



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidando, Lado a Lado - Otimização de Estratégias de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal

Nuno Manuel Boieiro Alves

Orientação: Prof^a. Doutora Helena Reis do Arco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidando, Lado a Lado - Otimização de Estratégias de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal

Nuno Manuel Boieiro Alves

Orientação: Prof^a. Doutora Helena Reis do Arco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“A persistência é o caminho do êxito.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

As sociedades contemporâneas, deparam-se com uma nova realidade, o envelhecimento demográfico.

O envelhecimento como condição natural, acarreta transformações no corpo que podem conduzir a uma diminuição da funcionalidade e aumento da vulnerabilidade.

Isto traz novas necessidades em saúde, obrigando à redefinição de estratégias de atuação governamental, institucional e dos profissionais de saúde, onde muito se tem falado na importância da rede de apoio informal e sua capacitação.

Neste sentido, com base na metodologia do planeamento em saúde, o mestrando procurou identificar estratégias de otimização de atuação no processo de capacitação do cuidador informal, junto da equipa de profissionais de saúde de uma UCC da Região de Évora.

Esta intervenção culminou com a construção de um algoritmo de decisão e intervenção, onde foram englobadas duas sessões de educação para a saúde, com base na temática do autocuidado, que permitiu à equipa atuar de forma uniforme, objetiva, de acordo com as necessidades individualizadas.

Palavras Chave: Envelhecimento; Cuidador Informal; Intervenções de Enfermagem

Caring, Side by Side – Optimization of Strategies to Act in Informal Caregiver Training

Contemporary societies are faced with a new reality, the demographic aging. Aging as a natural condition leads to changes in the body that can lead to decreased functionality and increased vulnerability.

This brings new health needs, forcing the redefinition of strategies of governmental, institutional and health professionals, where much has been said about the importance of the informal support network and its capacity building.

In this sense, based on the methodology of health planning, the master student sought to identify strategies for optimizing the actuation process in the informal caregiver training process, together with a team of health professionals from a UCC in the region of Évora.

This intervention culminated in the construction of a decision and intervention algorithm, which included two sessions of health education, based on the au-to-care theme, which allowed the team to act in a uniform, objective manner, according to the individual needs.

Keywords: Aging; Family Caregivers; Nursing Interventions

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso final, vários foram aqueles que se revelaram importantes e contribuíram para a concretização do Estágio Final, pelo que, acho relevante prestar o meu agradecimento:

- À minha orientadora pedagógica, Prof^a. Doutora Helena Arco pela disponibilidade, incentivo, sugestões, apoio e pela confiança que depositou em mim! Apesar da distância que nos separa, fez por estar sempre muito perto;

- À minha supervisora Enf.^a L.B., pela compreensão, incentivo e apoio demonstrado, também a todos os elementos da equipa da UCC da Região de Évora e utentes, pela forma como me acolheram, pelas palavras de incentivo, disponibilidade e colaboração;

- À Sr.^a Diretora Executiva, do Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo, Enf.^a Laurência Gemitto, pela aprovação deste estágio e sua disponibilidade;

- À Sr.^a Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo Central, Enf.^a Susana Teixeira, pela aprovação do projeto e pela disponibilidade demonstrada;

- Aos meus colegas que me apoiaram nos momentos menos bons, em especial às colegas Nídia e Cláudia, pelo apoio e incentivo;

- À minha família, pelo apoio e paciência, em especial à minha querida filha (desculpa os momentos de ausência, que foram muitos!!);

- Por fim, o meu agradecimento especial a uma pessoa, que tornou tudo isto possível, Enf.^o H. M, sem a sua ajuda nada disto teria acontecido! Um muito obrigado, pela sua participação e ajuda!!

Obrigado a todos!

ÍNDICE

Índice de Anexos.....	8
Índice de Apêndices	9
Índice de Figuras	10
Índice de Gráficos e Diagramas	11
Índice de Tabelas.....	12
0. INTRODUÇÃO	14
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1. O PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	20
2. ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E DOENÇAS ASSOCIADAS	25
3. CUIDADOR INFORMAL, PERANTE A DEPENDÊNCIA DO UTENTE.....	29
3.1 – Cuidador Informal	29
3.2 - Principais Necessidades do Cuidador Informal	31
3.3 - Intervenções de Enfermagem na Capacitação do Cuidador – Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem	32
II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO.....	35
1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA REGIÃO DE ÉVORA.....	36
2. ESTÁGIO.....	39

2.1 - Diagnóstico da Situação.....	40
2.1.1 - Problemas identificados	45
2.1.2 – Necessidades determinadas	46
2.2 - Determinação de Prioridades	47
2.3 – Fixação dos Objetivos	48
2.4 – Seleção de Estratégias	51
2.5 - Elaboração de Programas e Projetos	53
2.6 – Preparação Operacional/Programação.....	53
2.7 – Avaliação.....	59
3. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA	67
3.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	67
3.2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	71
3.3 - Competências de Mestre	77
4. CONCLUSÃO	80
5. BIBLIOGRAFIA.....	85

Índice de Anexos

Anexos.....92

Anexo A - Autorização Comissão de Ética para a Saúde, Administração Regional de Saúde do Alentejo para Realização Estudo.....XCIII

Anexo B - Autorização da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora para Realização Estudo.....XCVIII

Índice de Apêndices

Apêndices	C
Apêndice A – Guião Entrevista – Instrumento de Colheita de Dados.....	CI
Apêndice B – Consentimento Informado.....	CVI
Apêndice C – Análise Matriz Entrevistas.....	CIX
Apêndice D – Algoritmo de Decisão e Intervenção	CXV
Apêndice E – Planos de Sessões de Educação para a Saúde.....	CXV
Apêndice F – Cronograma de Atividades.....	CXX
Apêndice G – Revisão Integrativa da Literatura.....	CXXII
Apêndice H – Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente: A Diabetes e Alimentação”.....	CXLVIII
Apêndice I - Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do Outro? – Cuidar da Pessoa Dependente: Posicionamentos/Mobilizações”	CLVI

Índice de Figuras

Figura nº 1: Etapas do Processo de Planeamento em Saúde - Fonte: Imperatori & Giraldes (1982 p.10).....	21
---	----

Índice de Gráficos e Diagramas

Diagrama nº 1: Síntese Analítica de Resultados - Programa Nvivo.8.....	44
--	----

Índice de Tabelas

Tabela nº 1: N.º médio de indivíduos por Km ² (Fonte: PORDATA, 2017).....	36
Tabela nº 2: Objetivo Específico, Indicadores de Execução, Atividade e Metas.....	49
Tabela nº 3: Objetivo Específico, Indicadores de Execução, Atividade e Metas.....	50
Tabela nº 4: Estratégia - “Envolvimento dos cinco membros da equipa multidisciplinar que colaboram no processo inicial de avaliação do cuidador no intuito de identificar as principais dificuldades com que estes profissionais se confrontam, assim como, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria deste processo”.....	55
Tabela nº 5: Estratégia- Elaboração de um programa estruturado de decisão e intervenção (algoritmo de decisão), ao nível da visita domiciliária com inclusão de procedimentos de educação para a saúde.....	56
Tabela nº 6: Estratégia - Aplicação do programa de decisão e intervenção na visita domiciliária, como processo otimizador de atuação na capacitação do cuidador informal...58	58
Tabela nº 7: Resultados da Entrevista <i>Focus Group</i> – Análise <i>SWOT</i> - Algoritmo de Decisão e Intervenção.....	61
Tabela nº 8: Registo de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente: “A Diabetes e Alimentação”.....	63
Tabela nº 9: Escala Hedónica Mista.....	63
Tabela nº 10: Grelha de Observação Direta.....	64
Tabela nº 11: Registo de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do Outro? – Cuidar da Pessoa Dependente: “Posicionamentos/Mobilizações”.....	64

Listagem de Siglas e Acrónimos

AC – Alentejo Central

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES, AC - Agrupamento de Centros de Saúde, Alentejo Central

ARSA – Administração Regional de Saúde, Alentejo

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECCEI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

WHO – World Health Organization

ICN – International Council of Nurses

ICOPE - Integrated Care for Older People

INE - Instituto Nacional de Estatística

NUT – Unidade Territorial

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PII – Plano Individual de Intervenção

PIC – Plano de Intervenção no Cuidador

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRS – Perfil Regional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMRNCCI - Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

UC – Unidade de Competência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório, intitulado de “*Cuidando, Lado a Lado - Otimização de Estratégias de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal*”, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio Final, inserido no 2º Ano/2ºSemestre do Mestrado em Enfermagem em Associação, cuja instituição de acolhimento é a Escola de Enfermagem São João de Deus, integrada na Universidade de Évora.

