior acessibilidade aos cuidadores. Contudo apenas 16 cuidadores informais aderiram e tiveram presentes nas sessões de capacitação, ou seja, metade da amostra. A baixa adesão por parte dos cuidadores relaciona-se com vários fatores: a falta de apoio por parte de familiares e amigos, com quem deixarem a pessoa cuidada quando tem de se ausentar; a morte da pessoa cuidada; dificuldade na deslocação, pois a maioria dos cuidadores vivem em freguesias rurais do concelho.

No entanto os cuidadores que participaram elogiaram as sessões e consideraram ser uma mais-valia, reconhecendo a importância das mesmas para uma prestação de cuidados segura e de qualidade, pois desconheciam parte do conteúdo abordado nas sessões e sugeriram a realização de mais sessões com diferentes temas.

#### 4.9. AVALIAÇÃO

Quinze dias após intervenção e como forma de avaliação da mesma, foram aplicadas novamente as escalas, das capacidades do cuidador informal de Dixe et. al (2020) (somente nas áreas do alvo de intervenção: alimentação, gestão de sintomas, transferências e gestão da medicação), da sobrecarga dos cuidadores de Zarit e também as questões relacionadas com o sentido de vida dos cuidadores.

Pelo que a avaliação compreende os objetivos, os indicadores e as metas anteriormente traçados, a tabela 28 mostra os resultados obtidos.

Tabela 23-Objetivos Específicos

Objetivos específicos	Indicadores	Metas	Resultados
Aumentar a capacidade de utilização de estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do concelho de Abrantes	<b>Indicador de atividade:</b>  % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas(2))×100	Aumentar a capacidade de utilização de estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de	<b>Indicador de atividade:</b>  3 sessões realizadas/ 2 sessões programadas × 100 = 150 %

	<b>Indicador de resultado:</b> % Taxa de adesão dos cuidadores informais à sessão (nº de CI participantes/nº CI previstos (metade da amostra))x100	2024	<b>Indicador de resultado:</b> 16 CI participantes / 16 CI da amostra x 100 = 100%
Aumentar a capacidade do cuidador informal de atuar perante a falta de ar da pessoa dependente para 40% dos CI do concelho de Abrantes	<b>Indicador de atividade:</b> % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas (2))x100) <b>Indicador de resultado:</b> % Taxa de adesão dos cuidadores informais à sessão (nº de CI participantes/nº CI previstos (metade da amostra))x100	Aumentar a capacidade do cuidador informal de atuar perante a falta de ar da pessoa dependente para 40% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024	<b>Indicador de atividade:</b> 3 sessões realizadas/ 2 sessões programadas x 100 = 150 %  Indicador de resultado: 16 CI participantes / 16 CI da amostra x 100 = 100%

Perante estes resultados pode-se concluir que os objetivos específicos, bem como as metas definidas, foram alcançados, com indicadores  $\geq 100\%$ .

Passando para a análise detalhada dos resultados obtidos com a aplicação das escalas e comparando os dados antes e após a intervenção, no âmbito da “capacidade de utilização de estratégias caso a pessoa dependente se engasgue” antes da intervenção verificou-se que dos 16 cuidadores que participaram nas sessões, dois responderam discordo e após a intervenção deixou de haver respostas de discordos (n=2 passou para n=0) assim como o não aplicável (n=1 passou para n=0), concentrando todas as respostas no concordo (passando n= 5 para n=4) e concordo totalmente (passando n= 8 para n=12). Quanto à “capacidade de atuar perante a falta de ar da pessoa dependente”, observou-se que após a intervenção e igualmente à anterior deixou-se de verificar respostas de discordos (n=2), concentrando-se todas as respostas no concordo (n=4 passou para n=5), no concordo totalmente (n=9 passou para n=10) e no não aplicável que se manteve (n=1), concluindo-se que em ambas as capacidades houve uma ligeira melhoria das mesmas.

Contudo estes dados não são estatisticamente significativos, atendendo ao reduzido tamanho da amostra, o teste não paramétrico de Wilcoxon comprova isso mesmo com  $p>0,05$ , não se podendo rejeitar a hipótese nula, considerada como não havendo variações antes e após a intervenção, na “capacidade de utilização de estratégias

caso a pessoa dependente se engasgue” obteve-se um  $p = 0,334$  e na “capacidade do cuidador informal de atuar perante a falta de ar da pessoa dependente” um  $p = 0,429$ .

No que toca à avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais, ao contrário do que era esperado após a intervenção houve um aumento dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais, sobretudo na sobrecarga intensa. Antes da intervenção os cuidadores sem sobrecarga (<46) eram 56,30% após a intervenção diminuíram para 44,10%; a sobrecarga ligeira (46-57) manteve-se praticamente igual, antes da intervenção era 37,60% após a intervenção 37,70%; na sobrecarga intensa (>57) antes da intervenção eram 6,30% após a intervenção observou-se um aumento passando para 18,90%, importa referir mais uma vez, que estes dados não são estatisticamente significativos, não se podendo retirar conclusões concretas devido ao tamanho da amostra e o curto intervalo de tempo que decorreu entre a intervenção e avaliação (15 dias).

Por último as questões relacionadas com o sentido de vida (Kraus, 2014), “Qual é, o seu objetivo de vida?”, “O que tem feito para o alcançar?”, após a intervenção verificou-se que dos 16 participantes houve uma ligeira melhoria no seu sentido de vida, pois o valor de sentido ótimo aumentou de 12,5% (n=2) para 18,75% (n=3), o valor de sentido bom também aumentou de 18,75% (n=3) para 43,75% (n=7), ao passo que o valor de sentido indeterminado ou não reconhecido diminuiu de 62,5% (n=3) para 37,5% (n=6), deixando-se de verificar os 6,25% (n=1) do valor de sentido indeterminado ou não reconhecido em tom geral negativo. Assim como houve uma ligeira melhoria na atitude, mantendo-se a atitude positiva perante o próprio sofrimento e o próprio êxito de 18,75% (n=3), aumentou a atitude positiva (apenas 1 critério, sofrimento ou êxito) passou 43,75% (n=7) para 62,5% (n=10), descendo o não refere qualquer informação perante o sofrimento nem êxito de 37,5% (n=6) para 18,75% (n=3). É de referir que a generalidade dos CI que participaram na intervenção e que apresentavam um bom sentido de vida responderam concordo e concordo totalmente na escala de avaliação das capacidades do cuidador informal do projeto Help2Care, e os cuidadores que viram a sua sobrecarga aumentar com a intervenção apresentavam um sentido de vida indeterminado ou não reconhecido. De acordo com Kraus (2014) existe uma correlação negativa da descoberta de sentido com o sofrimento, ansiedade, depressão e doença.

Com isto posso concluir que esteve evidente a melhoria do sentido de vida e também da atitude dos cuidadores, com a intervenção, apesar de não ser possível avaliar a eficácia efetiva da mesma devido ao curto intervalo de tempo que decorreu entre a

intervenção e avaliação, mas foi notório o impacto positivo da intervenção os CI referente ao sentido de vida.

## 5. CONCLUSÃO

Em tom de conclusão é de se salientar as barreiras, os aspetos positivos e as sugestões de melhoria.

Não foi possível retirar conclusões sobre a eficácia das intervenções, devido ao curto tamanho da amostra e ao reduzido intervalo temporal que decorreu entre a execução da intervenção e a avaliação da mesma, de apenas 15 dias, no entanto observou-se uma ligeira melhoria no âmbito das capacidades e também no sentido de vida dos 16 CI que participaram na intervenção.

É de referir que ao longo deste projeto deparei-me com vários constrangimentos que dificultaram o alcance dos meus objetivos e metas inicialmente traçados. Começo por salientar a minha inexperiência, pois foi a primeira vez em que me encontro a realizar algo desta complexidade e dimensão; destaco também a escassez de tempo, quase todas as etapas deste projeto, principalmente as finais realizei em contra-relógio, dado que a comissão de ética demorou alguns meses a dar o parecer favorável relativamente ao projeto de intervenção, as pausas para período de férias também não facilitaram, fazendo atrasar o cumprimento do cronograma que inicialmente me propôs; ainda como barreira aponto o reduzido tamanho amostra, pois uma amostra pequena aumenta o risco de erro, não obstante a baixa adesão às sessões de formação por parte dos cuidadores informais, apenas metade da amostra aderiu à intervenção, dificultou o alcance dos meus objetivos e metas propostos, contudo é compreensível a fraca adesão dos mesmos, uma vez que a maioria dos cuidadores vivem nos meios rurais e não tem meio de transporte para se deslocar, passando por dificuldades económicas sendo a maioria desempregados, e não tem qualquer apoio por parte familiares ou amigos, com quem deixar a pessoa cuidada não podendo deixa-la sozinha. Neste sentido diversos estudos revelaram, que os grupos de prestadores de cuidados raramente acediam aos serviços de apoio por uma combinação de fatores, como a inacessibilidade, uma má calendarização e a principal existência da falta de anonimato (Hussain et al., 2018). Também o instrumento usado para a colheita de dados no âmbito da avaliação das capacidades do cuidador informal do projeto Help2Care revelou-se bastante extenso, com 101 itens a ser avaliados, tornando-se dificultador o seu preenchimento, agravado pela reduzida literacia de alguns dos CI.

Como sugestões futuras, sugiro o seguimento do projeto pelos enfermeiros da UCC de Abrantes e por outros estudantes deste mestrado, de forma a garantir que todos os cuidadores da população-alvo aumentem os seus conhecimentos no global, principalmente aqueles que revelaram maior fragilidade nas necessidades avaliadas. Sugiro a realização das sessões de formação em maior proximidade com os cuidadores se possível nas juntas de freguesias, na residência dos CI ou noutra instalação cedida pela junta, assim como a realização de parcerias com as juntas de freguesias ou câmara de forma a disponibilizar transporte a esses CI que vivem nas freguesias em redor de Abrantes, assim como encontrar uma solução viável para os cuidadores que não tem apoio de familiares/amigos de forma a deixarem as pessoas cuidadas ao cuidado de outrem, por exemplo voluntários.

### 5.1 Implicações Na Prática Clínica

São 134 milhões de eventos adversos que ocorrem por ano por todo o mundo associados à prestação de cuidados inseguros, representando 2,6 milhões das mortes por ano (WHO, 2019).

Pelo que a metodologia do Planeamento em Saúde é imprescindível, uma vez que nas unidades os recursos são reduzidos e é necessária uma intervenção nas causas dos problemas da população. Fazer uma priorização e um bom planeamento diminui os recursos necessários e assim como os custos, tornam-se fatores fundamentais para um bom planeamento em saúde. Atualmente tem-se evidenciado uma forte ascensão do estatuto de cuidador informal devido às notáveis alterações demográficas e a um aumento da esperança média de vida que leva a um aumento da incidência de doenças referentes à idade e a um aumento do envelhecimento da população, que por sua vez leva ao aumento das necessidades para suprimir as necessidades dos cuidados de saúde.

## CONCLUSÃO INTEGRATIVA

É de extrema importância que os enfermeiros se tornem capazes de obter competências, apostando nas competências especializadas, de modo a acompanhar as várias mudanças e apostar na melhoria da qualidade dos cuidados prestados na enfermagem, de modo que exista um reconhecimento na área da Enfermagem a nível profissional e que se torne uma profissão cada vez mais valorizada.

A elaboração do presente relatório, reflete todo o trabalho desenvolvido nos ensinamentos clínicos que esteve subjacente à aquisição e desenvolvimento das competências do EEESCSP, assim como de todo o projeto de intervenção comunitário, para o alcance dos objetivos propostos.

Os estágios realizados por mim, quer na USP Abrantes – Médio Tejo, quer na UCC Abrantes tive a oportunidade de realizar e acompanhar todas as atividades de enfermagem desenvolvidas nestes contextos, o que contribuiu assim para o meu crescimento a nível profissional, como a nível pessoal. Neste sentido, foquei-me no desenvolvimento e no aperfeiçoamento de todas as capacidades técnico-científicas, sociais e humanas que estavam inerentes às competências do enfermeiro generalista, mas principalmente às competências comuns e específicas do enfermeiro mestre e especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

A sociedade ao longo dos anos tem sofrido grandes alterações, como o aumento da esperança média de vida da população e como consequência disso aumentaram o número de pessoas com diversas comorbilidades associadas, a par da crescente evolução tecnológica, observou-se uma extensão da rede de cuidados de saúde e consequentemente um aumento dos custos inerente à saúde. Estas mudanças carecem de uma redefinição de toda a política de gestão dos recursos humanos, no âmbito da sua capacidade de intervenção, da qualificação e do número ou distribuição dos mesmos (Lopes et al., 2018).

Através da realização do projeto de intervenção comunitária com a aplicação dos questionários aos cuidadores informais do concelho de Abrantes, emergiram as suas necessidades enquanto parceiros do cuidar. Neste contexto tive sobretudo o privilégio de conhecer, mais do que a sua personalidade, alguns dos seus receios e dificuldades que enfrentam no dia a dia, privilegiando a singularidade, para a realização da continuidade dos cuidados à pessoa cuidada.

Todo o meu projeto foi realizado com a consciência de que os cuidadores informais carecem frequentemente de formação, assim como de conhecimento dos diversos

tipos de recursos que se encontram disponíveis ao seu dispor para os ajudar a cuidar com segurança e qualidade. O planeamento em saúde possibilitou-me desenvolver duas intervenções no âmbito da capacitação com foco na gestão dos autocuidados da pessoa dependente na alimentação e gestão de sintomas, nomeadamente como atuar em caso de engasgamento e falta de ar, que foram ao encontro das necessidades identificadas pelos cuidadores informais nos questionários, capacitando-os para uma prestação de cuidados apropriados e segura à pessoa que têm a seu cuidado. Da mesma forma que solicitam que exista uma intervenção adequada por parte do EEECSOSP.

A revisão integrativa da literatura, permitiu-me o acesso à evidência científica apoiando a seleção de estratégias e a tomada de decisão de forma sustentada, tendo como ponto de partida a questão de investigação, favorecendo o desenvolvimento de competências no âmbito de investigação para a melhoria de cuidados prestados.

Ao longo do meu percurso enquanto enfermeiro, encontro-me constantemente em formação, no entanto considero que o meu processo de ensino e aprendizagem foi um desafio que me motivou a manter o foco com empenho e dedicação durante a realização dos EC. Durante o decorrer dos mesmos, julgo que tive sempre uma postura crítico-reflexiva, a de forma a melhorar a minha prática diária, e procurei sempre dar o meu contributo de forma constante para a prestação de cuidados aos utentes/grupos/comunidade em todos os dias destes EC.

Destaco para a disponibilidade e partilha dos colegas enfermeiros das unidades e aos enfermeiros orientadores que me integraram e orientaram na USP e UCC.

Saliento também para as oportunidades que me foram oferecidas e tentei procurar para a concretização dos objetivos que delinee para estes estágios, que auxiliaram e enaltecem todo o meu percurso de aprendizagem e de futuro especialista/mestre.

Outro determinante para o sucesso alcançado foi ter realizado muito trabalho de casa, nomeadamente análise de normas e circulares institucionais, pesquisa de evidência científica para aumentar os meus conhecimentos teórico-práticos e lembrar outros já por mim conhecidos da minha prática clínica, assim como outros lecionados nas distintas unidades curriculares da parte teórica desta especialidade/mestrado. Pois sendo toda a minha prática clínica na área do doente crítico e cuidados intensivos, tive alguma dificuldade inicial em me focar na comunidade e focar-me nela como unidade de cuidados, no entanto com o decorrer da prática clínica fui evoluindo nesse aspeto.

O projeto de intervenção comunitária iniciou-se na USP e prosseguiu em continuidade para UCC, sendo neste último contexto onde realizei o grosso do projeto, terminando com a capacitação dos cuidadores em duas áreas prioritizadas através do método de Halon.