A elaboração deste relatório visa comunicar o desenvolvimento e conclusões do estágio/projeto de intervenção profissional, através de uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas, permitindo simultaneamente ao mestrando a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem e competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Nesta conjuntura, com a realização deste relatório o mestrando deve basear a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, que regem a sua conduta académica e profissional.

Assim foi definido como objetivo geral:

- Efetuar uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública, com base nas atividades realizadas pelo mestrando ao longo do estágio da especialidade.

Para tal foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final;
- Desenvolver conhecimentos na área do planeamento em saúde, em contexto de promoção da saúde ao indivíduo e/ou comunidade;
- Analisar as intervenções desenvolvidas, à luz da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem;

- Aprofundar conhecimentos sobre a metodologia científica de origem qualitativa;

- Realizar uma reflexão sobre os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado, complementando a avaliação do estágio.

A sociedade portuguesa, como a maioria das sociedades desenvolvidas ao nível global, reporta-se a uma sociedade envelhecida.

O desenvolvimento socioeconómico aliado a uma redução da taxa de natalidade, acompanhada de um aumento da esperança média de vida, conduziu a um rápido envelhecimento das populações, estimando-se que o número de pessoas com mais de 60 anos aumente em três vezes, de 46 milhões em 2015, para 147 milhões em 2050 (WHO - ICOPE, 2017).

Neste sentido, escolhemos como temática central do desenvolvimento do estágio, o processo do Envelhecimento. Segundo o Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, o seu modelo concetual assenta em três eixos estratégicos, em torno de um modelo central, a cidadania. Esses três eixos englobam, políticas de saúde saudáveis, qualidade na saúde, e equidade de acesso adequado aos cuidados de saúde, onde uma das orientações passa pela capacitação dos cidadãos, o *empowerment* da sociedade.

Segundo o Despacho N° 12427/2016, Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017- 2025, de julho de 2017, no ano de 2015, em Portugal, a população residente era de 10.358.076 habitantes, dos quais 20,5% tinha 65 ou mais anos de idade e 14,2% tinha menos de 15 anos (Costa, 2017). Isto evidencia o aumento do topo da pirâmide etária e associado a este, uma diminuição da base da mesma, resultado da diminuição da taxa da natalidade (Melo, Rua & Santos, 2014).

Não sendo a velhice, sinónimo de dependência física, para a comunidade científica, o processo de envelhecimento conduz naturalmente ao aparecimento de doenças e um elevado grau de dependência.

Esta particularidade resulta de fatores de vulnerabilidade como a redução das capacidades físicas, psicológicas ou mentais, insegurança financeira, isolamento, solidão, falta de apoio e afeto familiar, alteração do estatuto e perda de prestígio (Sequeira, 2010).

Este aumento da dependência, leva a que estes apresentem necessidades de cuidados, que muitas vezes ocorrem em contexto domiciliário. É aqui que surge a importância do apoio prestado por um amigo, um vizinho, um grupo de indivíduos não remunerados pela prestação dos cuidados, ou um familiar (cuidador informal) que muitas das vezes se define como o cônjuge de idade igual ou superior, que tenta suprimir e satisfazer as necessidades mais elementares da pessoa a seu cargo. Porém também estes cuidadores apresentam necessidades, pois, “Cuidar é mais que um ato, é uma atitude ... representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro” Boff (1999, p.33).

A prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio está frequentemente associada a uma série de repercussões pessoais, sociais e económicas, que habitualmente se denominam de sobrecarga e que têm obtido a primazia da atenção na maioria dos estudos. As repercussões negativas constituem um foco de atenção privilegiado na investigação, evidenciado pelos trabalhos desenvolvidos nesta área e pela necessidade de implementação de estratégias preventivas (Sequeira, 2010).

Portanto se perspetivamos uma melhoria na qualidade em saúde, políticas de saúde saudáveis, a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume um papel primordial na promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania (Monteiro, 2010).

Neste processo, a Ordem dos Enfermeiros menciona que um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;

“desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. (...) fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.” (Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667).

Assim, para responder a esta premissa é necessário que a sua atuação seja desenvolvida, com base na metodologia do planeamento em saúde. Esta metodologia permite intervir em variados contextos, efetivando o levantamento das necessidades de uma comunidade, procurando depois assegurar uma resposta efetiva e equitativa na acessibilidade aos cuidados e prestação dos cuidados de enfermagem à população, conduzindo à capacitação dos cidadãos e seu *empowerment*, condições estas, necessárias para o processo de tomada de decisão e exercício da cidadania.

Desta forma, respondendo às premissas orientadoras para aquisição de competências como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, procedeu-se ao levantamento das principais necessidades e problemas identificados pela equipa multidisciplinar de uma UCC da Região de Évora, ou seja, foi realizada a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, com o diagnóstico da situação, onde foi identificado como problema major o processo de capacitação dos cuidadores informais da região abrangida pela UCC.

Seguiu-se então o estágio, que se realizou no período compreendido, entre 19 setembro de 2017 e 27 janeiro de 2018, sob a orientação da Prof.^a Doutora Helena Reis do Arco, e supervisão da Enf.^a Especialista em Saúde Comunitária da UCC da Região de Évora. A sua realização permitiu além da colocação em prática de todo o processo educativo decorrido nos semestres anteriores, a aquisição e o desenvolvimento de competências, que darão lugar ao crescimento enquanto pessoa e profissional especializado.

Assim, o estágio foi desenvolvido, numa UCC da Região de Évora, onde a intervenção comunitária incidiu essencialmente no processo de otimização de estratégias de atuação na capacitação dos cuidadores informais da região, não podendo deixar de referir que outras atividades foram igualmente desenvolvidas ao longo do Estágio I e Estágio Final.

Nomeadamente ao nível da integração e participação com a equipa em outros projetos já implementados na UCC, no âmbito da saúde escolar ou em parceria com projetos da autarquia local.

De referir, que o Estágio Final teve como objetivos a conceção e planeamento de projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em

diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado; a coordenação, dinamização e participação em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos e a avaliação de projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

No intuito de descrever e refletir todo o processo desenvolvido, elaborámos o relatório de estágio que se encontra dividido em duas partes.

Numa primeira parte, é apresentado todo o contexto concetual, encontrando-se dividido em três capítulos. No primeiro, é abordada a temática do planeamento em saúde e a sua importância para a prática de enfermagem comunitária e de saúde pública; o segundo e terceiro capítulos, reportam-se aos conceitos principais em torno dos quais é feita a intervenção, sendo eles o envelhecimento, dependência e doenças associadas, a temática do cuidador informal, as suas principais necessidades e por último a teoria de enfermagem, que serviu de suporte às intervenções realizadas, Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

A segunda parte deste relatório, que se reporta ao contexto prático, será composta por três capítulos. No primeiro procedeu-se à caracterização da região onde se realizou o estágio. No segundo capítulo, denominado, *Estágio*, serão abordadas todas as atividades desenvolvidas no decurso do mesmo, remontando a cada uma das etapas do planeamento em saúde.

Efetua-se depois, uma reflexão crítica do mestrando relativamente ao seu percurso formativo e às competências adquiridas e desenvolvidas como enfermeiro especialista, enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e competências de mestre.

Para finalizar irá ser realizada uma nota conclusiva e a bibliografia que serviu de suporte bibliográfico à elaboração deste relatório, assim como anexos e apêndices que foram considerados importantes para fundamentar o mesmo.

O presente relatório de estágio está de acordo com as indicações do Regulamento de Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem, e a sua redação e formatação obedece às normas da sexta edição da Norma da *American Psychological Association*.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento, como parte do processo administrativo das instituições, direta ou indiretamente ligadas à saúde é uma parte integrante do processo de gestão (Tavares, 1990).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982, p.6), “*o planeamento da saúde é um instrumento de otimização dos sempre escassos recursos, seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado, com vista a atingir os objetivos fixados, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos*”.

O planeamento não é somente um conjunto de técnicas ou só uma metodologia, mas “uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.10).

Este procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através de um processo de ensino/aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos. Ou seja, o planeamento da saúde permite obter ganhos em saúde de uma forma efetiva, através de uma realista e fidedigna identificação de problemas existentes na comunidade, da correta identificação dos objetivos e prioridades, e da gestão racionalizada de todos os recursos existentes na comunidade.

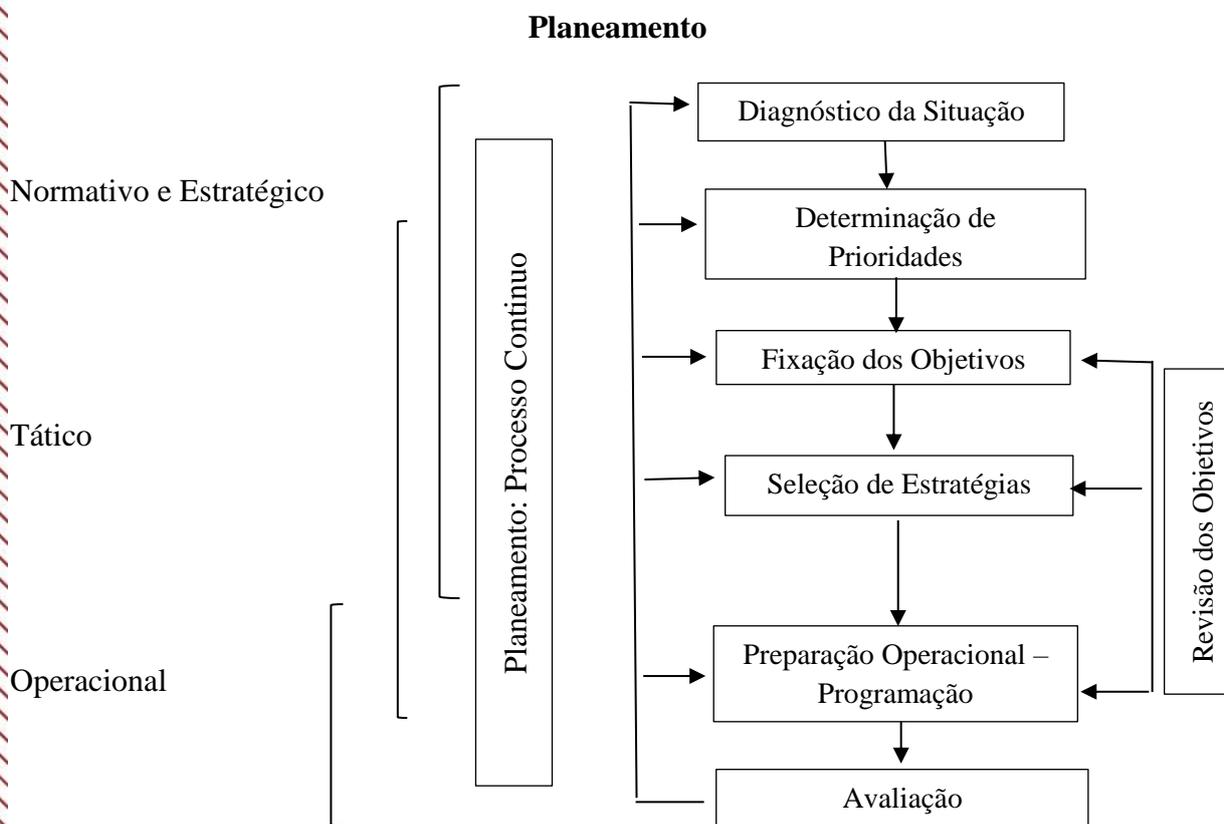
Neste contexto de promoção da saúde, cabe aos enfermeiros que trabalham com a comunidade, ter a capacidade de identificar os problemas aí existentes, e definir/planear estratégias que possibilitem a resolução desses problemas, utilizando os diversos recursos disponíveis e posteriormente proceder á sua avaliação, ou seja, nada mais que a aplicação do processo de planeamento em saúde, tornando-se assim num instrumento de eleição no que toca á promoção de estilos de vida saudáveis. É esta aplicabilidade que torna este instrumento muito importante, para a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública em particular.

Tavares (1990), tal como Imperatori & Giraldes (1982, p.9), identifica seis etapas do processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação

de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação. No entanto, não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, uma vez que, na fase seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações que levem a refazê-la (Pereira, 2011).

O conhecimento das etapas do planeamento da saúde (Figura nº 1) é facilitador de corretas intervenções nesta área, permitindo a elaboração de eficientes projetos, quer vocacionais para problemas de saúde (morbilidade, mortalidades, incapacidades, etc.) quer para problemas dos serviços (formação profissional, escassez de recurso, etc.) (Tavares, 1990).

Figura nº 1: Etapas do Processo de Planeamento em Saúde



Fonte: Imperatori & Giraldes (1982) p.10

Tal como se pode observar na figura, o primeiro passo no processo de planeamento é o diagnóstico da situação, onde são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades. Um problema de saúde corresponde a um estado de saúde

julgado deficiente, enquanto a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando a diferença entre o que existe e o que é desejável, em termos de estado de saúde (Tavares, 1990).

O diagnóstico da situação precisa ter as seguintes características, segundo Tavares (1990, p.53): “ser suficientemente alargado; suficientemente aprofundado; sucinto; suficientemente rápido e suficientemente claro; corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (da saúde, da formação...)”. Ainda segundo Tavares (1990, p.56) deve também passar por quatro etapas, que são:

- 1- *“Identificação dos problemas, no meio da população em estudo;*
- 2- *Estudo da evolução prognóstica dos problemas, prevendo as repercussões que eles possam vir a ter em termos de estado da população;*
- 3- *Estudo da rede de causalidade dos problemas, determinando as causas e os fatores de risco que condicionam a sua existência, assim como as inter-relações entre aqueles, tornando possível identificar as áreas causais mais vulneráveis e cuja minimização mais influenciará o estado da população;*
- 4- *Determinação das necessidades, identificando a magnitude da diferença entre o estado atual e o desejado, correspondente ao necessário para solucionar os problemas.”*

Na segunda etapa do planeamento, determinação de prioridades, procura-se saber que problemas primariamente devem-se tentar solucionar. É uma etapa que se pode tornar bastante subjetiva, dependendo das preferências e da experiência do próprio planificador, no entanto, deve tornar-se o tão objetiva quanto possível. Ao selecionar-se um problema como prioritário, o seu enunciado deve ser coerente e indicar a direção que o projeto deve tomar. Tal significa

que, devem ser fixados objetivos, cuja formulação possibilita precisar os resultados que se pretendem obter, em relação a quem, em que tempo e em que espaço (Tavares, 1990).

Depois de definidas as prioridades, a etapa que se segue no processo de planeamento é a fixação dos objetivos que Tavares (1990, p.133) fazendo menção a Imperatori & Giraldes (1982) refere como sendo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo”. De acordo com Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior. Não interessam que sejam objetivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos e sem qualquer utilidade.