Os Cuidadores Informais cuidam da pessoa dependente no domicílio, e vêm muitas das vezes a qualidade da sua prestação de cuidados afetada positivamente ou negativamente consoante a sua competência e conhecimento. Considero que este projeto implementado é bastante pertinente atendendo aos dias de hoje, atualmente o estatuto dos cuidadores informal é cada vez mais notório, e tanto a nível europeu como nacional está a ganhar grande importância. Deste modo, julgo que contribuí para a melhoria das competências dos cuidadores informais do concelho de Abrantes no que toca as situações de falta de ar e engasgamento focalizando a capacitação nas manobras de desengasgamento e SBV, com o objetivo primordial a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no domicílio, permitindo-lhes atuar perante qualquer uma destas situação que são passíveis de ocorrer no dia a dia.

Na minha perspetiva como ser humano e como Enfermeiro considero que a formação continua é um requisito que temos de ter sempre presente e que sustenta a enfermagem, o que promove a valorização e reconhecimento da profissão pelos nossos pares e por quem prestamos cuidados diretamente ou indiretamente, que traduzirá numa melhoria ao nível dos indicadores. Contudo ao nível da evidência científica, na minha opinião a Enfermagem deveria de ter mais investimento nesta área, sobretudo a enfermagem portuguesa que está bastante atrasada, embora já haja bons exemplos neste campo de investigação, como o Professor/Enfermeiro Pedro Melo com o MAIEC, Professora/Enfermeira Dixe com o projeto Help2Care, entre outros, já se vêm a vingar na evidência de enfermagem, pois ao realizar todo este meu percurso fiquei mais desperto para este paradigma na concretização de todo o meu trabalho de investigação e na minha prática clínica nos EC, do qual todo o percurso foi um fator importante para o meu crescimento profissional e aumentar os meus conhecimentos científicos tendo aperfeiçoado o meu método para ser mais eficaz e objetivo na para realização de pesquisas científicas.

Por último encerro este ciclo formativo com este relatório, apesar das muitas dificuldades sentidas e contratempos acontecidos durante este período, este meu percurso foi marcado pelo crescimento e uma satisfação ao nível pessoal e profissional. Bem como as competências desenvolvidas, mas similarmente a contribuição que dei para o aumento do saber na área de enfermagem, que me deu

outro olhar para a Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública com um gosto e uma paixão abrangendo também as áreas de prestação de cuidados diretos ao doente/comunidade, assim como os cuidados indiretos no âmbito da gestão, da formação e da investigação.

Agora enquanto enfermeiro especialista irei orientar toda a minha prática clínica independentemente do contexto profissional em que esteja inserido, estarão assentes as competências do enfermeiro mestre e especialista em ESCSP, presando um desempenho mais ativo na equipa multidisciplinar, onde procurarei ativamente a atualização constante dos conhecimentos.

## Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao\\_CSP\\_2022\\_VF.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_CSP_2022_VF.pdf)

Alarcão, I., RUA, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto contexto – enfermagem*, vol.14, n.3, pp.373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.

Albuquerque, V., Gomes, A., Rezende, C., Sampaio, M., Dias, O., Lugarinho, R. (2008). *A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde*. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 32 (3),356–362. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>

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.

Araújo, M. & Soeiro, J. (2021). Trabalho, reconhecimento e justiça social: o caso dos cuidados informais em Portugal. *e-cadernos CES*, 35. <http://journals.openedition.org/eces/6164>; DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.6164>

Aung, T.N.N.; Aung, M.N.; Moolphate, S.; Koyanagi, Y.; Supakankunti, S.; Yuasa, M. (2021). Caregiver Burden and Associated Factors for the Respite Care Needs among the Family Caregivers of Community Dwelling Senior Citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 5873. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115873>

Balsanelli, A., Cunha, I. (2015). *Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho*. Revista Latino – Americana Enfermagem, 23 (1), p. 106-113. DOI: 10.1590/0104-1169.0150.2531

Barros, T. M. K. B. H. (2014). *Sentido de vida da pessoa com dor crónica*. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/16164>

BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023) *ACES Médio Tejo – Quem somos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/Pages/default.aspx>

BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023a) *USP Médio Tejo – O que oferecemos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3000050/O%20QUE%20OFERECEMOS/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%201.pdf>

BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023b) *USP Médio Tejo – Quem servimos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3000050/Pages/default.aspx>

BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023c) *UCC de Abrantes – O que oferecemos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3140152/Paginas/default.aspx>

BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023d) *USP Médio Tejo – O que oferecemos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3000050/O%20QUE%20OFERECEMOS/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%201.pdf>

BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024) *Unidade Local de Saúde do Médio Tejo: agora ainda mais “Juntos, para cuidar dos seus”*. <https://www.chmt.min-saude.pt/noticias/unidade-local-de-saude-do-medio-tejo-agora-ainda-mais-juntos-para-cuidar-dos-seus/>

Brito, M. (2000). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. [Dissertação de Mestrado]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/9933>

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

Chaparro, D. L., Carreño, M. S., Carrillo, G. G., Gómez, R. O. (2020). Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Av Enferm*, 38(1): 18-27. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.77404>

Cuidadores informais (2023). *Cuidadores informais*. [www.cuidadoresportugal.pt](http://www.cuidadoresportugal.pt)

DECRETO-LEI N.º 101/2006 DE 6 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). Diário da República: I Série, N.º 109. <https://dre.pt/dre/detalhe/Decreto-Lei/101-2006-353934>

DECRETO-LEI N.º 137/2013 DE 7 DE OUTUBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2013). Diário da República: I série, Nº 193 (2013). <https://files.dre.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>

DECRETO-LEI N.º 28/2008 DE 22 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2008). Diário da República: I série, Nº 38. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

DECRETO-LEI N.º 52/2022 DE 4 DE AGOSTO DA PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (2022). Diário da República: I Série, N.º 150. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>

DESPACHO N.º 10143/2009 DE 16 DE ABRIL DO GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE. (2009). Diário da República: II Série, N.º 74. <https://files.dre.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf> DESPACHO N.º 19040/2006 DE 19 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. (2006). Diário da República: II Série, N.º 181. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/38858/DESP\\_19040\\_2006/1c10a984-1c06-466e-b4de-b58a1b3df6c2/1c10a984-1c06-466e-b4de-b58a1b3df6c2](https://www.seg-social.pt/documents/10152/38858/DESP_19040_2006/1c10a984-1c06-466e-b4de-b58a1b3df6c2/1c10a984-1c06-466e-b4de-b58a1b3df6c2)

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>

Dias, L. (2014). *Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. doutor fernando fonseca, epe*. Revista Clínica Hospital Prof Dr.Fernando Fonseca, 2(1), 39-40. <https://revistaclinica.hff.minsaude.pt/index.php/rhff/article/download/73/49>

Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s\*. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

Dixe, M. A. C. R., Soares, E. M., Martinho, R. F. G., Rijo, R. P. C. L., Caroço, J. E. F., Gomes, N. M. M & Querido, A. I. F. (2020a). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência* (1ª Edição). Grácio Editor.

Dixe, M. A. C. R., Teixeira, L. F. C., Areosa, C. T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A. & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 19, 255. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>

Dixe, M. D. A. C. R., 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*. <https://doi:10.1111/scs.12777>

Dixe, M.D.A.C.R. & Querido, A.I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013

Eckroth-Bucher, M. (2010). *Self-Awareness A Review and Analysis of a Basic Nursing Concept*. *Advances.Nursing Science*, 33 (4), p. 297–309. doi:10.1097/ANS.0b013e3181fb2e4c

Faculdade de Ciência social.(2003). *Descritores de Dublin para o 2º e 3º ciclo*. \* <http://museologia-portugal.net/apresenta%C3%A7%C3%A3o/descriitores-dublin-2o-3o-ciclo>

Ferreira, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência: Abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*. [Dissertação de Doutoramento]. RIA, Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4664/1/209832.pdf>

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/>

- Harrison, R., Raman, M., Walpola, R., L., Chauhan, A., Sansom-Daly, M., U. (2021). Preparing for partnerships in cancer care: an explorative analysis of the role of familybased caregivers. *BMC Health Services Research*, 21:620. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06611-0>
- Hussain, R., Wark, S., Ryan, P. (2018). Caregiving, Employment and Social Isolation: Challenges for Rural Carers in Australia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15,2267;doi:10.3390/ijerph15102267
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia Do Planeamento Da Saúde* (2ª Edição). Manual Para Uso Em Serviços Centrais, Regionais E Locais.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde* (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 – resultados provisórios*.[https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- Instituto Nacional de Estatística. (2022, november 20). *Censos 2021 – Resultados definitivos*.[https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_populacao&xpid=CENSOS21](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21)
- International Coucil of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Kraus, T., Louro, C., & Afonso, C. (2022). *Planeamento do Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final*. Politécnico de Leiria.
- Lei 100/2019, de 6 de setembro. (2019)*. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei nº 13/2003, de 21 de maio. *Diário da República*, 1ª Série I (Nº 171/2019 de 06/09/2019), 3-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 – 8105*.<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lindt, N., Van Berkel, J. & Mulder, B.C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr* 20, 304. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC,1-112.[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Loureiro, N. (2009). *A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência* [Dissertação de mestrado]. Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa. <https://core.ac.uk/download/pdf/61004601.pdf>
- Lukas, E. (1988). *Para validar la logoterapia*. En V. Frankl, *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J. & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Matos, P. C. (2014). *Tipos de revisão de literatura*. Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia. <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>
- 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.
- Melnik, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *AJN, American Journal of Nursing*, 110(1), 51–53. doi:10.1097/01.naj.0000366056.06605.d2
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Mendes, P. N., Fortes Figueiredo, M. L., Santos, A. M., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94. doi.org/10.1590/1982-0194201900012
- Mourato, P. (2022). *Envelhecimento ativo*. <https://medietejo.net/abrantes-camara-aprova-propostas-da-oposicao-sobre-envelhecimento-ativo-caudio>
- 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>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enuniados Descritivos*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor nº 101/2015*. *Diário da República*, 2.ª série – Nº 48, 5948- 5952. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º140/2019*. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;

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/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Código Deontológico.pdf](https://WWW.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Médicos. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção geral da Saúde. nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio. [https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Acidente\\_Vascular\\_Cerebral\\_Prescricao\\_de\\_Medicina\\_F%C3%ADsica\\_e\\_de\\_Reabilitacao.pdf](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Acidente_Vascular_Cerebral_Prescricao_de_Medicina_F%C3%ADsica_e_de_Reabilitacao.pdf)

Ortiz, M. E. (2007). *Psicotersapia y Sentido de Vida*. Herder Editorial.

Papadakos, J., Ugas, M., Quartey, N. K., Papadakos, C., Giuliani, M. E. (2023). *Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study*. *Curr. Oncol.*, 30, 3845–3858. <https://doi.org/10.3390/curroncol30040291>

Parlamento Europeu (2018). *Relatório sobre a prestação de cuidados na UE para uma igualdade de género melhorada. Relatório - A8-0352/2018*. [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2018-0352\\_PT.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2018-0352_PT.html)

Peixoto, M.J. & Machado, P.P. (2016). *A sobrecarga e o stresse do cuidador*. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador (p.95-111)*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Pender, N. J & Yang K. P. (2002). *Promotion physical activity*. *J Nurs Res*, 10(1), 57-64.

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

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

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th Edition). Pearson Education Inc..

Pepin, E. & Hébert, J. (2020). *Besoins des proches aidants qui accompagnent une personne en soins palliatifs et de fin de vie à domicile*. *Can Oncol Nurs J*, 30(2):141-146. doi: 10.5737/23688076302141146. PMID: 33118984; PMCID: PMC7586706.

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. <http://dx.doi.org/10.3390/informatics9030059>

Pérez-Cruz, M., Muñoz-Martínez, A., Parra-Anguita, L, & del-Pino-Casado, R. (2017) *Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía*. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388.

Pires, A. (2008). *Ética e Cuidar em Enfermagem*. *Sinais Vitais* nº 72. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3419-etica-ecuidarem-enfermagem#.WJhFBuLQ2w>;

PORDATA. (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526-3743>

PORTARIA N.º 50/2017 DE 2 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL E SAÚDE. (2017). *Diário da República: I Série, N.º 24*. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/50-2017-106388650>

Portugal, R., Nunes, A. B., & Andrade, C. (2017). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>

Predebon, M. L., Dal Pizzol, F. L. F., Santos, N. O., Bierhals, C. C. B. K, Rosset, I., Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Invest. Educ. Enferm*, 39 (2):e03. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>.

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). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0358>

*Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho*, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) (Texto relevante para efeitos do EEE) *JO L 119 de 4.5.2016, p. 1—88*. ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

Regulamento N.º 348/2015 DE 19 DE JUNHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (2015). *Diário da República: II Série, N.º 118*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf)

Regulamento N.º 428/2018 DE 16 DE JULHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. (2018). *Diário da República: II série, N.º 135*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf> Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (s.d.). *BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>

*Regulamento n.º 140/201 da Ordem dos Enfermeiros*. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (p. 4744-4750)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 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 128/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Diário da República n.º 128/2011, Série II de 2011-02-18*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria\\_SaudPublica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf)

*Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros*. (2018) *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ribeiro, O. M., Pinto, C. A., & Regadas, S. C. (2014). *A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. doi: 10.12707/RIII12162

Rocha, C. T. (2017). *Diagnóstico de Situação ACES do Baixo Mondego*. ACES do Baixo Mondego. Coimbra

Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.

Rodrigues, P. (2021). *A saúde planeada: metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.

Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E, Barbosa-Álvarez, A. A., Clavería, A., & Grupo Zarit. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga

en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-observacional-transversal-sobrecarga-cuidadoras-S0212656716301962>.

Roij, J., Brom, L., Sommeijer, D., Poll-Franse, L., Raijmakers, N. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study. *Supportive Care in Cancer*, 29, 7975–7984. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06365-9>

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>

Schaller, S., Schmidt, V.M., Gobin, J., Riech, M. C., Griebel, L., Engel, S., Stein V., Graessel, E. & Rabas, P.L. (2015). Tailored e- Health services for the dementia care setting: a pilot study of eHealthMonitor. *BMC Medical Informatics and Decision & Making*. 15(58), 1-9.

Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M. & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, Vol. IV, nº 1, 7-21. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/55/1/ESTUDO%20IPL%20REVISTA%20UBI.pdf>

Segurança social (2024). *GUIA PRÁTICO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL: CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL E CUIDADOR INFORMAL NÃO PRINCIPAL*. <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência, II Série* (12), 9-16. <https://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.ª edição). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde (2023). ACES Médio Tejo. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde. (2022). *BI-CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/Pages/default.aspx>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (s.d.). *BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>

Sousa, M. L. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*; Vol. 2, 17-26. <https://www.researchgate.net/publication/32>

Sousa, M.L.M., Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S.S.P., & Antunes, A.V. (2017). *Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem*. *Revista Investigação Enfermagem*; Vol. 2, 17-26. <https://www.researchgate.net/publication/321319742> Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem/citation/download

Sousa, S. M. (2021). Crónica. A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa – função do enfermeiro. *NO revista*, Ordem dos Enfermeiros. 96-102. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23664/ago-2021.pdf>

Stutts W. C. (1997). *Use of the Health Promotion Model to predict physical activity in adults*. [Dissertação]. Chapel Hill: University of North Carolina

Tavares, A. (1990) *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de formação

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J.A., Almeida, M.J., Matias, M.L., Ferreira, M.S., Narigão, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional

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

Tinoco-Camarena, J. M., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Roldan-Merino, J., Moreno-Arroyo, M.C., Moreno-Poyato, A., Balaguer-Sancho, J., Agüera, Z., Sánchez-Ortega, M. A., Hidalgo-Blanco, M. Á. (2023). Effectiveness of the Online “Dialogue Circles” Nursing Intervention to Increase Positive Mental Health and Reduce the Burden of Caregivers of Patients with Complex Chronic Conditions. Randomized Clinical Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 644. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010644>

Urden, L. Stacy, K. Lough, M. (2006). *Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Victor, J. F., Lopes, M. V. & Ximenes, L. B. (2005) Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de enfermagem*, 18(3), s.p. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>

Vos, E. E., Bruin, S. R., Van der Beek, A. J., Proper, K.I. (2021). "It's Like Juggling, Constantly Trying to Keep All Balls in the Air": A Qualitative Study of the Support Needs of Working Caregivers Taking Care of Older Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 5701. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115701>

Warren M. T. (1993). *The relationships of self-motivation and perceived personal competence to engaging in a health-promotion lifestyle for men in rehabilitation programs* [dissertation]. New York: New York University

World Health Organization. (2019, September 17). *World Patient Safety Day 2019*. <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019>

Yu, D.S., Li, P.W., Zhang, F., Cheng, S., Ng, T., & Judge, K.S. (2019). The effects of a dyadic strength-based empowerment program on the health outcomes of people with mild cognitive impairment and their family caregivers: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1705-1717.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Jornadas Sociais e da Saúde Abrantes**

# JORNADAS SOCIAIS E DA SAÚDE ABRANTES

**11-12**  
DEZ | 2023

**A INOVAÇÃO FAZ ABRANTES:**  
*no social e na saúde*

## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

*Rui Filipe Marques Vile Verde*

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



O Presidente da Câmara Municipal de Abrantes  
MANUEL JORGE VALAMATOS

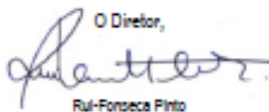


## **ANEXO II - II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho**



## CERTIFICADO

Certifica-se que Rui Filipe Marques Vila Verde participou (online) no II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho, que teve lugar nesta Escola de Saúde no dia 11 de novembro de 2023, entre as 9h00 e as 13h00.