Posterior à fixação dos objetivos surge a quarta etapa denominada de seleção de estratégias. Nesta fase pretende-se delinear novas formas de atuação, através de um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos ao objetivos fixados (Tavares, 1990).

A quinta etapa é a preparação operacional, que corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Pereira, 2011). Esta etapa pretende planejar operacionalmente a execução.

A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1990).

A sexta e última etapa do planeamento é a avaliação que, constituindo o final do processo, se integra em cada uma das suas etapas. A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação (Tavares, 1990). Ainda segundo este autor, uma avaliação correta “permite comparar os estados inicial e final da população-alvo, antes e após implementação de um projeto, relacionado as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a

pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas” (Tavares 1990, p.214).

2. ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E DOENÇAS ASSOCIADAS

No decorrer da vida, cada ser humano passa por diferentes fases de desenvolvimento e por constantes transformações. Após o nascimento, a criança desenvolve-se, atinge a puberdade, posteriormente a maturidade, chegando ao envelhecimento, constituindo assim um “processo pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos” Kuznier & Lenardt (2011, p.71).

De acordo com as projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE), publicadas a 29 de março de 2017, estima-se um agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Entre 2015 e 2080, de acordo com o cenário central de projeção:

- O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões.
- O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões; admitindo uma diminuição do número de nascimentos.
- A população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas.
- Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080.

Podemos então considerar que se trata de um processo evolutivo, de caráter individual e gradual, em que cada pessoa experiencia e vive o seu próprio processo de envelhecimento ao longo do seu ciclo vital, ou seja, com início a partir do momento em que nascemos, não sendo possível determinar com exatidão, quando podemos designar uma pessoa, de “velho”. Trata-se de um processo complexo, visível, sendo caracterizado por uma perda gradual de capacidades, sejam físicas ou mentais, condicionado por diversos fatores (culturais, ambientais), com consequentes implicações sociais.

Como fenómeno biológico, o envelhecimento tem sido interpretado em ligação com teorias que explicam as causas do envelhecimento celular, alterações dos principais sistemas do nosso organismo e consequentemente do aparecimento de perturbações de saúde. Assim, verificam-se alterações ao nível dos órgãos internos principais (pulmões, coração, fígado, etc.) que, por sua vez, fazem diminuir as probabilidades de sobrevivência à medida que a idade avança e acarretam simultaneamente uma diminuição da capacidade funcional do idoso.

Estas transformações são encaradas como irreversíveis, o que gera um sentimento de proximidade do fim da vida, podendo conduzir a uma mudança de atitudes e comportamentos. Esta realidade é, muitas vezes, vivida num contexto depressivo, de insegurança e angústia agravado pelo isolamento familiar e socioprofissional.

O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da vida que as pessoas tenham levado e das condições atuais que se encontram. Neste aspeto destaca-se a passagem à reforma, momento em que o indivíduo se distânciava da vida produtiva (Mendes, Marques, Mendes & Lopes, 2014).

Se as definições sobre o envelhecimento têm conotações e interpretações muito próximas, o conceito de idoso não gera consenso dentro dos quadros conceituais dos teóricos, muito menos quando a idade é utilizada como critério, como afirma Ricarte (2009, p.29):

“A idade não é critério de discriminação, muito menos condição para atuação particular durante a vida, pois não torna um ser humano menos cidadão que o outro. Contudo, apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é dos mais utilizados para estabelecer o que é ser idoso, até para delimitar a população de um determinado estudo ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) fez uma tentativa de uniformizar critérios e convencionou que “(...) o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde” (Ricarte, 2009, p.27).

Como já referido, aliado ao processo de envelhecimento, surge uma perda da capacidade funcional, aumentando assim a predisposição a doenças crónicas e a um agravamento do grau de dependência do indivíduo.

Segundo o International Council of Nurses (ICN) (2011, p.107), a dependência traduz-se por um juízo clínico acerca da condição em que o utente está “dependente de alguém ou alguma coisa, para ajuda e apoio”. De acordo com o Decreto-lei nº 101/2006, p.3857, define-se dependência como:

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”.

Para Barbosa, Almeida, Barbosa & Rossi-Barbosa (2014, p.3318) a capacidade funcional pode ser definida como:

“o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano”. A incapacidade funcional refere-se à “dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia, abrangendo dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)”.

As alterações próprias do processo de envelhecimento e o frequente aparecimento de patologias crónicas nesta faixa etária funcionam como agravante deste quadro. Se não vejamos, o Acidente Vascular Cerebral é um dos problemas atuais de saúde pública e uma das principais causas de incapacidade no indivíduo. Após um episódio de Acidente Vascular Cerebral, a área cerebral afetada, habitualmente, não consegue restaurar-se, o que leva à instalação de défices neurológicos que, com frequência, se manifestam com algum grau de dependência, principalmente nos autocuidados, e muitas vezes os doentes são incapazes de realizar até mesmo as atividades de vida diárias (Araújo, Paul & Martins, 2009).

Portanto, nascer, crescer, envelhecer e morrer, são processos naturais do ciclo vital de cada um de nós, processos esses que são influenciados, por diversos fatores/determinantes, como o ambiente, cultura, sociedade onde estamos inseridos. Neste sentido, compete a essa mesma sociedade, ao próprio indivíduo, às entidades governamentais /intersectoriais e aos profissionais de saúde, garantir a construção de estratégias que promovam um envelhecimento condigno e

de qualidade, onde o idoso possa ser visto como um ser sabedor, uma mais valia e não um entrave para uma determinada sociedade.

A nível nacional estas premissas são facilmente corroboradas pelo Despacho N.º 12427/2016, Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017- 2025 (Costa, 2017, pp. 23-25), onde se podem salientar medidas como:

“Promover a literacia em saúde, práticas de Estilos de Vida Saudável, e o autocuidado”;

“Criar um programa de vigilância da saúde das pessoas idosas que institua o registo da avaliação da funcionalidade, ações de promoção de saúde e prevenção da doença”;

“Elaborar e executar Planos Individuais de Cuidados (PIC) baseados na promoção da saúde e das capacidades funcionais, e que tenham em conta as necessidades particulares de mulheres e homens”.

Pretende-se desta forma a alteração de comportamentos, a humanização dos cuidados, pelo que ir ao encontro das necessidades de cada utente, atuando de forma uniforme, clara e com um acompanhamento permanente, olhando, educando e treinando também aquele que cuida, numa tentativa de conciliação das tarefas sociais e familiares, torna-se imperativo na prevenção e promoção de comportamentos saudáveis, no combate a doenças crónicas como a diabetes ou hipertensão arterial. Procura-se assim, garantir também uma equidade na acessibilidade aos cuidados criando redes de suporte efetivo dentro da comunidade, com vista a obtenção de ganhos em saúde.

3. CUIDADOR INFORMAL, PERANTE A DEPENDÊNCIA DO UTENTE

3.1 – Cuidador Informal

O processo do envelhecimento acarreta alterações fisiológicas e, conseqüentemente, modificações na saúde, na funcionalidade física, no funcionamento intelectual, no exercício de papéis sociais e nas relações interpessoais dos indivíduos idosos (Vieira, Amaral & Sousa, 2016). Estas alterações levam à necessidade de satisfação das necessidades básicas de vida e por outro lado à prestação de cuidados.

Nas últimas décadas emergiram várias definições do ato de cuidar, mas salienta-se entre muitas a de Collière (1999, p.235), que afirma que cuidar é: “um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Desta forma, podemos referir que o ato, “cuidar”, é algo inato, intrínseco, ao ser humano, em todos os momentos da nossa existência, pois cuidam de nós quando nascemos, enquanto crescemos e quando envelhecemos, até à nossa morte.

Fazendo alusão, àquele que cuida, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2.0, descreve o prestador de cuidados como a pessoa que “(...) assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (ICN, 2011 p.115).

Assim, no desempenho da prestação de cuidados, podemos destacar dois tipos de cuidadores, o formal e o informal.