O Diretor,  
  
Rui-Fonseca Pinto

### **ANEXO III - Parecer da comissão de ética**



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Liliana Canas Rei

[5220087@my.iplleiria.pt](mailto:5220087@my.iplleiria.pt)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5577/CES/2023	

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

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

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

  
O Conselho Directivo

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

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

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

Liliana Canas Rei <[5220087@my.ipleiria.pt](mailto:5220087@my.ipleiria.pt)>

qua, 21/06/2023 22:41

Para: maria dos anjos Dixe <[manjos.dixe@gmail.com](mailto:manjos.dixe@gmail.com)>

Obrigada professora.

Cumprimentos,  
Liliana Rei

Enviado de [Outlook para Android](#)

---

From: maria dos anjos Dixe <[manjos.dixe@gmail.com](mailto:manjos.dixe@gmail.com)>

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

To: Liliana Canas Rei <[5220087@my.ipleiria.pt](mailto:5220087@my.ipleiria.pt)>

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

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

ca vai  
bom trabalho

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

Sim, se puder enviar.

Agradeço a atenção.

Enviado de [Outlook para Android](#)

---

From: maria dos anjos Dixe <[manjos.dixe@gmail.com](mailto:manjos.dixe@gmail.com)>

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

To: Liliana Canas Rei <[5220087@my.ipleiria.pt](mailto:5220087@my.ipleiria.pt)>

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

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

Boa tarde Liliana  
Tem a autorização para poder utilizar as escalas.  
Necessita dos instrumentos?

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

Olá, boa tarde Professora.

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

Fico a aguardar.

Cumprimentos,  
Liliana Rei

Enviado de [Outlook para Android](#)

---

**De:** Liliana Canas Rei <[5220087@my.iplleiria.pt](mailto:5220087@my.iplleiria.pt)>

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

**Para:** Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe <[maria.dixe@iplleiria.pt](mailto:maria.dixe@iplleiria.pt)>

**Cc:** Rui Vila Verde <[5220086@my.iplleiria.pt](mailto:5220086@my.iplleiria.pt)>; Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

<[teresa.kraus@iplleiria.pt](mailto:teresa.kraus@iplleiria.pt)>; [fernando.nogueira@arslyt.min-saude.pt](mailto:fernando.nogueira@arslyt.min-saude.pt)

<[fernando.nogueira@arslyt.min-saude.pt](mailto:fernando.nogueira@arslyt.min-saude.pt)>; [lucinda.ferreira@arslyt.min-saude.pt](mailto:lucinda.ferreira@arslyt.min-saude.pt)

<[lucinda.ferreira@arslyt.min-saude.pt](mailto:lucinda.ferreira@arslyt.min-saude.pt)>

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

Exma. Sr.ª Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

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

Atenciosamente,  
Liliana Rei

## **ANEXO V - Índice de Barthel**

**NORMA**  
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



**Anexo III – Escala de Barthel e instruções**

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

## **NORMA** DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



### **Escala de Barthel – Instruções**

#### **GERAIS**

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

A necessidade de supervisão implica a classificação de **NÃO** independente.

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

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

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

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

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

#### **ESPECÍFICAS**

##### **Intestino** (semana anterior)

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

Ocasional \* = uma vez por semana.

##### **Bexiga** (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

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

##### **Higiene Pessoal** (últimas 24 – 48 horas)

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

##### **Alimentação**

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

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho\*.

##### **Transferências**

Da cama para a cadeira e vice-versa.

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

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

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

##### **Mobilidade**

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

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

##### **Vestir**

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

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

##### **Escadas**

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

##### **Banho**

Geralmente, a atividade mais difícil.

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

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

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

## **NORMA** DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



### **Índice de Barthel – Instruções**

#### **Intestinos**

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

#### **Bexiga**

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

#### **Higiene Pessoal**

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

#### **Uso da sanita**

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

#### **Alimentação**

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

#### **Transferências**

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

#### **Mobilidade**

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

#### **Vestir**

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

#### **Escadas**

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

#### **Banho**

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

**TOTAL: (0 – 100)**

**ANEXO VII - Escala de avaliação das capacidades do cuidador informal do  
Projeto Help2Care (Dixe et al., 2020)**



## AVALIAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

### Instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal

#### 1. Cuidar: Alimentação

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

#### 2. Cuidar: Higiene Sanitária

<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 a 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 em transferir-se					
Gerir o horário tendo em conta a necessidade de transferência da pessoa dependente em segurança					
Gerir o local onde são realizadas as transferências em segurança					
Identificar quais os equipamentos que possam ser necessários e ajudem nas transferências do utente					
<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 tábua, elevador)					
Perceber a necessidade de realizar as transferências					
Transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias					

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

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

<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**

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

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

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

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

**TOTAL**

**Inferior a 46 = Sem sobrecarga;**

**Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;**

**Superior a 56 = Sobrecarga intensa.**

## APÊNDICES

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

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

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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

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



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

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

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



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

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

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



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

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

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



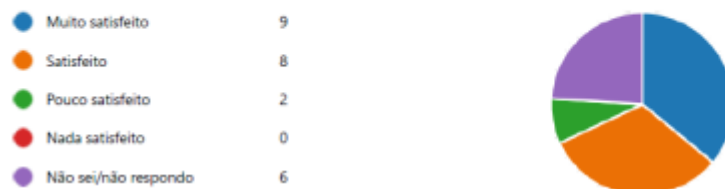
Relativamente à sétima questão “Como classifica a forma como a UCC de Abrantes divulga os tipos de cuidados que oferece?”, 20% respondeu Muito Clara, 44% Clara, 4% Pouco clara e 32% Não sei/Não respondo, não havendo respostas para Confusa.

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



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

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



Nona questão “Como avalia a sua satisfação relativamente à forma como os profissionais se identificam (nome e função) ao fazer o atendimento telefónico ou pre-

sencial?”, 52% Muito Satisfeito, 36% Satisfeito e 12% Não sei/não respondo, não havendo respostas para o Pouco Satisfeito e Nada Satisfeito. De um modo geral os utentes encontram-se satisfeitos (88%) em relação à forma como os profissionais se identificam (nome e função) ao fazer o atendimento telefónico ou presencial.

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

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



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

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

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



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

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

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



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

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

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



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

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

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



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

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

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



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

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

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



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

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

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



Quanto à décima sétima questão “Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi envolvido(a) nas decisões sobre os cuidados a ter com a sua saúde?”,

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

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

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



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

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

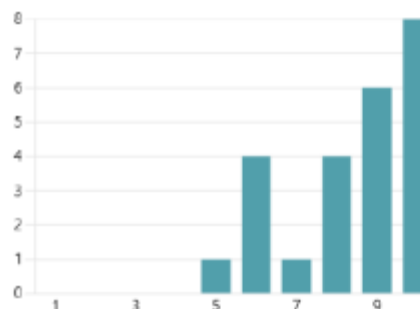
● Muito bom	13
● Bom	10
● Razoável	0
● Mau	0
● Não sei/não respondo	2



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

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

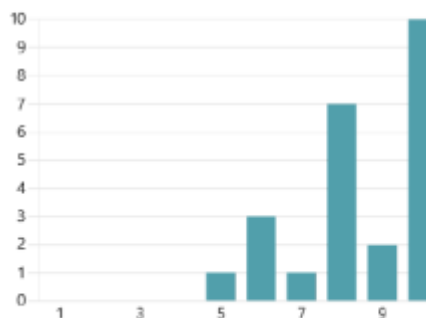
**8.42**  
Classificação Média



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

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

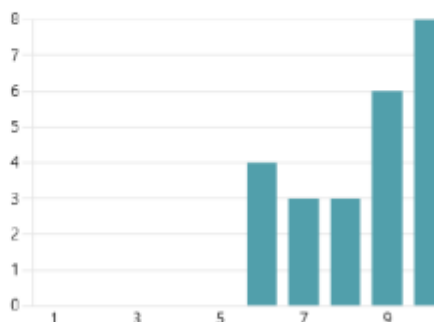
8.50  
Classificação Média



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

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

8.46  
Classificação Média



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

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

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



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

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

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

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

9

Respostas

Respostas Mais Recentes



## **APÊNDICE II – Realização de Sessão sobre gestão de conflitos**

## Plano de sessão

**Tema:** Gestão de Conflitos

**Data e local:**

Fevereiro de 2024 – Ginásio da UCC de Abrantes

**Duração:**

30 minutos

**Entidade responsável:**

UCC de Abrantes

Colaboração:

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

**Destinatários:**

- Profissionais da equipa da UCC de Abrantes

**Objetivos Geral:**

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

**Objetivos específicos:**

Promover estratégias para a resolução de conflitos em contexto de trabalho

**Conteúdos programáticos:**

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

**Metodologia:**

Expositiva/Demonstrativa/Participativa

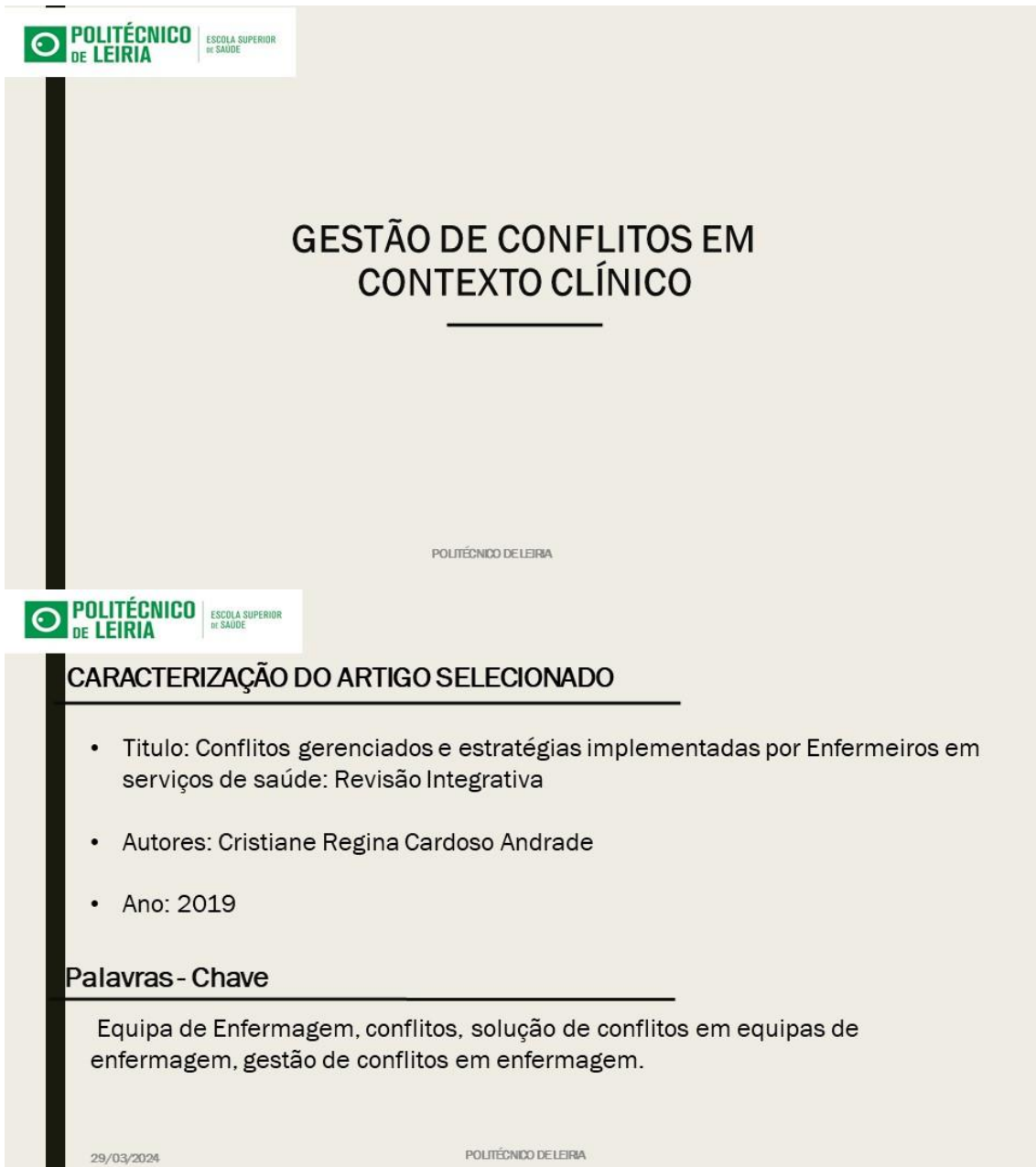
**Material:**


- Computador + Videoprojector

**Avaliação:**

Discussão

## Apresentação em PowerPoint




 **POLITÉCNICO  
DE LEIRIA** | ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

# GESTÃO DE CONFLITOS EM CONTEXTO CLÍNICO

---

POLITÉCNICO DE LEIRIA

 **POLITÉCNICO  
DE LEIRIA** | ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

## CARACTERIZAÇÃO DO ARTIGO SELECIONADO

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

### Palavras-Chave

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

29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## CARACTERIZAÇÃO DO ARTIGO SELECIONADO

### Resumo

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

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

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

29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## Definição de Conceitos



29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## Conflito

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



29/03/2024

## Conflito em Saúde

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



29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## Conflito em Enfermagem



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

29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## Natureza de conflitos

Falta de recursos humanos – conflito major nos contextos clínicos

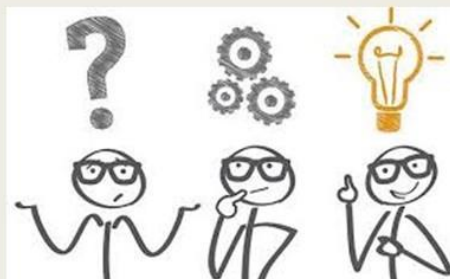


29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

### Importância de Gestão de Conflitos

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



29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

### Papel do Enfermeiro Gestor na Gestão de Conflitos



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

29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## Estratégias de solução para gestão de conflitos



29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## Considerações Finais



29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

## Referências bibliográficas

---

- CORRADI, Ezia; ZGODA, Lilian; PAUL, Marilene – O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. Curitiba. 13:2 (2008) 184-193
- LIMA, S.B.S. et al. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. Revista de enfermagem da UFSM, v. 4, n. 2, p. 419- 428, 2014.
- PROCHNOW, A.G. et al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. Revista da escola de enfermagem da USP, v. 41, n. 4, p. 542-550, 2017.
- PROCHNOW, Adelina [et al.] – O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo. ISSN 0080-6234. 41:4 (2007) 542-550.
- Teixeira NL, Silva MM, Draganov PB..(2018) Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. Rev. Admi. Saúde;18(73). Disponível em; [www.dx.doi.org/10.23973/ras.73138](http://www.dx.doi.org/10.23973/ras.73138) Consultado a: 2 de novembro 2022.
- Osugui DM, Henriques SH, Dázio EMR, Resck ZMR, Leal LA, Sanches RS, Negociação de conflitos como competência do enfermeiro. Rev bahiana enferm. 2020;34: e-36035 Consultado a: 2 de novembro 2022.
- [WWW.BVS.pt](http://WWW.BVS.pt)
- [WWW.scholar.google.pt](http://WWW.scholar.google.pt)

29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

# Obrigado!

29/03/2024

POLITÉCNICO DE LEIRIA

Algumas Fotos da Sessão:



### **APÊNDICE III – Campanha da fórmula 5-2-1-0**

## Saúde e Escola – Ano letivo 2023/2024



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

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

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

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

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

Disponibilizamos alguns links úteis:

- <https://5210.psu.edu/>
- [https://www.youtube.com/watch?v=LTilQW\\_8E7w](https://www.youtube.com/watch?v=LTilQW_8E7w)

**APÊNDICE IV - Sessão sobre “Pediculose: Falar do que vem à cabeça...”**

## Plano de sessão



### **Plano de Sessão de Educação para Saúde**

**Tema:**

A saúde das nossas crianças dá pano para mangas!

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

**Data e local:**

01/02/2024 – Sessão Online

**Duração:**

30 minutos

**Entidade responsável:**

UCC de Abrantes

**Colaboração:**

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

**Destinatários:**

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

**Objetivos Geral:**

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

**Objetivos Específicos:**

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

## Fundamentação:

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

A pediculose é uma doença provocada pelo piolho, decretada como uma doença de saúde pública. As infestações relacionam-se sobretudo com o aumento da população humana, novos hábitos sociais, nas escolas salas de aulas pequenas e cheias, banalização da inspeção, uso de transportes públicos, resistência a inseticidas. (Carvalho et al, 2020)

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

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

## Referências bibliográficas:

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

Mumcuoglu, K. Y., Barker, S. C., Burgess, I. E., Combescot-Lang, C., Dalgleish, R. C. , Larsen, K. S. , Miller, J. , Roberts, R. J. ,Taylan-Ozkan, A. (2007). *International guidelines for effective control of head louse infestations. Physicians Continuing Education Corporation. Journal of Drugs in Dermatology, 6(4), 14-409.*  
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=ef5e1ace-cc6d-45d8-975a-6287088301c0%40redis&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=17668538&db=mdc>

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

## Conteúdos programáticos:

1. Enquadramento teórico sobre pediculose
2. Ciclo de vida do piolho
3. Sintomas de pediculose
4. Formas de transmissão

5. Vigilância como forma de prevenção

6. Tratamento

**Metodologia:**

Expositiva/Participativa

**Material:**

Computador

WiFi (internet)

**Avaliação:**

- Quiz Mito vs Verdade

Cartaz:

**A saúde das nossas crianças dá pano para mangas!**  
**Pediculose: Falar do que “vem à cabeça ...”**  
Paula Gil, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica  
Liliana, Enfermeira (Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública)  
Rui, Enfermeiro (Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública)

**DICAS**

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

Sessão Online | 1 de Fevereiro de 2024 | 18h00  
Link de inscrição (Grátis mas obrigatória):  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdnxX02VouAE10uu7URrJonlARA4vNvc5e6vrqZNc0nh5f19w/viewform?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdnxX02VouAE10uu7URrJonlARA4vNvc5e6vrqZNc0nh5f19w/viewform?usp=pp_url)

REPUBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO TEJO | Universidade de Leiria

Apresentação em PowerPoint:



## *A SAÚDE DAS NOSSAS CRIANÇAS DÁ PANO PARA MANGAS!*

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

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

REPUBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS INSTITUCIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO TEJO | Unidade de Saúde da Comunidade de Abrantes

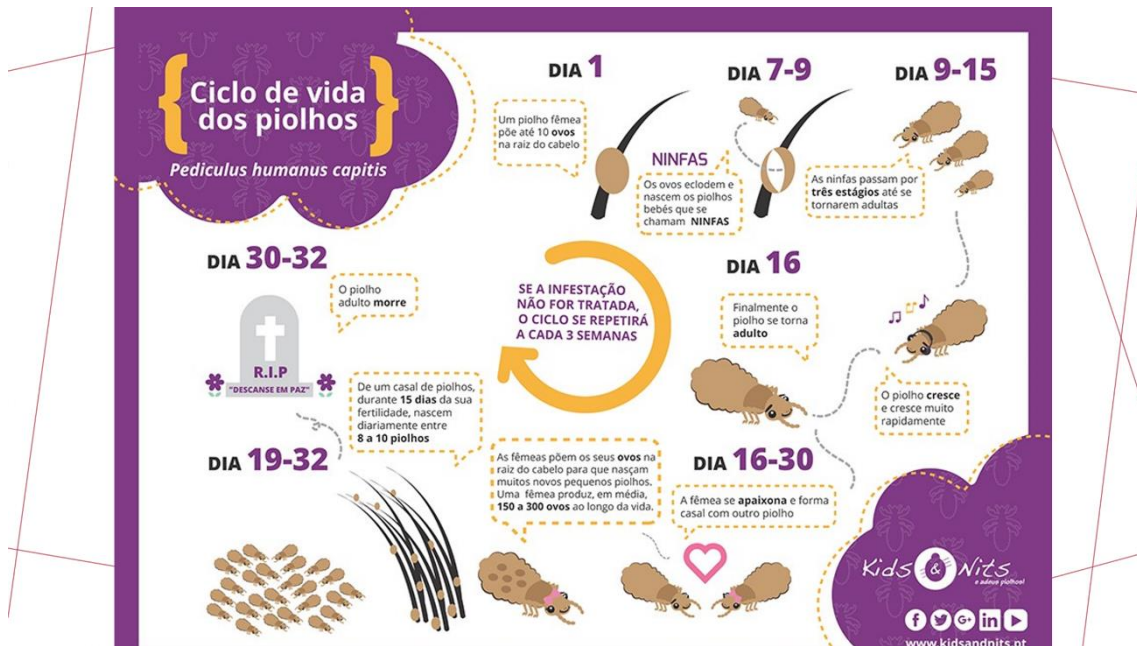
### *SABIAM QUE...*

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

## *SABIAM QUE...*

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





## SINTOMAS

Comichão intensa no couro cabeludo

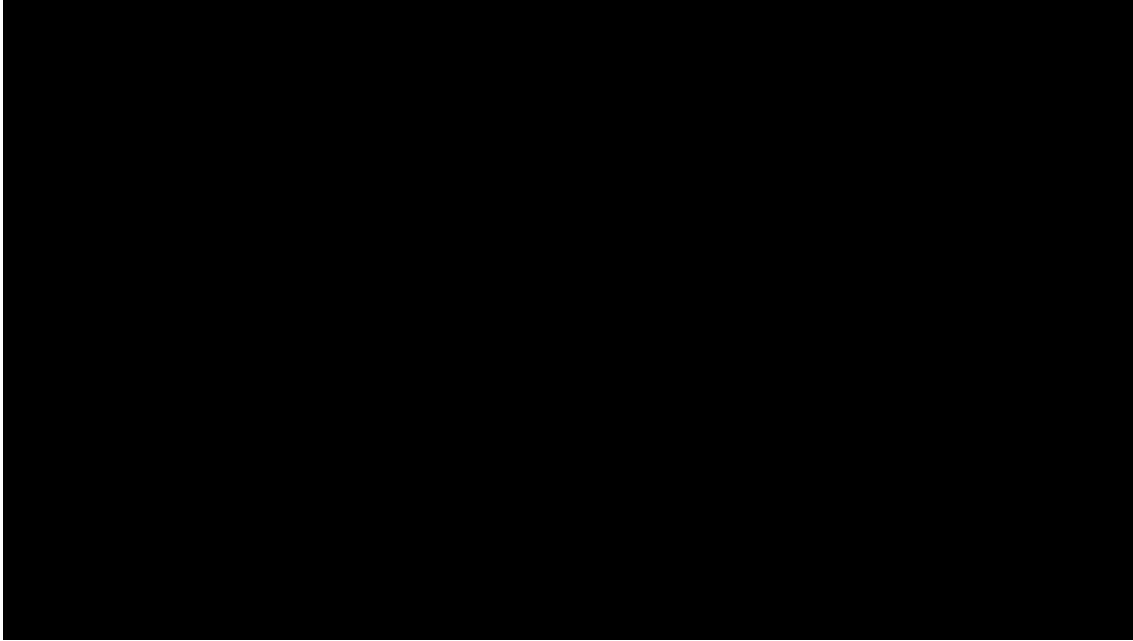
Irritação e inflamação no couro cabeludo, pescoço e ombros

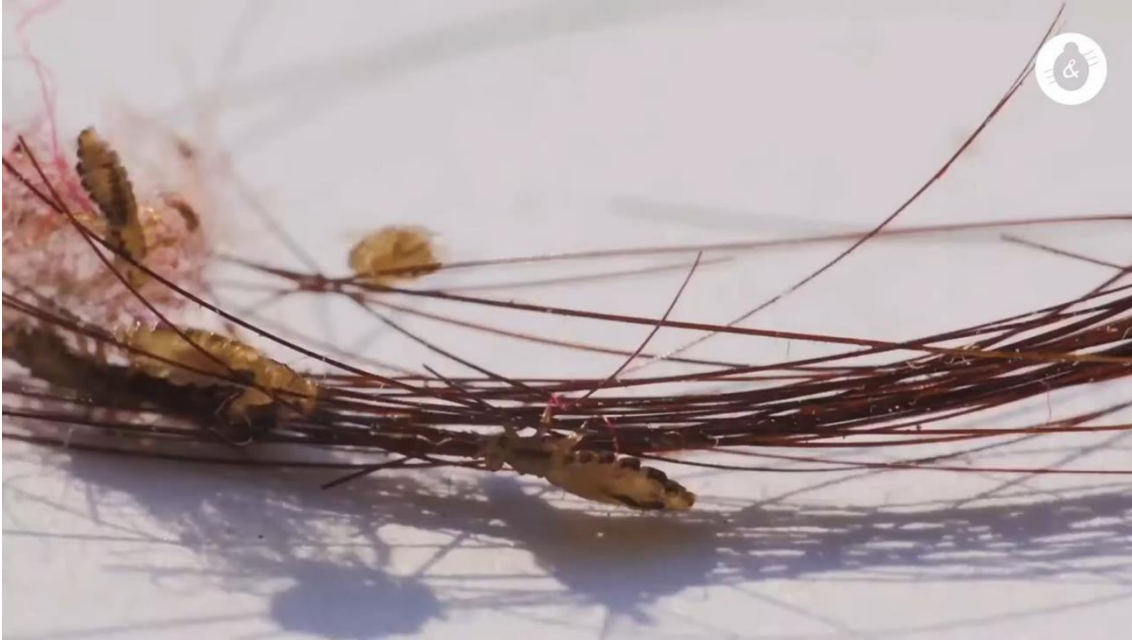
Pequenas machas douradas (ovos ou lêndeas) perto da raiz de cada cabelo

Sensação de "algo se move no cabelo"

Lesões no couro cabeludo causadas por arranhões, que podem infetar

Irritabilidade e dificuldade em dormir





## *VIGILÂNCIA*

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



## *O MEU FILHO TÊM PIOLHOS! O QUE FAZER?*

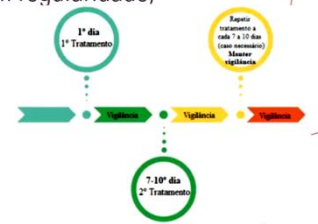
1. Iniciar tratamento com antiparasitários;
  2. Seguir as instruções de aplicação dos produtos;
  3. Depois do tratamento, pentear o cabelo ainda húmido com pente apropriado (para facilitar a “escovagem” aplicar previamente amaciador ou óleo mineral/essencial);
  4. Realizar uma lavagem cuidadosa e com água quente;
  5. Repetir o tratamento pelo menos 1 vez após 7 a 10 dias;
- (O 1º tratamento mata os piolhos adultos/jovens, o 2º tratamento mata os piolhos que acabaram de nascer das lêndeas)



# O MEU FILHO TÊM PIOLHOS! O QUE FAZER?

## Simultaneamente ao tratamento:

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



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



Fotos:



## **APÊNDICE V - Consentimentos informados**

## Consentimento informado dos Cuidadores Informais:

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO**

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

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

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

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

Apontamos como potenciais incómodos que possam advir deste processo de investigação são o tempo despendido pelos participantes. Estimamos que na primeira fase do projeto a entrevista decorrerá aproximadamente em 1 hora e na segunda fase,

a aplicação do programa de intervenção e avaliação do mesmo terá uma duração de 3 horas, aproximadamente.

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

Os responsáveis pelo estudo:

\_\_\_\_\_ \_/ \_/ \_  
\_\_\_\_\_ \_/ \_/ \_

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

**Assinatura do Cuidador Informal**

\_\_\_\_\_ \_/ \_/ \_

## **APÊNDICE VI - Guião de entrevista aos Cuidadores Informais**

## Legitimidade

Bom dia/Boa tarde!

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

## Caracterização Sociodemográfica do cuidador informal

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

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

2. Sexo: (variável)

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

3. Estado Civil:

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

4. Habilitações literárias:

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

Se respondeu outra situação, indique qual \_\_\_\_\_

5. Situação profissional:

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

Se respondeu outra situação, indique qual \_\_\_\_\_

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

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

Se respondeu outra situação, indique qual \_\_\_\_\_

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

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

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

Sim	
Não	
Ocasionalmente	

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

Sim	
Não	

Se respondeu sim, indique quem \_\_\_\_\_

11. Tem apoio da alguma rede de cuidados?

Sim	
Não	

Se respondeu sim, indique qual \_\_\_\_\_

12. Beneficia do estatuto do cuidador informal?

Sim	
Não	

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

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

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

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

Qual é o seu objetivo de vida?

\_\_\_\_\_

E o que tem feito para o alcançar?

\_\_\_\_\_

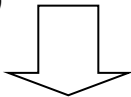
Agradecemos a sua atenção e disponibilidade por participar no estudo.

## **APÊNDICE VII - Resumo dos artigos da revisão integrativa da literatura**

PRISMA *diagram flow*

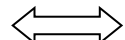
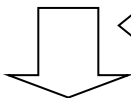
Artigos Identificados nas bases de dados eletrónicas

(N=112)



Artigos incluídos após remoção dos duplicados

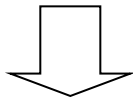
(n=105)



Artigos excluídos (n=7)

Artigos analisados pelo título

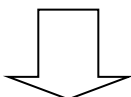
(n=105)



Artigos excluídos (n=78)

Artigos analisados pelo resumo

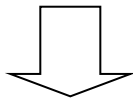
(n=27)



Artigos excluídos (n=7)

Artigos analisados pelo texto integral

(n=20)



Artigos excluídos (n=6)

Estudos Incluídos na Revisão

(n=14)



Referência	Autor (Ano)	Título	Objetivos	População/Amostra	Metodologia	Resultados
Dixe, M. A. C. R., Teixeira, L. F. C., Areosa, C. T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A. & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. <i>BMC Geriatrics</i> . 19, 255. <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0">https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0</a>	Dixe, M. A. C. R.; Teixeira, L. F. C.; Areosa, C. T. J. T. C. C.; Frontini, R. C.; Peralta, T. J. A.; Querido, A. I. F. (2019)	Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study	Compreender melhor as necessidades do cuidador informal quando presta cuidados a uma pessoa dependente nos vários autocuidados.	A população alvo deste estudo foi constituída por familiares cuidadores de pessoas dependentes em pelo menos uma das categorias de autocuidado e que tiveram alta hospitalar para o seu domicílio, independentemente da idade, do diagnóstico e dependência. Dos 900 pacientes que tiveram alta hospitalar, 324 preencheram os critérios de elegibilidade, desses 143 cuidadores informais aceitaram participaram, representando 44,1% dos cuidadores de pessoas dependentes que tiveram alta para casa.	<p>É um estudo transversal realizado através de entrevistas estruturadas quantitativas presenciais, baseadas em questionários padronizados.</p> <p>As entrevistas eram compostas por 2 partes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dados sociodemográficos e familiares, a experiência do prestador de cuidados;</li> <li>Competências do prestador de cuidados especificamente relacionadas com os cuidados, informação profissional recebida que lhe forneceu informações.</li> </ol> <p>As entrevistas com os cuidadores foram realizadas no hospital no momento da alta, por enfermeiros e estudantes de enfermagem que não trabalhavam na unidade.</p>	Os 143 cuidadores informais apresentam uma média de idades de 58 anos, pelo que o mais novo tinha 21 anos- Eram na maioria mulheres e filhos da pessoa cuidada. A globalidade das pessoas cuidadas era completamente dependente nas áreas de conforto e higiene (53,8%) e gestão de medicamentos (55,9%). Os cuidadores do sexo feminino revelaram mais competências do que os homens na higiene, sem diferenças significativas na perceção de competências nas outras áreas do autocuidado. As cuidadoras mais velhas apresentam menos competências em determinadas áreas do autocuidado, tais como alimentação, mobilidade, transferências, medicação e gestão e comunicação de sintomas. A maioria das informações que recebiam era sobre a doença (82,3%) e a gestão da medicação (80,4%). Há ainda muitas áreas do autocuidado em que não é dada qualquer informação aos cuidadores informais. É importante reconhecer as necessidades e competências do cuidador informal antes da alta hospitalar da pessoa dependente, capacitá-lo para cuidar dos seus familiares, ajudar a diminuir a sua sobrecarga e consequentemente diminuir o número de readmissões hospitalares.