O cuidador formal pode ser definido como um profissional preparado numa instituição de ensino, para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do utente.

Por sua vez, o cuidador informal é definido como algum membro da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidados a pessoas dependentes, de acordo com suas necessidades específicas (Júnior *et al.*, 2011).

Como referem Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes (2010, p.128) o cuidador informal torna-se um “profissional oculto” dos cuidados à pessoa dependente. Para estes autores, o cuidador informal resulta de uma dinâmica dirigida por quatro fatores: em primeiro lugar, o grau de parentesco (na sua maioria cônjuges); em segundo, o género (predominantemente, a mulher); em terceiro, a proximidade física (quem convive com o idoso); e em quarto, a proximidade afetiva (estabelecida pela relação conjugal ou filial).

Assim, pode-se referir que o cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, assumindo dessa forma o papel de cuidador informal.

O cuidador informal surge na maioria das vezes no decorrer da vivência do processo de doença no seio familiar, com o papel de prestador de cuidados a ser desempenhado, por um cônjuge, da mesma faixa etária ou superior (maioritariamente idosos), onde as mulheres assumem uma posição de destaque, como podemos observar na literatura atual, tornando-se assim a família como o grupo de eleição nos cuidados a longo prazo.

Para Sequeira (2010), a transição para o papel de cuidador, implica a aquisição/desenvolvimento de competências, que assentam principalmente em três categorias, sendo elas a informação, ou seja, o saber; a mestria, o saber fazer e o suporte, que passa pelo desenvolvimento pessoal, o saber cuidar-se e relacionar-se, pelo que, estar atento às suas necessidades, dificuldades, se torna um processo deveras importante para o enfermeiro que o acompanha.

O papel de cuidador é, portanto, um papel complexo, devido às inúmeras atividades, que este desempenha, desde a satisfação das necessidades humanas básicas, como higiene, alimentação, vestuário, ao uso do telefone, ida às compras. Com toda a carga física, emocional e psicológica associada à responsabilização do cuidar. Como tal, devem ser desenvolvidas estratégias de promoção e manutenção de autonomia e bem-estar, onde o enfermeiro deve atuar

como meio facilitador dessa promoção, constituindo um suporte efetivo não só para o indivíduo dependente, mas também para aquele que cuida.

3.2 - Principais Necessidades do Cuidador Informal

A experiência de cuidar de um doente dependente em casa tem-se tornado cada vez mais frequente no quotidiano das famílias e surge como um recurso para as instituições de saúde (Fernandes & Ângelo, 2016).

Cruz *et al.* (2010), numa revisão sobre as vivências do cuidador informal do idoso dependente, realça as dificuldades manifestadas por estes, designadamente: exigência do cuidado, insuficiência das respostas formais e informais, problemas financeiros e restrições sociais. Estas dificuldades, quando não são satisfeitas, podem traduzir-se em consequências nefastas para os cuidadores, designadamente, ansiedade, stress e/ou sobrecarga, com consequências para os próprios, família e sociedade.

Os resultados da pesquisa, na revisão integrativa de Fernandes & Ângelo (2016) indicam que os cuidadores experimentam muitos desafios, incluindo necessidades não atendidas em áreas de suportes relacionais, tais como manutenção de relacionamentos de longo prazo e apoio emocional.

Desta forma, através da leitura de literatura recente, pode-se identificar evidência científica sobre as principais dificuldades/necessidades dos cuidadores informais, que vão desde necessidades de informação e comunicação (clareza e tipo de informação fornecida); aprendizagem/treinamento para desenvolverem determinadas habilidades relacionadas com o seu papel apresentando um carácter progressivo; emocionais e interpessoais (partilha de experiências, stress) e sociais.

Uma das necessidades de maior relevo, para muitos cuidadores familiares, prende-se com o domínio dos conhecimentos. (Melo *et al.*, 2014).

Já Sequeira (2010, p.179) menciona três grandes áreas, sobre as quais o profissional deve incidir a sua atenção, sendo elas, o “apoio em termos de informação e orientação”, o “apoio emocional” e “apoio instrumental”. Daqui podemos extrair necessidades, como o ensino, o treinamento, o alívio do stress, a relação empática que se estabelece, a utilização dos recursos que o cuidador possui, e saber quais os existentes na comunidade, para depois proceder à sua articulação.

Assim a identificação e levantamento das necessidades individuais de cada cuidador, sendo partes constituintes da primeira etapa do planeamento em saúde, assumem uma enorme relevância, pois irão permitir aos profissionais de saúde, posteriormente direcionar e priorizar a sua atuação em tempo útil, facilitando desta forma todo o processo de transição do papel prestador de cuidados.

Kuo *et al.* (2013) através de um estudo randomizado controlado comprovou que um programa de ação, aplicado a cuidadores informais, visando uma avaliação inicial estruturada e individualizada dos mesmos, originou resultados em saúde, onde foi observada uma diminuição da incapacidade de função, uma maior vitalidade, melhor pontuação de resumo mental e menor risco de depressão, do que aqueles no grupo controle.

3.3 - Intervenções de Enfermagem na Capacitação do Cuidador – Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

Cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, devendo ser a sua intervenção centrada no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso (Cruz *et al.*, 2010).

Na otimização do planeamento estratégico no processo de capacitação do cuidador informal, torna-se importante direcionar a atuação para algumas premissas, tais como, atender às necessidades sentidas de cada cuidador informal; promover o aumento da literacia através da forma-

ção e a otimização de estratégias de comunicação, pois desta forma, o enfermeiro, estará a contribuir para a facilitação no desempenho das funções por parte do cuidador, fornecendo a estes os instrumentos, que lhe permitem prestar mais e melhores cuidados.

O período de transição para o papel de cuidador é visto como um período de grande importância na aprendizagem de competências, para a quantidade de cuidados necessária ao destinatário. Para cuidar de forma independente, o cuidador(a) necessita de:

“se apropriar de novos conhecimentos e habilidades no domínio dos **autocuidados** para satisfazer todas as atividades de vida diária, nomeadamente no que se refere à mobilização, transferência, assistência médica em casa, aos exercícios de reabilitação, como fornecer cuidados em casa, administrando o inesperado, entre outros” (Fernandes & Ângelo, 2016 p.678).

Na CIPE Versão 2.0 (ICN, 2011 p.41), o autocuidado é definido como “Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

O autocuidado é um conceito central da enfermagem que está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo uma das teorias mais citadas, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea de Orem desenvolvida entre 1959 e 1985 (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Esta teoria é constituída por três teorias inter-relacionadas, ou seja, a do autocuidado, do déficit de autocuidado e de sistemas de enfermagem. Cada uma destas teorias tem os seus conceitos próprios, porém o agrupamento desses conceitos constituiu uma outra perspetiva que deu origem à Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado.

Na Teoria do Déficit de Autocuidado, as necessidades de cuidados de enfermagem estão associadas à subjetividade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde, pelo que estas limitações as deixam completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes (Queirós *et al.*, 2014).

Segundo a concepção de Dorothea Orem, quando uma pessoa não reúne habilidades suficientes num autocuidado, torna-se necessário que outra pessoa exerça tais cuidados (Costa & Castro, 2014).

Isto determina a necessidade da intervenção de enfermagem, quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado. É precisamente esta dimensão do conceito desenvolvido por Orem que se adotou por sustentação teórica e científica para o trabalho aqui desenvolvido.

Segundo Diógenes (2003), a teoria identifica cinco métodos de ajuda, no défice de autocuidado: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação, ensinar o outro.

Dotar o cuidador destas capacidades, é um processo complexo, sujeito a vários fatores intrínsecos e extrínsecos, pelo que, o reconhecimento das necessidades de informação dos cuidadores familiares de indivíduos dependentes constitui o primeiro passo a ser realizado por profissionais antes de planear qualquer intervenção (Neves, Sequeira, Mar, Sousa & Ferre-Grau, 2017).

Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que, devido à sua atividade e à proximidade com as pessoas, lidam frequentemente com diversos processos de transição em contextos distintos, por eles passa a capacidade de avaliar e identificar de forma eficiente as necessidades individuais de cada utente e cuidador.

Esta atuação vai permitir ao enfermeiro uma priorização das suas intervenções, onde a capacitação e o *empowerment* do cidadão/cuidador, através da criação de programas educacionais que respondam em tempo útil a essas mesmas necessidades, assume um papel preponderante.

Não devem descorar nunca, a importância da adequação do conteúdo da informação transmitida ao cuidador, de acordo com aquela que é a sua linguagem e entendimento, fomentando desta forma uma relação empática, em que, com articulação com todos os meios disponíveis na comunidade e recursos do próprio cuidador permitirão obter potenciais ganhos para a saúde.

II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA REGIÃO DE ÉVORA

Por forma a facilitar a compreensão deste relatório, torna-se importante fazer uma breve caracterização do local onde ocorreu o estágio, contemplando uma breve descrição da região, assim como da UCC.

Assim, importa referir que este se insere na área de intervenção da Administração Regional de Saúde, Alentejo (ARSA), que abrange as NUTS III do Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo, o que corresponde a uma área total de cerca de 27.330 km² e a uma população residente em 2012, de 501.747 indivíduos (Perfil Regional de Saúde-ARSA, 2013).

A região da UCC alvo do estudo, fica situada na NUTS III, Alentejo Central, onde segundo fonte da PORDATA, 2017 (Tabela N°1), tem-se verificado um decréscimo populacional, ao longo do tempo. Este decréscimo segundo o PRS Alentejo deve-se a diminuição da taxa de natalidade e a um aumento da longevidade e conseqüente índice de envelhecimento.

Tabela n° 1: N.º médio de indivíduos por Km²

Territórios		N.º médio de indivíduos por Km ²			
Âmbito Geográfico	Anos	1960	1981	2001	2011
NUTS III	Alentejo Central	30,5	25,0	24,0	23,1

(Fonte: PORDATA, 2017)

Ainda segundo o PRS, o índice de envelhecimento na ARSA passou de 118,7 pessoas idosas por cada 100 jovens (dos 0 aos 14 anos) em 1991, para 190,8 pessoas idosas por cada 100 jovens (dos 0 aos 14 anos), em 2012.

Trata-se de uma região que relativamente às condições socio económicas, reporta as características de uma região interior do nosso país, ou seja, baixo nível de escolaridade, índices de desemprego elevados, dados estes que podemos facilmente constatar pelo acesso ao Plano Local de Saúde (PLS), ACES Alentejo Central 2017, apoiado em dados fornecidos pelo INE.

Ora tal situação pode trazer problemas graves na obtenção de ganhos em saúde a médio/longo prazo, se não vejamos, segundo o PLS, em cada 100 residentes do Alentejo Central, 42 são pensionistas e 9 vivem em situação de maior vulnerabilidade económica e social. Isto é, aproximadamente 1 em cada 10 residentes do Alentejo Central vive em situação de maior vulnerabilidade económica e social.

A saúde, direito incontornável ao desenvolvimento e produtividade de uma comunidade, é uma prioridade da política social atual, onde as questões da qualidade e sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde, são as preocupações major. Os sistemas de saúde a nível mundial deparam-se com a crescente necessidade de cuidados de saúde da população, fruto por exemplo do aumento da esperança média de vida e das crescentes expectativas dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Neste sentido, foi definido de acordo com o 11º artigo do Decreto lei 28/2008 de 22 fevereiro, que a UCC, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

Compete ainda, à UCC prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Privilegia ainda a prestação de cuidados de saúde que se coadunam com o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde, centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento e numa estreita articulação com as outras Unidades Funcionais do Centro de Saúde.

Esta UCC aquando da realização do estudo era constituída por 3 Enfermeiras (onde se inclui a Enfermeira Coordenadora); um Médico; uma Assistente Social; uma Fisioterapeuta e uma Psicóloga, em regimes de horário laboral pré-definidos pela ARS.

Como programas de atuação, salienta-se a participação na RNCCI, com constituição de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com contratualização pelo ACES, de 18 camas, sendo apenas 9 ocupadas devido ao rácio de enfermeiros disponível, assim como outras parcerias com diversas instituições de apoio social locais e autarquia.

Numa altura em que se perspetiva o *empowerment* dos cidadãos, uma governança participativa na saúde, com vista o combate à desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, com base na promoção da equidade e justiça social, criando comunidades resilientes, que tenham ao seu dispor uma boa rede informal de cuidados, a rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP) constitui o primeiro nível de acesso dos utentes aos cuidados de saúde e representa o pilar central do Sistema de Saúde Português (Ministério da Saúde, Relatório Anual – Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionais, 2016).

A declaração de Alma-Ata constitui ainda hoje o documento central na orientação dos cuidados de saúde primários, considerando-os a chave que todos os povos do mundo atinjam “um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.” (WHO, 1978).

Daqui pode-se destacar o papel importantíssimo da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias, que veio sustentar uma maior acessibilidade e qualidade nos cuidados, o que poderá traduzir-se mais tarde, numa obtenção de ganhos em saúde.

2. ESTÁGIO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, fruto do seu conhecimento e prática clínica diária, desempenha um papel de formador, consultor, defensor, sendo o elo de ligação com a comunidade. A ele cabe a capacidade de fornecer cuidados de saúde eficientes, maximizando os recursos existentes na comunidade, por forma a dar resposta aos diferentes grupos aí existentes e suas necessidades específicas, como o caso dos cuidadores informais. Assim o enfermeiro:

“Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667).

É também neste contexto que a metodologia do planeamento em saúde, se revela um instrumento tremendamente útil, pois como já aqui referido neste relatório, é através da sua implementação que se pode conduzir a alterações de comportamentos nas comunidades, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

Como tal este estágio foi todo ele desenvolvido tendo por base esta metodologia, respeitando as diferentes etapas definidas, pelo que se pode considerar que segundo o nível se tratou de um estágio operacional, pois “Determina objetivos operacionais (metas); está voltado para a otimização e maximização dos resultados; é de carácter imediatista – curto prazo; é detalhado no estabelecimento de tarefas; está voltado para a gestão de recursos e para a eficiência – ênfase nos meios” (Tavares, 1990, p.32).

2.1 - Diagnóstico da Situação

O diagnóstico de situação é uma etapa que deverá ter como premissas, rapidez, clareza, ser suficientemente aprofundada, mas ao mesmo tempo sucinta e corresponder às necessidades do planeamento pois “A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programas ou atividades” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.13).

Com base numa primeira entrevista informal aos elementos da equipa e após pesquisa bibliográfica, consulta de indicadores demográficos e de saúde, decidiu-se seguir a temática do Envelhecimento, recaindo sobre a atuação da equipa no processo de capacitação dos cuidadores informais.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), refere que assistimos ao envelhecimento da população devido ao desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular, levando no decurso do século XX a um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, sendo a esperança de vida à nascença, em Portugal, é de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens.

De acordo com o mencionado no Plano Nacional de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, é consensual entre a comunidade científica que, apesar de envelhecimento não ser sinónimo de doença e dependência, existe uma considerável prevalência de doenças crónicas nos idosos, sendo frequente a co morbilidade a qual, na maioria dos países da OCDE, representa mais de 50% da carga de doenças.

No entanto, a constante que maior relevo apresenta no denominador, envelhecimento, é a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado.

Como reflexo desses e outros indicadores, surge no Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020, como uma das metas, o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade.

Ao longo do Estágio I, desenvolvido no contexto de uma UCC da Região de Évora, entre as várias atividades desenvolvidas, destacou-se a visita domiciliária, no acompanhamento da ECCI, aos seus utentes, onde a realidade observada veio corroborar os vários estudos já desenvolvidos.