<p>Papadakis, J., Ugas, M., Quartey, N. K., Papadakis, C., Giuliani, M. E. (2023). Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study. <i>Curr. Oncol.</i>, 30, 3845–3858. <a href="https://doi.org/10.3390/curro ncol30040291">https://doi.org/10.3390/curro ncol30040291</a></p>	<p>Papadakis J.; Ugas M.; Quartey N.K.; Papadakis C.; Giuliani M.E. (2023)</p>	<p>Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study</p>	<p>Analisar as necessidades dos prestadores de cuidados informais (CG) através de entrevistas com doentes com cancro e CG, e avaliar o conteúdo e a utilidade de um curso abrangente de formação de prestadores de cuidados.</p>	<p>Doentes com cancro e GC de um grande centro académico de cancro em Toronto, no Canadá.</p> <p>Os critérios de inclusão:</p> <p>Idade superior a 18 anos; Sabe ler, escrever e falar inglês; os doentes tinham diagnóstico de cancro e submetidos pelo menos a um ciclo de tratamentos direcionados (quimioterapia/radioterapia/cirurgia); os prestadores de cuidados foram definidos como alguém que cuida de uma pessoa diagnosticada com cancro sem restrições de tempo.</p> <p>Inicialmente foram recrutados 21 participantes no total, mas apenas 13 participantes completaram as entrevistas (7 CGs e 6 doentes).</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <p>Doentes que receberam como tratamento cirurgia curativa e respetivo CG.</p>	<p>Este estudo utilizou um desenho qualitativo e fenomenológico. Realizou-se uma única entrevista semiestruturada de 60 minutos de forma a obter ideias e percepções dos participantes sobre as necessidades educativas do CG em matéria de cancro, e para partilhar as suas opiniões sobre um currículo proposto para um curso de formação aos CG, através de uma atividade. Os guiões das entrevistas semiestruturadas continham 26 perguntas, no início foram realizadas perguntas de aquecimento sobre as suas experiências com cancro e com a prestação de cuidados, após o aquecimento, seguiram-se perguntas relacionadas com a literacia em saúde sobre o cancro no momento do diagnóstico para avaliar os conhecimentos dos participantes sobre o cancro. Após esta parte da entrevista foi pedido aos participantes que falassem sobre a forma como adquiriram os conhecimentos e competências relacionados com a prestação de cuidados, nesta fase o entrevistador aproveitou para questionar qual era a informação mais relevante para si e para os futuros prestadores de cuidados. As perguntas seguintes incidiram sobre o impacto emocional e físico da prestação de cuidados e quais as estratégias que recomendariam aos futuros prestadores de cuidados para ajudar a lidar com a situação. Por fim perguntaram aos participantes a sua opinião sobre um programa de estudos para um curso de prestadores de cuidados destinado aos prestadores de cuidados a ajudá-los a prepararem-se para essa função.</p>	<p>Na análise temática foram identificados três temas abrangentes: 1. A falta de preparação para o papel de prestador de cuidados oncológicos, são diversas as tarefas que os prestadores de cuidados desempenham, desde apoio na medicação, realização de curativos, banhos e etc, reconheceram que a extensão destas tarefas variava e dependia com o grau de autonomia do doente, e que algumas destas tarefas eram novas para eles, pelo que não se sentiam preparados para assumir esse compromisso, à medida que o tempo passa as competências práticas são aperfeiçoadas, como por exemplo a assistência na gestão de sintomas. Embora os participantes argumentaram que não há substituto para a experiência, consideram que a experiência ajudou a clarificar a informação, lamentando não ter sabido as coisas mais cedo; 2. As diferentes abordagens à informação e à investigação entre os CG, a maioria sabia muito pouco sobre cancro antes do diagnóstico, os que sabiam, era através de familiar próximo que tinha cancro, proximidade com um doente com cancro ou já tinha sido cuidador anteriormente. As opiniões sobre a informação relativamente ao cancro foram consideradas como uma ferramenta ou como um impedimento, alguns preferiam adquirir o máximo de informação possível e outros a confiarem estritamente na informação necessária para a tomada de decisões. Os participantes também apontaram a procura de informação por parte dos GC como mais uma forma de aliviar o fardo que os doentes enfrentam; 3. O desejo de maior apoio social entre os CG, especialmente a necessidade de falar com pessoas com experiências semelhantes. Quanto ao feedback do currículo, todos os participantes apoiaram a necessidade de um curso de formação abrangente para os CG, mas as suas opiniões divergiram quanto à sua viabilidade, as responsabilidades e as restrições de tempo do CG colocaram barreiras à instrução presencial, reconheceram o valor das modalidades virtuais para alargar o acesso ao curso, ao mesmo tempo que salientaram os benefícios sociais e de ligação em rede da aprendizagem presencial, apoiando fortemente esta modalidade, alguns participantes apelaram à presença obrigatória e a algum tipo de avaliação que os ajudasse a dar prioridade à sua aprendizagem.</p>
---	--	--	--	--	--	---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

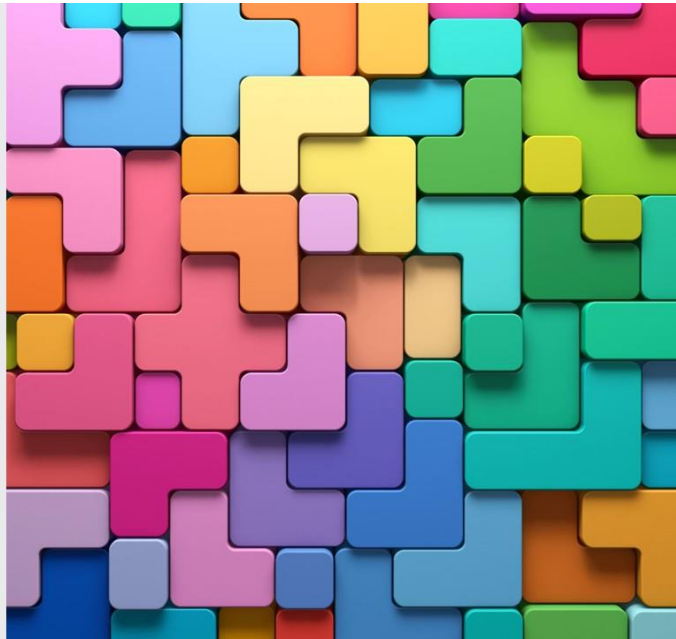
<p>Dixe, M. D .A. C. R. &amp; Querido, A. I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. <i>Revista de Enfermagem Referência</i>, 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013</p>	<p>Dixe, M., A., C., R. &amp; Querido, A., I., F. (2020)</p>	<p>Cuidador informal de pessoa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

**APÊNDICE VIII - Apresentação em PowerPoint do projeto à UCC de Abrantes e USP do Médio Tejo**

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

Discentes:  
Liliana Rei  
Rui Vila Verde

Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Comunitária e Saúde Pública - ESSLEI



## Objetivo

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

## Enquadramento

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

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

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

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

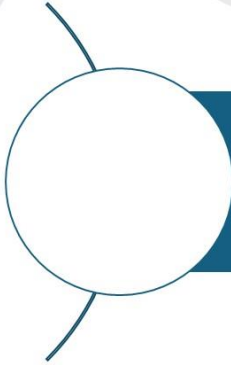
## Enquadramento

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

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

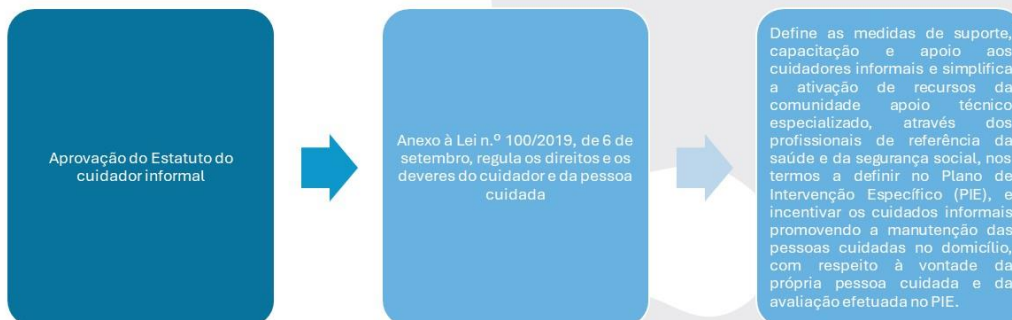
O Enfermeiro pela proximidade que tem do cuidador informal, deve promover a adaptação à nova realidade, incentivar para a literacia em saúde e uso adequado dos serviços (Sequeira, 2010; Peixoto & Machado, 2016; Schaller et al., 2015; Yu et al., 2019);

## Enquadramento

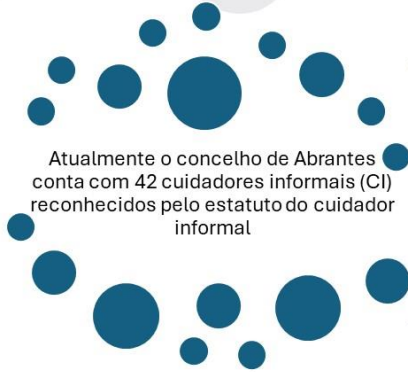


Paralelamente quem presta cuidados informais vive com frequência numa condição de exclusão do emprego, por ser incompatível com o trabalho não remunerado dos cuidados, “numa remissão à família acentuada sempre que, em contexto de crise, se assiste à retração do Estado social e dos serviços públicos”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

## Enquadramento



## Enquadramento



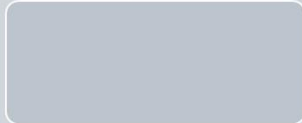
Atualmente o concelho de Abrantes conta com 42 cuidadores informais (CI) reconhecidos pelo estatuto do cuidador informal

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

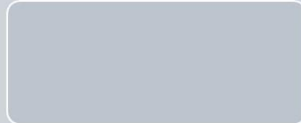
## Enquadramento



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



A Europa enfrenta mudanças demográficas que conduzem a um aumento da incidência de doenças relacionadas com a idade e a um envelhecimento da população, que leva ao aumento das necessidades em matéria de cuidados. (Relatório -A8-0352/2018)



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

## Objetivo Geral

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



## 2 Fases o estudo

### 1a fase

Visa o alcance dos seguintes objetivos específicos:

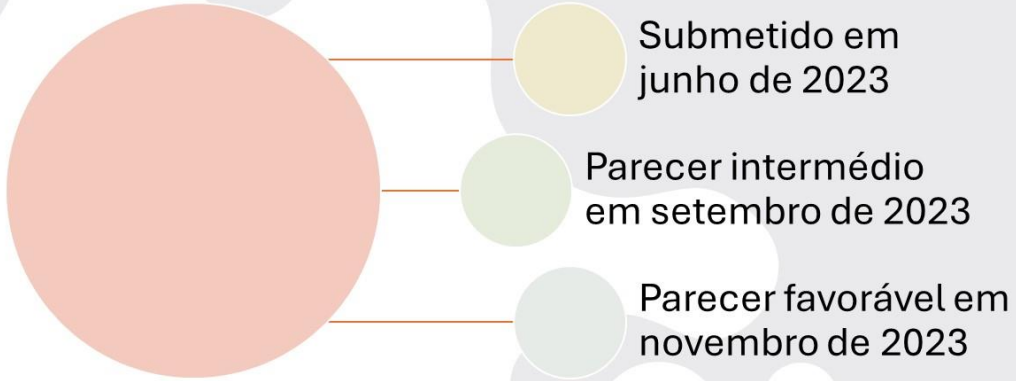
- Determinar os dados socio demográficos e profissionais dos cuidadores informais do ACES Médio Tejo no concelho de Abrantes
- Avaliar a perceção dos cuidadores informais quanto às suas necessidades de apoio no cuidar a Pessoa ao seu o cuidado
- Conhecer a opinião de informadores chave dos cuidadores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

### 2a fase

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

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

## Comissão de ética



## População-alvo Amostra

### População

42 CI do concelho de Abrantes

- Reconhecidos pelo Estatuto do Cuidador Informal

### Amostra

31 CI consentiram participar no estudo

## 1ª fase Entrevista estruturada

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



## Análise dos dados

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

## Análise dos dados

### C ar ac te riz aç ão do CI

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

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

90,3% co-habitam com a pessoa cuidada

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

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

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

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

## Análise dos dados

Resultado da análise dos dados colhidos:

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

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

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

## Diagnóstico de situação e definição de prioridades

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

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

Posto isto foi aplicado o método de priorização de Hanton às necessidades reconhecidas pelos CI nestas 4 áreas previamente identificadas.  
Resultado da priorização = [(A+B) x C] x D

Lista de Problemas na área Alimentação [Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em:]	Magnitude (A)	Severidade (B)	Eficácia da solução (C)	Pearl (D)	Total
3,3% Percorrer quando devo alimentar a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
3,3% Gerir o horário estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	5	1,5	1	9
6,6% Sentir o local estabelecido para as refeições da pessoa dependente	1	3	1,5	1	6
6,4% Utilizar estratégias que estimulem o apetite alimentar a pessoa dependente, quando necessário	1	5	1	1	6
6,6% Reconhecer situações que aumentem as necessidades básicas da pessoa dependente	1	8	1,5	1	13,5
9,9% Destar sinais de desidratação (pele seca, prega cutânea, mucosas desidratadas e outras)	1	9	1,5	1	15
3,3% Percorrer se a pessoa dependente ingerir sólidos de forma segura	1	10	1	1	11
3,2% Percorrer se a pessoa dependente ingerir líquidos de forma segura	1	10	1	1	11
6,4% Adaptar a consistência dos alimentos	1	10	1	1	11
6,4% Dar de comer a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
6,4% Dar de beber a pessoa dependente	1	10	1,5	1	16,5
6,4% Posicionar a pessoa dependente para as refeições	1	10	1	1	11
22,8% Utilizar estratégias como a pessoa dependente se engasgar	3	10	1,5	1	19,5
9,9% Remover, lavar e aplicar prótese	1	3	1,5	1	6

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

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

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

## Definição de prioridades

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

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

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

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

## Fixação de objetivos

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

Diagnóstico	Objetivo Específico	Indicador	Meta
<b>Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22,6% utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue</b>	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do concelho de Abrantes	Taxa de adesão dos CI Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade)) x100  Taxa de realização das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024
<b>Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 16,1% Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente</b>	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente tenha falta de ar para 40% dos CI do concelho de Abrantes	Taxa de adesão dos CI Taxa de adesão dos cuidadores informais à formação (nº de CI participantes/nº de CI previstos (metade)) x100  Taxa de realização das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas x100)	Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente tenha falta de ar para 40% dos CI do concelho de Abrantes até fevereiro de 2024