Os cuidadores informais na sua maioria são idosos, sendo os utentes a quem prestavam cuidados, também eles de faixa etária igual ou superior. Foi ainda possível observar a escassez de recursos e de conhecimentos sobre cuidar, pelo que a intervenção da ECCI, se torna fulcral.

Segundo dados revelados pelo último Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RMRNCCI) – 1º Semestre 2017, relativamente à caracterização dos utentes, diz que a população da RNCCI com idade superior a 65 anos representa 85,5% (81,6% em 2016), o valor mais elevado até ao momento. Em ECCI este valor é de 89,4% (ACSS, 2017).

Refere ainda que a população com idade superior a 80 anos representa 50,4% do total, também o valor mais elevado até ao momento. A dependência de atividade de vida diária é o principal motivo de referenciação, com 91% e o Ensino utente/Cuidador informal o segundo motivo com 90% (sobreponível a períodos anteriores, alternando ambos entre primeiro e segundo lugar).

Ainda segundo, RMRNCCI (1º semestre 2017), é referido que o nível de escolaridade tem valores sobreponíveis a períodos anteriores, com 23% sem instrução (igual a 2016) e 66% com escolaridade entre 1 a 6 anos (igual a 2016), representando assim a escolaridade menor que 6 anos 89% do total (igual a 2016), tratando-se, portanto, de uma população envelhecida, com baixo nível de escolaridade e carenciada (ACSS, 2017).

Para realização do diagnóstico da situação, foi efetuado um estudo de cariz qualitativo junto da equipa multidisciplinar, sendo utilizado como instrumento de recolhas de dados a entrevista semiestruturada, (Apêndice A) aplicada aos elementos constituintes da equipa de uma UCC da Região de Évora, a fim de identificar as principais dificuldades com que estes profissionais se confrontavam, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria no pro-

cesso de capacitação do Cuidador Informal (familiar), por forma a otimizar os cuidados prestados. Desta forma procedeu-se a 5 entrevistas, englobando 3 Enfermeiros, 1 Médico e 1 Assistente Social, constituindo uma amostra de conveniência.

A forma como o guião da entrevista foi elaborado aproxima-se de uma entrevista do tipo semiestruturada pois é a mais adequada para se compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno que foi ou é vivenciado por cada um dos participantes (Fortin, 2009).

Esta entrevista teve como base de construção, o plano formal de intervenção adaptado a cada contexto, na capacitação dos cuidadores, segundo Carlos Sequeira (2010, p.178).

Aos profissionais que participaram no estudo foi-lhes apresentado o projeto e objetivos do mesmo, projeto este, previamente autorizado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo Central, com parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo A) e pela Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo B). Foram-lhes igualmente apresentados os objetivos da entrevista, solicitando que manifestassem a sua concordância em participar através da assinatura do Consentimento Informado (Apêndice B), ficando cada profissional com uma cópia desse documento.

Neste instrumento de recolha de dados foram então definidos três objetivos/dimensões, que deram origem a sete categorias, conforme pode ser observado na grelha de análise da entrevista.

Para a definição dessas categorias foi necessário proceder á codificação das mesmas, para que fossem extraídas de cada uma das entrevistas as características mais pertinentes e exatas. Desta forma foi ainda garantida toda a confidencialidade e anonimato dos participantes e no tratamento dos dados recolhidos. (Apêndice C).

Assim para dar resposta à primeira dimensão (Identificar as dificuldades com que a equipa se confronta no processo de capacitação dos CI) foram definidas duas categorias; a primeira (Primeiro Contacto com o CI), resultante da questão, “*De que forma a equipa toma contacto com os Cuidadores Informais?*”; a segunda (Dificuldades da Equipa no Primeiro Contacto), resultante da questão, “*Quais as principais dificuldades com que a equipa se confronta neste primeiro contacto?*”.

Os cinco entrevistados, referem a “*Visitação domiciliar*” como o método mais frequente de contacto. Quatro dos entrevistados, referem ainda a “*referenciação por outra unidade de saúde*” ou “*Primeiro contacto feito pelo próprio CI*”, como outras formas de contacto.

Em resposta á segunda categoria a “*Ansiedade dos CI*”, e “*Múltiplas Dificuldades*”, foram as respostas mais frequentes, com três e cinco dos entrevistados respetivamente a enumerarem essas dificuldades.

Depois de identificadas as dificuldades com que a equipa se confrontava no processo de capacitação do cuidador informal, foi definida como segunda dimensão; Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos CI no processo de capacitação, da qual foram extraídas três categorias.

A primeira (Intervenções desenvolvidas junto dos CI); a segunda (Planeamento das intervenções pela equipa) e uma terceira, (Dificuldades no processo de capacitação).

Aqui, no que toca às intervenções desenvolvidas junto dos CI, a “*Capacitação do CI*” ao nível da formação; esclarecimento de dúvidas; disponibilização de tempo e a “*Avaliação de Recursos Disponíveis/Necessidade de apoio de rede formal*” onde referem os serviços de apoio domiciliário ou ajudas técnicas, ou ainda rede informal (família alargada), foram as intervenções mais relevantes com três e cinco dos entrevistados a enumerarem respetivamente.

Para o planeamento dessas intervenções, os cinco entrevistados referiram que este é feito tendo por base uma “*Avaliação Inicial*” através da observação e identificação das necessidades e recursos disponíveis de cada cuidador e utente, utilizando escalas de avaliação, como Zarit, Barthel, Morse, Braden, Dor e Regime terapêutico; uma “*Reunião em Equipa*” onde é “*Traçar Plano de Intervenção no Cuidador*”. Dois entrevistados (E3 e E4) referiram ainda que o planeamento também pode ser realizado em “*Conferência Familiar*”.

Face às dificuldades no processo de capacitação, o “*Baixo nível de literacia*” e as “*Limitações Físicas e Cognitivas/Envelhecimento/Co morbilidades*”, presentes nos CI são as mais referidas em todos os cinco entrevistados. Referem ainda “*Confiança na Equipa*” (E1, E4, E5)

como outra dificuldade significativa. Além de “*Dificuldades Financeiras/Recursos que Disponhem*” (E3, E4), “*Dispersão Geográfica*” (E1, E3) e “*Sobrecarga do CI/Motivação/Comunicação*” (E4 e E5).

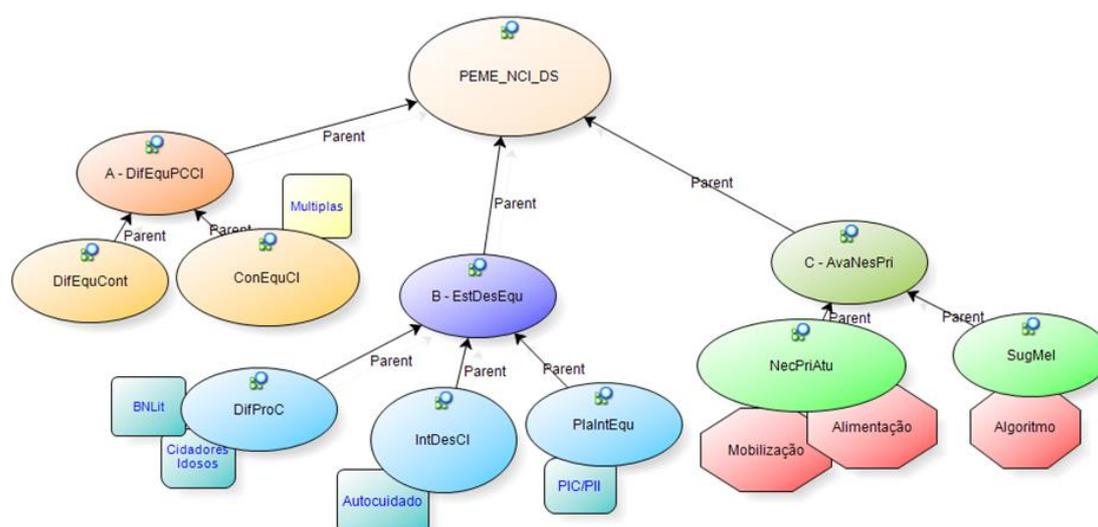
Perante estas constatações, foi definida uma terceira dimensão, em que se pretendeu; identificar como é feita a avaliação das necessidades prioritárias e as perspetivas de melhoria. Para isso foram definidas duas categorias; Necessidades prioritárias de atuação identificadas pela equipa e Sugestões de Melhoria.

Para dar resposta á primeira categoria, as principais necessidades identificadas pela equipa prenderam-se com “*Aumentar a Ação da Equipa na Educação, na Promoção e Prevenção (AVD’s, essencialmente mobilidade e alimentação; Doenças Crónicas como Diabetes e HTA)*”, (E1, E2, E3 e E4). E “*Uniformização de Atuação e Transmissão de Informação pela Equipa*” (E1, E4 e E5).

Quanto à segunda categoria a resposta mais significativa foi a “*Criação de Normas de Atuação, como Algoritmos de Intervenção ou Questionários de Satisfação dos Utentes/CI*” (E1, E4 e E5).

O tratamento e análise de dados, foi realizado através do Programa Nvivo versão 8, sendo apresentados em forma de síntese no diagrama número 1, que pode ser observado de seguida.

Diagrama nº 1: Síntese Analítica de Resultados - Programa Nvivo. 8



Fonte: Elaborado pelo autor

Numa rápida análise dos resultados obtidos, pode-se constatar que estes vão ao encontro de estudos semelhantes anteriormente efetuados, como a revisão integrativa de Neves *et al.* (2017).

Durante o primeiro estágio, colaborou-se com a equipa na aplicação das escalas de Zarit e Barthel que foram inseridas no programa SCLinic, pelas observações efetuadas, verificou-se no terreno situações que corroboraram os dados obtidos junto da equipa da UCC.

É no diagnóstico de situação, que se identificam problemas e determinam necessidades (Imperatori & Giraldes, 1982). Neste sentido, com base nos resultados obtidos foram identificados problemas e determinadas necessidades relacionados com o processo de capacitação do cuidador informal.

2.1.1 - Problemas identificados

Analisando os resultados obtidos com o diagnóstico da situação efetuado, sustentado nas entrevistas realizadas aos membros da equipa, pode-se identificar os seguintes problemas:

- Conhecimento reduzido da população sobre o funcionamento da UCC e todo o processo de referenciação do utente para ECCI;
- Índice de envelhecimento da população elevado, com igual grau de dependência e doenças crónicas associadas;
- Baixo nível de literacia da população;
- Défice de recursos financeiros e acesso a cuidados de saúde (resultante da dispersão geográfica), por parte dos CI.

A identificação destes problemas vem ao encontro do que foi explanado no enquadramento teórico, em que se confirma o envelhecimento populacional, com o aumento do grau de dependência e a existência de uma prevalência elevada de doenças crónicas. Onde depois se verifica,

um défice de conhecimentos dos recursos existentes na comunidade e nos próprios cuidadores, para prestarem cuidados de saúde ao utente que tem a seu cargo e tal como foi salientado recentemente na revisão da literatura de Neves *et al.* (2017).

2.1.2 – Necessidades determinadas

Como mencionam Imperatori & Giraldes (1982, p.16) “As necessidades de saúde constituem a parte fundamental do diagnóstico, mas não são a sua totalidade.”. Estas necessidades podem ser reais (identificadas pelo investigador) ou sentidas (que podem ou não ser expressas pelos indivíduos e/ou comunidades analisadas).

Assim foram identificadas as seguintes necessidades:

- Aumentar a atuação na formação/ensino do CI por forma a empoderar o cuidador no processo do cuidar;
- Criar um instrumento de trabalho que permitisse padronizar a informação e agilizasse a atuação facilitando também o próprio processo de capacitação do CI, envolvendo processos de educação para a saúde, atendendo às necessidades específicas de cada CI e utente.

Face ao défice de conhecimento sobre o funcionamento da UCC e processo de referenciação do utente para a ECCI, a equipa estava no momento a implementar a utilização de um guia de acolhimento onde estas temáticas eram abordadas.

2.2 - Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades é a segunda fase do planeamento em saúde, tal como a anterior, também é considerada como normativa e estratégica (Tavares, 1990). É nesta fase que se tomam decisões em relação aos problemas, que se definem prioridades, que se decide o que deve ser resolvido em primeiro lugar e assim sucessivamente.

Os critérios devem sempre contemplar a relação entre o problema, o fator de risco, a gravidade do problema, a pertinência, os recursos, entre outros (Imperator & Giraldes, 1982).

O envelhecimento demográfico já aqui sobejamente debatido, aliado a um aumento da qualidade dos cuidados, pode conduzir ao aumento dos níveis de dependência dos cidadãos, criando novas necessidades em saúde, exigindo cuidados mais complexos e duradouros. É aqui, que cada vez mais as redes informais de apoio, onde a família se destaca, assumem um papel privilegiado nos cuidados ao cidadão dependente e idoso, revelando-se um enorme desafio para o cuidador, por todas as exigências e consequências, associadas ao processo de cuidar (Cruz *et al.*, 2010; Sequeira, 2007).

Assim, torna-se imperativo olhar também para quem cuida, especialmente quando também ele (cuidador) se trata de um idoso. A intervenção do enfermeiro deve focar-se na promoção do bem-estar da díade cuidador/idoso, sendo imprescindível a capacitação do primeiro, de modo a obter as competências e habilidades necessárias para a manutenção dos cuidados no domicílio ao segundo (Araújo *et al.*, 2009).

Sustentado nesta premissa, foi então definida como prioridade, realizar em conjunto com os profissionais de saúde um programa estruturado de decisão e intervenção (algoritmo) ao nível da visita domiciliária que incluísse procedimentos de educação para a saúde, assentes na temática do autocuidado, como suporte facilitador da capacitação do cuidador informal.

2.3 – Fixação dos Objetivos

Aqui inicia-se a terceira etapa do planeamento em saúde, correspondendo à fase tática do mesmo.

Segundo Tavares (1990), os objetivos devem respeitar cinco elementos como a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso, a população-alvo, o local onde deve ser aplicado o projeto e o prazo de tempo para ser atingido.

Neste sentido respeitando a metodologia do planeamento em saúde, após a realização do diagnóstico de situação, identificadas as necessidades e definidas as prioridades, foi definido como objetivo geral:

- Realizar em conjunto com os profissionais de saúde um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visita domiciliária que inclua procedimentos de educação para a saúde como suporte facilitador da capacitação do cuidador informal, até 20 de dezembro de 2017.

Para tal, foram definidos como objetivos específicos:

- Elaborar um programa estruturado de decisão e intervenção (algoritmo de decisão), ao nível da visita domiciliária que inclua procedimentos de educação para a saúde, no período compreendido entre 26 outubro e 8 de novembro de 2017; (Apêndice D)
- Realizar em colaboração com a equipa, a intervenção na visita domiciliária para promover a capacitação dos cuidadores, até 20 de dezembro 2017.

Para uma melhor compreensão, elaborou-se uma tabela onde se enumeram as atividades, os indicadores e as metas definidas para cada objetivo específico traçado.

Tabela nº 2: Objetivo Específico, Indicadores de Execução, Atividade e Metas

<u>Objetivo Específico</u>	<u>Indicadores de Execução</u>	<u>Atividades</u>	<u>Metas</u>
<p>✓ Elaborar o programa estruturado de decisão e intervenção (algoritmo de decisão), ao nível da visitação domiciliária que inclua procedimentos de educação para a saúde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obter a colaboração dos cinco membros da equipa multidisciplinar que colaboram no processo inicial de avaliação do cuidador no intuito de identificar as principais dificuldades com que estes profissionais se confrontam; 2. Realizar a revisão integrativa da literatura, para de forma sistemática, formal e