## Fixação de objetivos

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

## Seleção de estratégias



## Seleção de estratégias

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

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

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

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

## Seleção de estratégias

2 alternativas de atividades de capacitação do cuidador informal

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

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

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

## Seleção de estratégias

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

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

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

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

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

- Aplicação e avaliação do programa

## 2ª fase do estudo

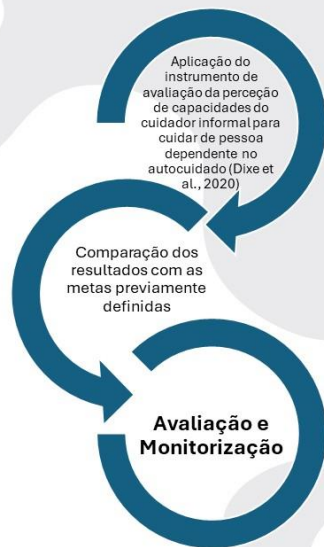
Plano de ação

Plano de ação

Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 22,6% utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue	Ampliar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do conceito de Abrantes	Realização de 2 sessões de formação aos cuidadores no âmbito da capacitação do autocuidado – Estratégias de desengasgamento (2 sessões)	Ensino de manobras de desengasgamento, Suporte Básico de Vida e Posição lateral de segurança, Visionamento de vídeos abusivos ao tema: Método expostivo (computador e projetor) e demonstrativo (com manequim)	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	Mestrandos Equipa multidisciplinar da UCC – Cuidadores informais	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas*100)	de Ampliar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25 % dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 16,1% Abuar perante a falta de ar da pessoa dependente	Ampliar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 40% dos CI do conceito de Abrantes	Realização de 2 sessões de formação aos cuidadores no âmbito da capacitação do autocuidado – gestão de sintomas – Abuar perante a falta de ar	Ensinar técnicas sobre otimização da ventilação Método expostivo (computador e projetor) e demonstrativo	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	Mestrandos Equipa multidisciplinar da UCC – Cuidadores informais	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas*100)	de Ampliar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 40% dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias	Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para as posições necessárias	Realização de ações de formação de âmbito do autocuidado (2 sessões)	Desenvolvimento da temática transferências técnicas e posturas; Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural; Visualização de vídeos relacionados com a temática; Demonstração de cuidados no âmbito das transferências com participação dos formados; Uso de metodologia expostiva (computador e videoprojector)	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	Mestrandos Equipa multidisciplinar da UCC – Cuidadores informais	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas); 100	de Aumentar a capacidade sobre transferir a pessoa dependente de e para as posições necessárias para 50% dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida em 12,9% fazer no caso de complicação/efeito secundário da medicação	Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do conceito de Abrantes	Realização de ações de formação de âmbito do autocuidado tomar a medicação (2 sessões)	Desenvolvimento da temática tomar a medicação; Síntese de medicação, sinais e sintomas de alerta sobre efeitos secundários/complicação de atarajão em caso de complicação; Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural; Visualização de vídeos relacionados com a temática; Uso de metodologia expostiva (computador e videoprojector)	UCC de Abrantes/ fevereiro de 2024	Mestrandos Equipa multidisciplinar da UCC – Cuidadores informais	Indicador de atividade: % Taxa de realizações das sessões (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas*100)	de Aumentar a capacidade sobre decidir o que fazer no caso de complicação/efeito secundário da medicação para 25% dos CI do conceito de Abrantes até fevereiro de 2024
Diagnóstico	Objetivo específico	Atividades	Estratégias metodológicas	Local/Data	Intervenientes	Resultado	

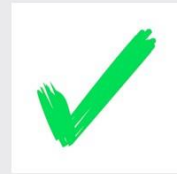
# Cronograma de atividades

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



## Painel Delphi - Resultado

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



**Obrigado!**

## Referências Bibliográficas

- Cuidadores informais (2023). *Cuidadores informais*. Consultado a 20 abril 2023. Disponível em [www.cuidadoresportugal.pt](http://www.cuidadoresportugal.pt)
- Direção-Geral da Saúde (2006). PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em: [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Dixe, M., Teixeira, L., Areosa, T., Frontini, R., Peralta, T., & Querido, A. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 19(1), 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Lei 100/2019. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. Assembleia da República. Diário da República, 1.ª Série I | Nº 171/2019 de 06/09/2019, 3-16, 2019.
- Mafalda Araújo José Soeiro, "Trabalho, reconhecimento e justiça social: o caso dos cuidados in-formais em Portugal", *a-cadernos CÉS* [Online], 35|2021, posto online no dia 10 dezembro 2021, consultado 023 junho 2023. URL: <http://journals.openedition.org/eces/6164>; DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.6164>
- Mourato, P. (2022) Envelhecimento ativo. Consultado a 20 abril 2023. Disponível em <https://mediotejo.net/abrantes-camara-aprova-propostas-da-oposicao-sobre-envelhecimento-ativo-a-audio/>

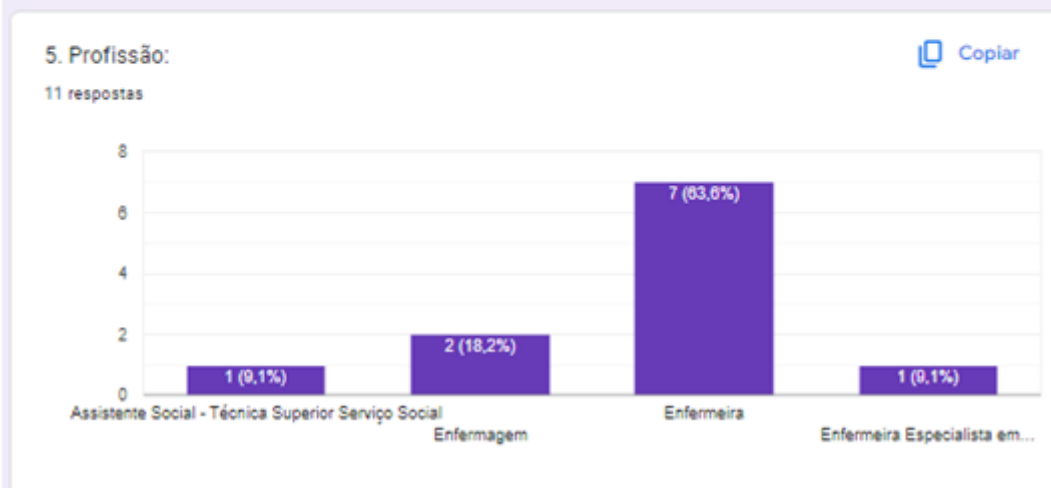
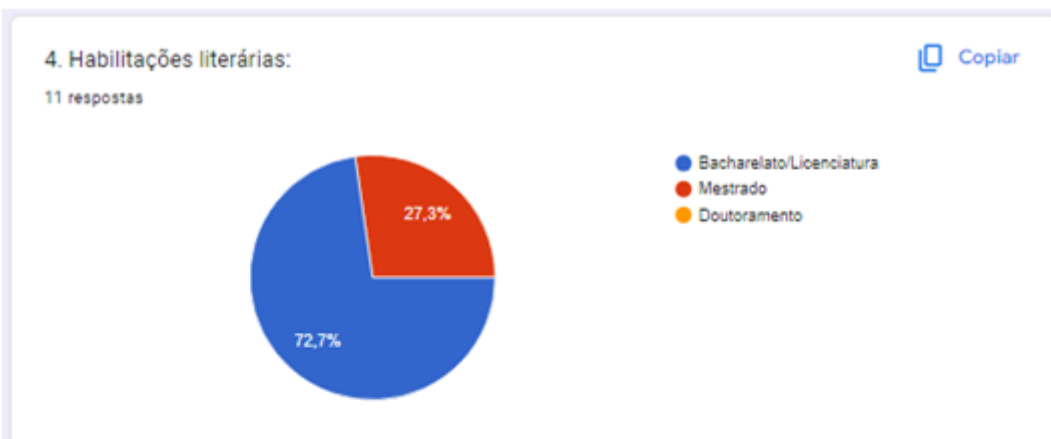
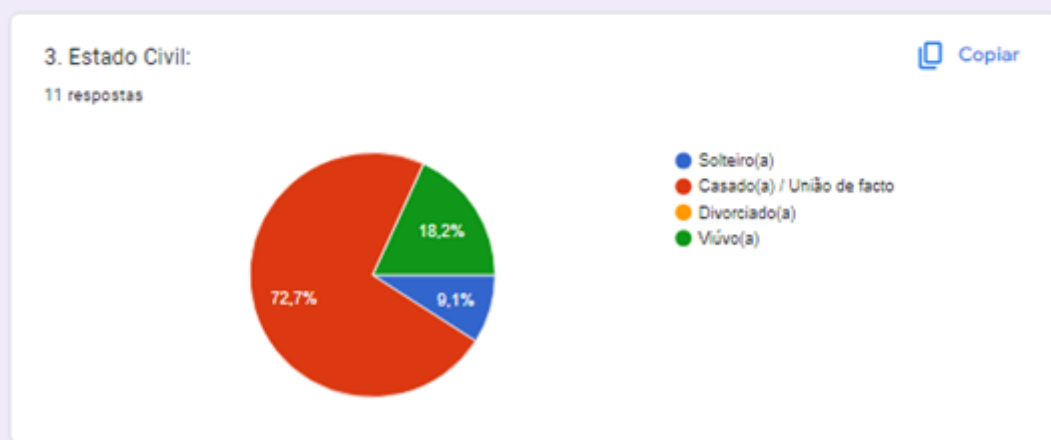
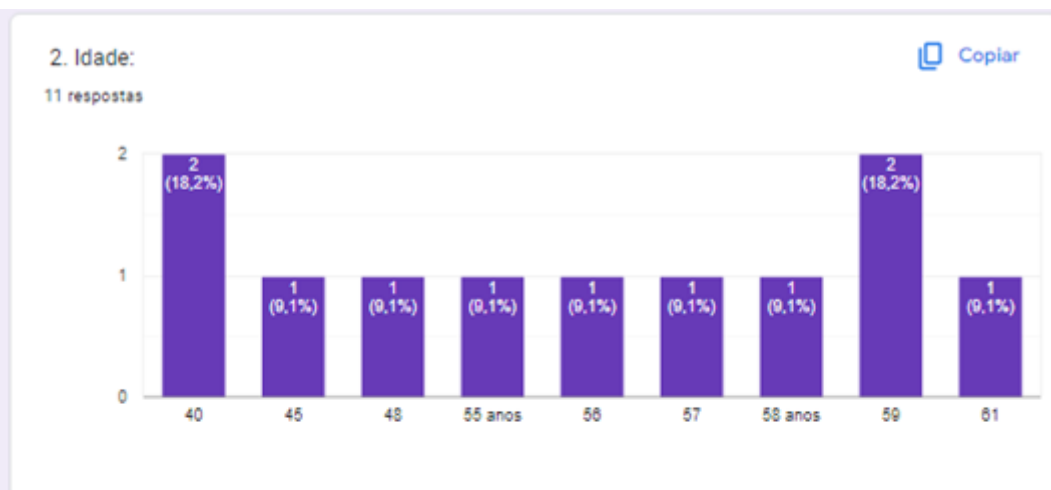
## Referências Bibliográficas

- OMS (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde (WHO/FWC/ALC/15.01). Consultado em 19 abril 2023. Disponível em WHO\_FWC\_ALC\_15.01\_por.pdf; jaessionid=74AD24F336A783E8F815D26A504C5CD1
- Peixoto, M.J. & Machado, P.P. A sobrecarga e o stress do cuidador. In: A pessoa dependente e o familiar cuidador, Martins T, Araújo MF, Peixoto MJ & Machado PP (Org.). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 95- 111, 2016
- PORDATA (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Consultado a 20 abril 2023. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de>
- Schaller, S., Schmidt, V.M., Gobin, J., Riech, M. C., Griebel, L., Engel, S., Stein, V., Greesel, E. & Rabas, P.L. (2015). Tailored e-Health services for the dementia care setting: a pilot study of eHealthMonitor. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15, 38, 1-9.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9-16.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (2ª Edição)*. Lisboa, Portugal: Lidel
- Sousa (2021) A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa –função do enfermeiro Crónica. Ordem dos enfermeiros, ago.2021.102. Consultado em 19 abril 2023. Disponível em [ago-2021.pdf](http://ordemenfermeiros.pt) (ordemenfermeiros.pt)
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J.A., Almeida, M.J., Matias, M.L., Ferreira, M.S., Narição, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional, 2017.
- Yu, D.S., U. P.W., Zhang, F., Cheng, S., Ng, T., & Judge, K.S. The effects of a dyadic strength-based empowerment program on the health outcomes of people with mild cognitive impairment and their family caregivers: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 14: 1705-1717, 2019.

## **APÊNDICE IX - Painel de Delphi**

Consentimento e respostas às questões sociodemográficas dos peritos:

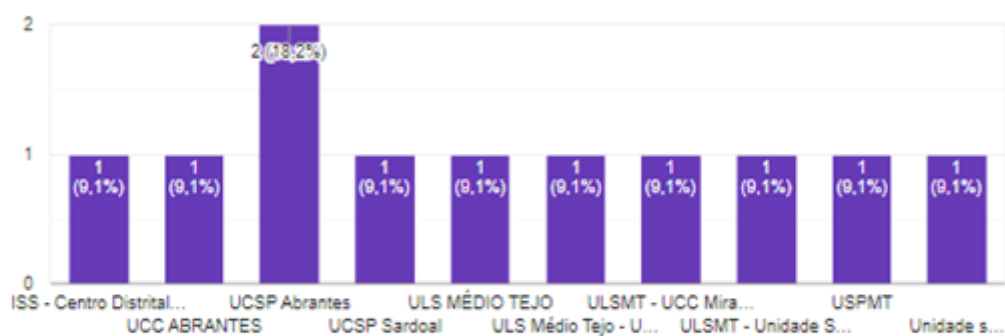




### 6. Local de trabalho:

 Copiar

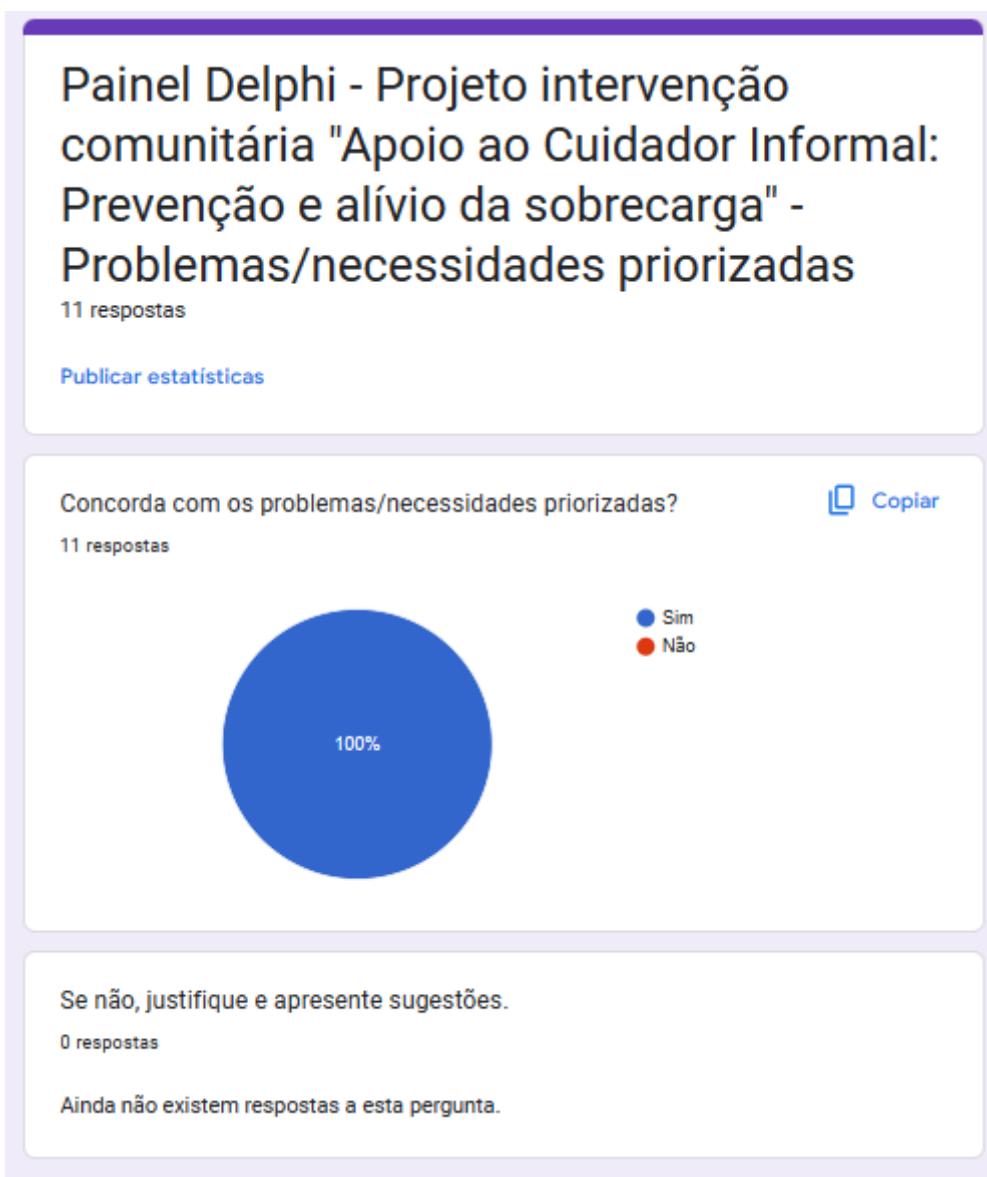
11 respostas



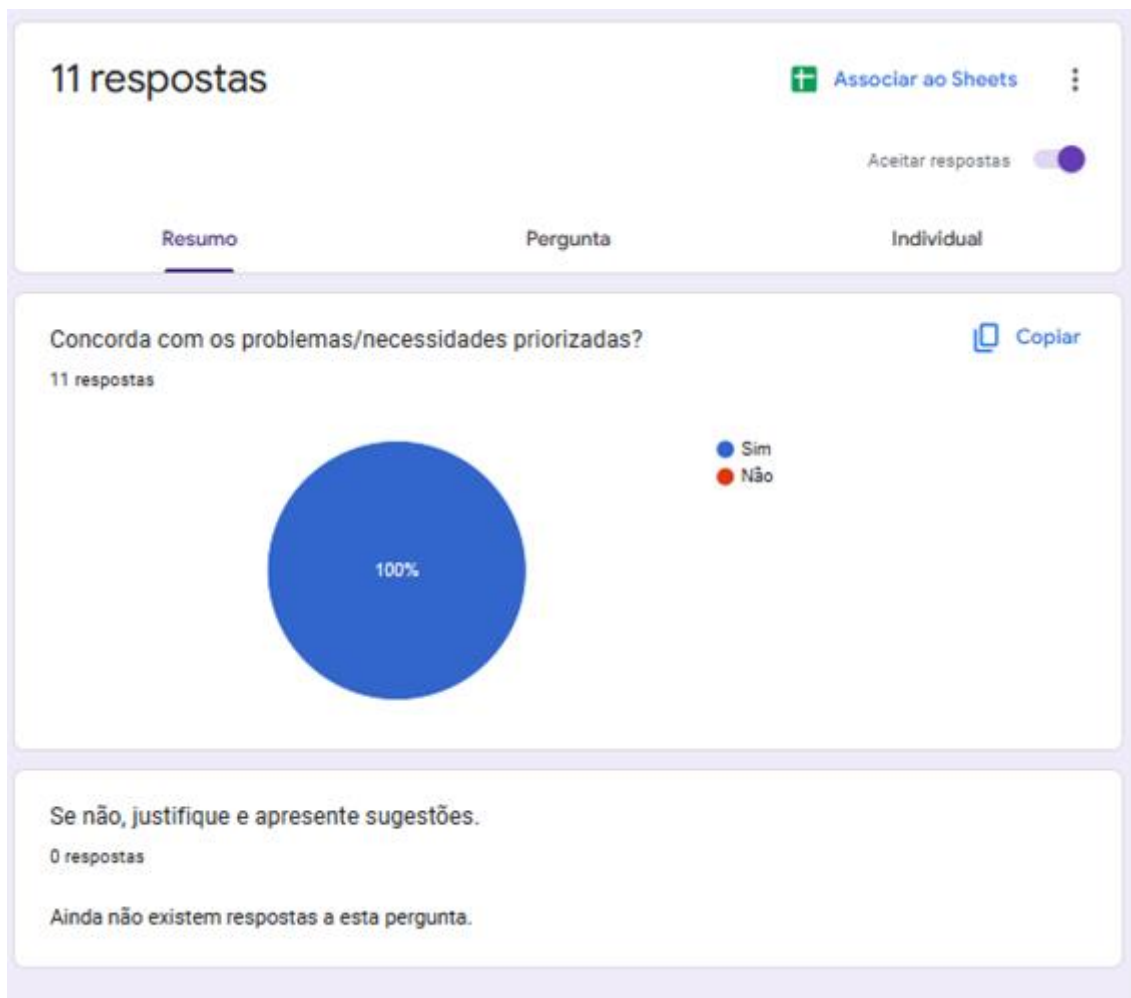
### 7. Insira a forma (preferencial) de contacto:

11 respostas

Respostas dos peritos do painel à 1ª ronda:



Respostas dos peritos do painel à 2ª ronda:



## **APÊNDICE X - Cronograma de atividades**

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

**APÊNDICE XI - Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio no autocuidado Alimentação)**

Plano de sessão:

**Tema:** Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e alívio da sobrecarga (PAPAS) – Apoio no Autocuidado Alimentar

**Data e local:**

Fevereiro de 2024 – Ginásio da UCC de Abrantes

**Duração:**

30 – 45 minutos

**Entidade responsável:**

UCC de Abrantes

Colaboração:

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

**Destinatários:**

- Cuidadores Informais do concelho de Abrantes

**Objetivos Geral:**

Promover o apoio os cuidadores informais do concelho de Abrantes, capacitando-os para utilizar estratégias caso a pessoa dependente se engasgue.

**Objetivos Específicos:**

Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente se engasgue para 25% dos CI do concelho de Abrantes

**Conteúdos programáticos:**

- Dicas para prevenir o engasgamento;
- Explicar o que são vias aéreas e o que é um engasgamento:
- Manobra de Heimlich:
- Pancada interescapulares:
- Suporte Básico de Vida (SBV)

**Metodologia:**

Expositiva/Demonstrativa/Participativa

**Material:**

- Computador + Videoprojector
- Marquesa

- Cadeira
- Manequim SBV

**Avaliação:**

Aplicação novamente das escalas, de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et al. (2020) (no autocuidado Alimentar), escala de avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit e as questões de resposta aberta sobre o sentido de vida, após 15 dias da sessão.

**APÊNDICE XII - Sessão de formação no âmbito da capacitação dos cuidadores informais (PAPAS – Apoio no autocuidado gestão de sintomas)**

Plano de sessão:

**Tema:** Apoio ao Cuidador Informal: Prevenção e alívio da sobrecarga (PAPAS) – Apoio no Autocuidado gestão de sintomas - Atuar perante a falta de ar da pessoa dependente

**Data e local:**

Fevereiro de 2024 – Ginásio da UCC de Abrantes

**Duração:**

30 – 45 minutos

**Entidade responsável:**

UCC de Abrantes

**Colaboração:**

Mestrandos de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

**Destinatários:**

- Cuidadores Informais do concelho de Abrantes

**Objetivos Geral:**

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

**Objetivos Específicos:**

Aumentar a capacidade sobre estratégias caso a pessoa dependente tenha falta de ar para 40% dos CI do concelho de Abrantes.

**Conteúdos programáticos:**

- Posição lateral segurança;
- Como se manifesta a falta de ar;
- Técnicas de resolução da falta de ar;
- Posições facilitadoras da respiração.

**Metodologia:**

Expositiva /Participativa

**Material:**

- Computador + Videoprojector

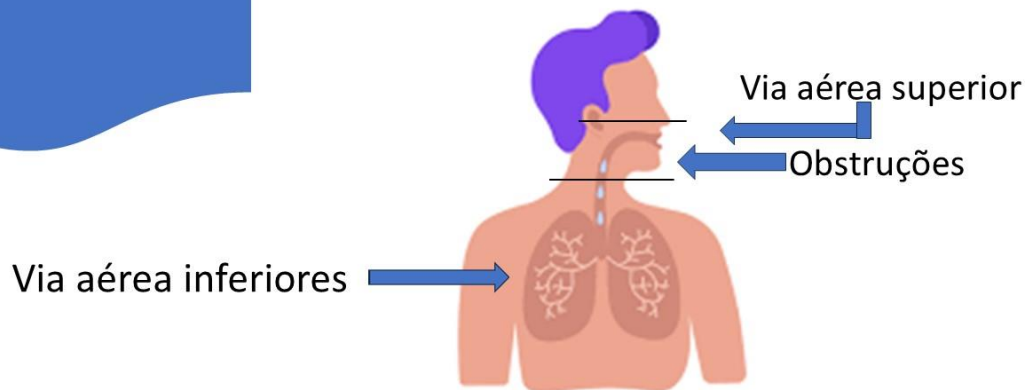
**Avaliação:**

Aplicação novamente das escalas, de avaliação das capacidades do cuidador informal de Dixe et al. (2020) (no autocuidado gestão de sintomas), escala de avaliação da sobrecarga do cuidador informal de Zarit e as questões de resposta aberta sobre o sentido de vida, após 15 dias da sessão.

Apresentação em PowerPoint



Vias Aéreas



## Engasgamento O que é ?

O **Engasgamento** é a obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores.

A pessoa engasgada inicia um quadro de tentativas de tossir, Levanta-se e fica agitada e com dificuldade em respirar o que pode levar a uma mudança de cor, ficando azul que é um indicador de falta de oxigénio no sangue. Vai levar as mãos à garganta com dificuldade em falar ate deixar mesmo de falar.

O engasgamento pode levar a uma asfixia em questão de minutos, por sua vez o engasgamento se não for resolvido pode levar à morte em poucos minutos.

### As causas comuns:

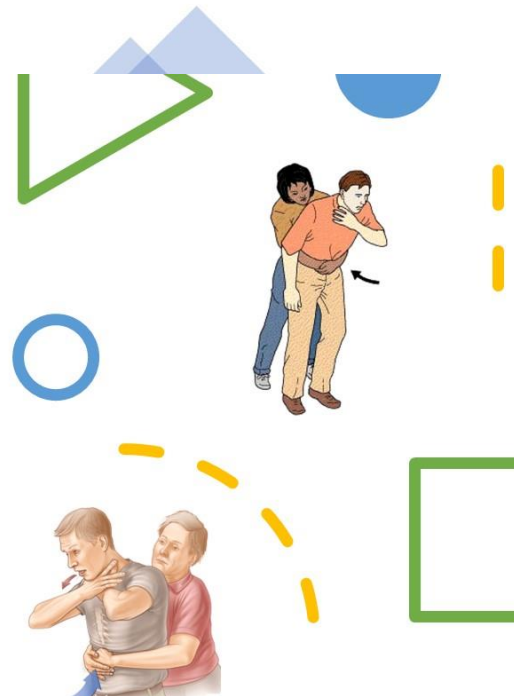
Os Doces , bombons e alimentos de média e elevadas dimensões, ao serem deglutidos de forma inadequada bloqueiam as vias aéreas superiores e independe a passagem do ar para os pulmões.

(INEM, 2023)

## Manobra de Heimlich

- A manobra de **Heimlich** é a manobra indicada inicialmente para estes casos, É conhecida como manobra de salvar vidas;
- Comece por abraçar a pessoa pela cintura, firmando os punhos entre as costelas e o abdómen . Puxe a pessoa para cima na sua direção rápida e vigorosamente quantas vezes for necessário.

(INEM, 2023)





Se não tiver força suficiente,  
pode ajudar também com  
batidas firmes nas costas;



Mas a melhor e a mais eficaz é a  
manobra Heimlich.

(INEM, 2023)

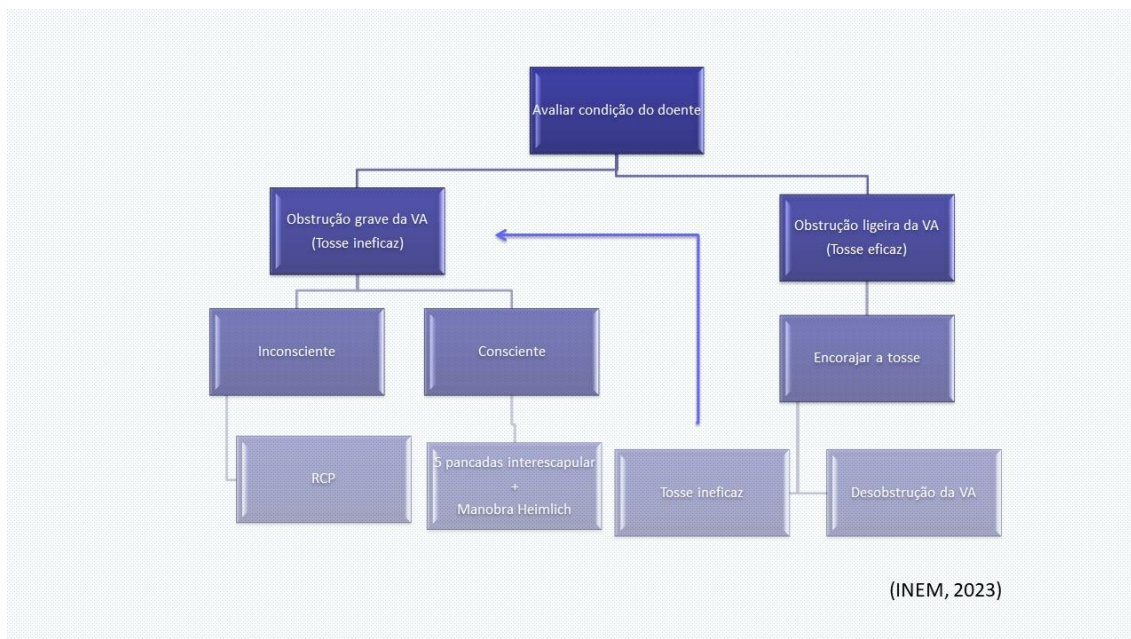
Se a pessoa não consegue ficar de pé, se está inconsciente ou se não tem força para a segurar inicie manobras com ela sentada



Manobras utente deitado

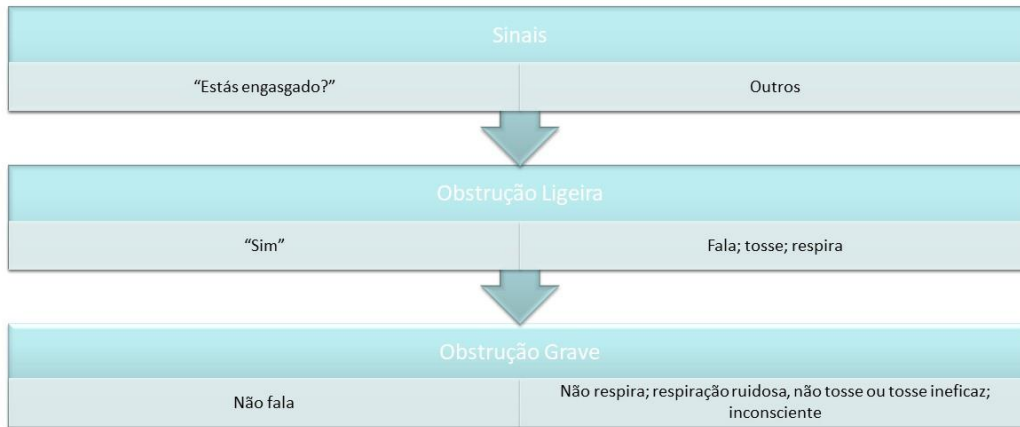


Se a pessoa está a ficar sem reação, se lhe parecer que desfaleceu, inicie manobras de SBV o quanto antes.



(INEM, 2023)

## Obstrução Ligeira Vs Grave



## Estado de Consciência



- Condições de Segurança
- Estado de Consciência**
- Pedido de Ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Verificar se respira
- Chamar 112
- 30 compressões tórax
- 2 insuflações

(ERC, 1989)

## Estado de Consciência



Estimular os ombros suavemente e questionar:

- “Está tudo bem?”

Se responder:

- Deixar a pessoa como estava;
- Observar a pessoa;
- Reavaliar periodicamente.

(ERC,1989)

## Pedido de Ajuda



Condições de Segurança

Estado de Consciência

**Pedido de Ajuda**

Permeabilizar a via aérea

Verificar se respira

Chamar 112

30 compressões tórax

2 insuflações

(ERC,1989)

## Permeabilizar Via Aérea



Condições de Segurança

Estado de Consciência

Pedido de Ajuda

**Permeabilizar a via aérea**

Verificar se respira

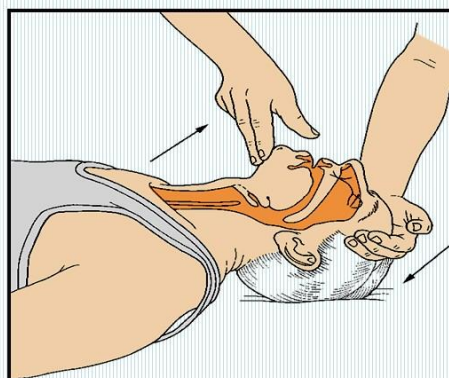
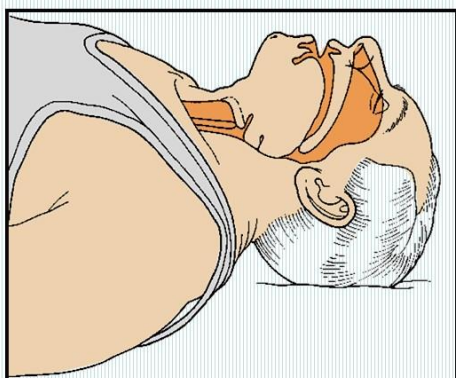
Chamar 112

30 compressões tórax

2 insuflações

(ERC, 1989)

## Permeabilização da via aérea



## Verificar se Respira



Condições de Segurança

Estado de Consciência

Pedido de Ajuda

Permeabilizar a via aérea

Verificar se respira

Chamar 112

30 compressões tórax

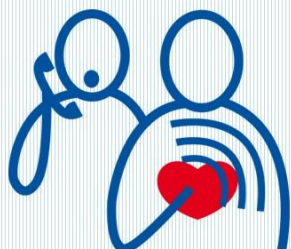
2 insuflações

(ERC,1989)

## Verificar se Respira



- Ver
  - Ouvir
  - Sentir
- } Normal respiração
- 10 segundos
  - **Não confundir a** respiração normal com a respiração agonizante.



Condições de Segurança
Estado de Consciência
Pedido de Ajuda
Permeabilizar a via aérea
Verificar se respira
<b>Chamar 112</b>
30 compressões tórax
2 insuflações

(ERC,1989)

## CHAMAR 112

- Faculte toda a informação que lhe for solicitada, para permitir um rápido e eficaz socorro às vítimas. Informe, de forma simples e clara:
  - O tipo de situação (doença, acidente, PCR, etc.);
  - O número de telefone do qual está a ligar;
  - A localização exata e, sempre que possível, com indicação dos pontos de referência;
  - O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
  - As queixas principais e as alterações que observa.

(ERC,1989)



Desligue o telefone apenas quando o operador indicar.

### 30 Compressões Tórax



Condições de Segurança

Estado de Consciência

Pedido de Ajuda

Permeabilizar a via aérea

Verificar se respira

Chamar 112

**30 compressões tórax**

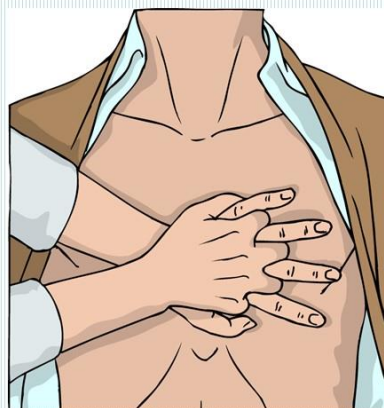
2 insuflações

(ERC,1989)

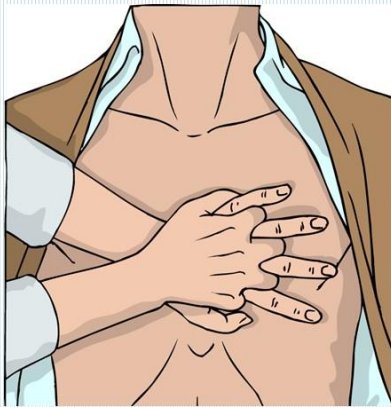
### Compressões Torácicas

- Coloque a base da mão no centro do tórax e a Segunda por cima;
- Entrelace os dedos e levante-os;
- Mantenha os braços esticados sem os fletir.

(ERC,1989)

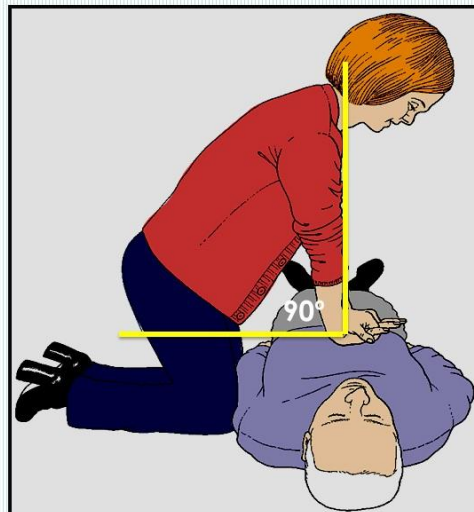


## Compressões Torácicas



- Pressione verticalmente o tórax;
- Com profundidade 5-6 cm;
- Período de compressão igual ao de decompressão;
- **Ritmo:** 100 comp./min.

(ERC,1989)



## 2 Insuflações



Condições de Segurança

Estado de Consciência

Pedido de Ajuda

Permeabilizar a via aérea

Verificar se respira

Chamar 112

30 compressões tórax

**2 insuflações**

(ERC,1989)

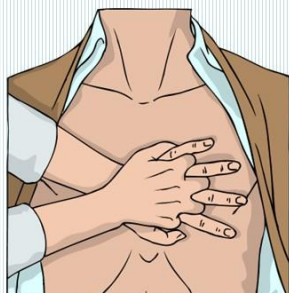
## Insuflações



- Tape o nariz;
- Faça uma forte inspiração;
- Coloque os lábios junto dos da vítima;
- Sopre para o interior durante 1s;
- Observe a expansão do tórax;
- Afaste-se para permitir a saída do ar.

(ERC,1989)

## Continuar manobras de RCP

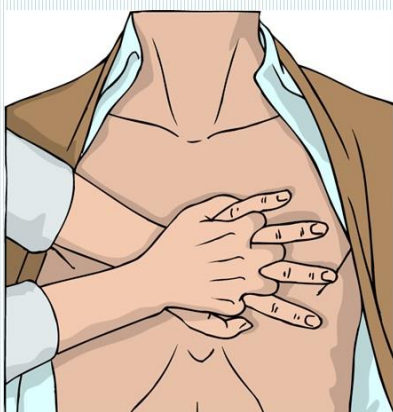


30



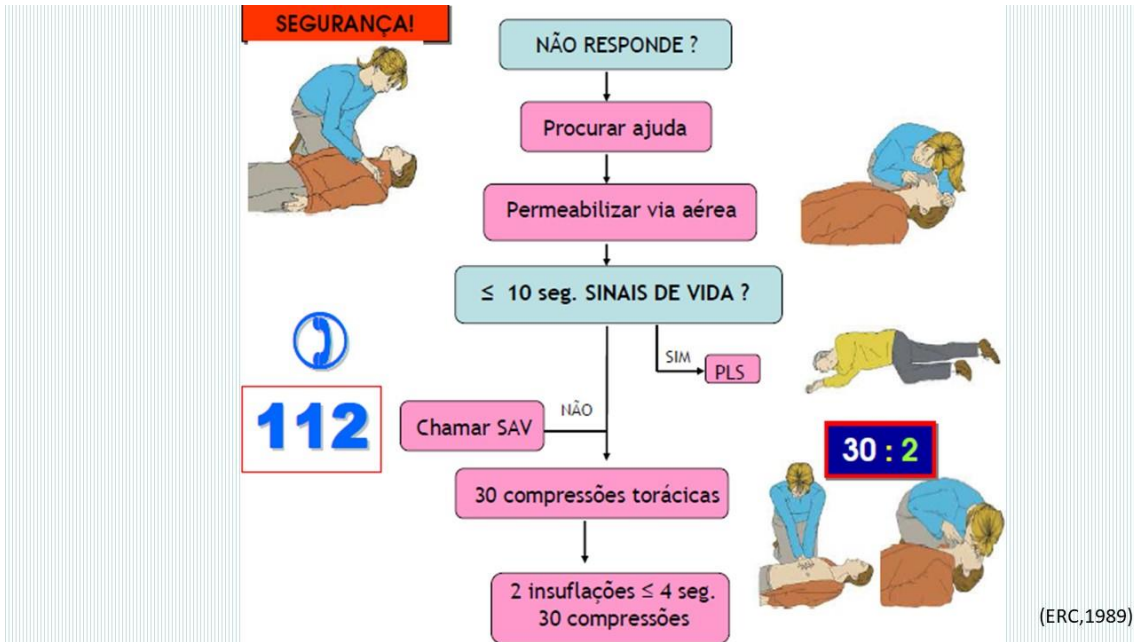
2

## SBV até...

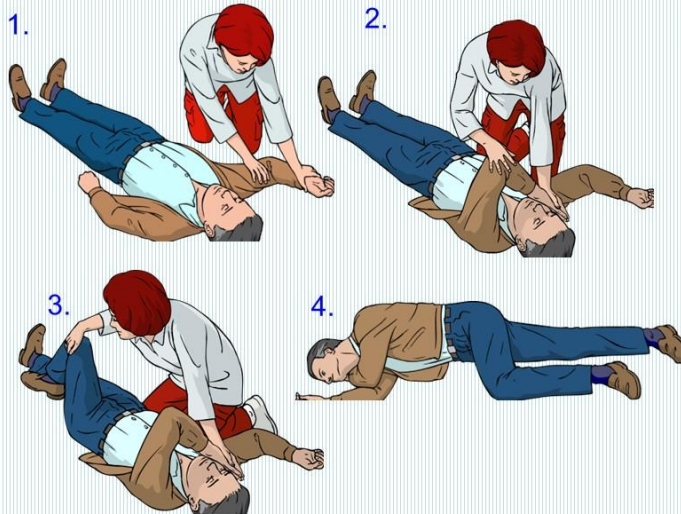


- Vítima recuperar;
- Exaustão do reanimador;
- Chegada equipa de bombeiros e/ou profissionais de saúde.

(ERC,1989)



## Posição Lateral de Segurança



1 Ajoelhe-se e alinhe o corpo da vítima, que deve ficar com os braços estendidos ao longo do corpo. Retire-lhe os óculos e objetos volumosos dos bolsos.

2 Coloque o braço da vítima, que está junto a si dobrado, com a palma da mão virada para cima e ao nível da cabeça.

3 Permaneça onde está e pegue na outra mão da vítima. Dobre-lhe o braço por forma a cruzar o peito e a colocar as costas da mão na face da vítima do seu lado. Após este movimento, segure do lado oposto ao seu, a perna da vítima na zona do joelho. Levante-a e dobre-a.

4 Utilize a perna dobrada para ajudar a rolar a vítima para o seu lado. Durante este movimento mantenha uma mão a apoiar a cabeça da vítima enquanto a faz rolar.

(INEM, 2017)

## Como se manifesta a Falta de Ar

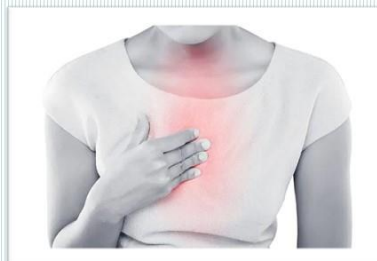
A pessoa verbaliza como falta de ar quando sente Dificuldade em respirar.

### Quais são as causas comuns?

A insuficiência respiratória é a causa mais comum na falta de ar, como é o caso da pneumonia, asma, ansiedade, embolia pulmonar, DPOC e a COVID-19.

### Os principais sintomas são:

- Falta de ar;
- Respiração acelerada, ruidosa e sibilante, ou respiração lenta, com dificuldade em inspirar;
- Peles, lábios e unhas de coloração azulada;
- Confusão mental;
- Cansaço excessivo;
- Sonolência;
- Batimentos cardíacos irregulares, ou seja, arritmia;
- Suores noturnos ;
- Cansaço e fadiga ao realizar tarefas simples da vida diária (andar, pensar, subir escadas ou mesmo comer).



## Como resolver a falta de ar



Em situações de falta de ar

- Colocar a pessoa numa divisão ampla, com uma boa ventilação e arejada;
- Aliviar as roupas apertadas;
- Sentar a pessoa, numa posição direita e confortável;
- Incentivar a pessoa a respirar calmamente, inspirando pelo nariz e expirando pela boca;
- Não conversar, apenas responder “sim” ou “não” através de gestos;
- Não fazer esforços físicos, pois a fadiga pode agravar a situação, e encontrar uma posição confortável;
- Incentivar a pessoa a fazer a técnica dos lábios semicerrados durante 5 min, em que consiste em inspirar pela boca, se não conseguir, procurar respirar pelo nariz, e a expiração pelos lábios semicerrados;
- Se utilizar habitualmente oxigénio em casa, manter o valor administrado, não aumentar;
- Não deitar a pessoa com dificuldade respiratória, vai piorar a situação;
- Ver se a pessoa faz algum medicamento em SOS e ajude a administrá-lo;

(Dixe et al.,2020)

## Posições em dificuldade respiratória

Posição Sentado

- Com ambos os pés no chão, e incline-se ligeiramente para a frente e com os Cotovelos assentes nos joelhos;
- Com ambos os pés assentes no chão, incline-se ligeiramente para a frente com os Braços repousados sobre uma mesa e coloque a cabeça numa almofada.



Posição de Pé

- Incline-se ligeiramente para a frente repouse os cotovelos sobre uma superfície e repouse a cabeça nos braços.



(Dixe et al.,2020)



## Bibliografia

---

- Dixe et al.(2020). Como resolver problemas. Consultado em 6 Fevereiro de 2024. Disponível em <http://www.help2care-pal.org/materiais>
- European Resuscitation Council(1989). Basic Life Support. Consultado em 6 Fevereiro de 2024. Disponível em <https://www.erc.edu/courses/basic-life-support>
- Instituto Nacional de Emergência Médica(2017). Gestos-que-salvam-posicao-lateral-de-seguranca-pls. Consultado em 6 Fevereiro de 2024. Disponível em <https://www.inem.pt/2017/11/08/gestos-que-salvam-posicao-lateral-de-seguranca-pls/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica(2023). Desobstrução da Via Aérea[Youtube].Lisboa: INEM
- Instituto Nacional de Emergência Médica(2023). Suporte Básico De Vida[Youtube].Lisboa: INEM
- Vida saudável Einstein.(2023). Falta de ar: saiba o que fazer. Consultado em 6 Fevereiro de 2024. Disponível em <https://vidasaudavel.einstein.br/falta-de-ar/>

Algumas fotos das sessões:

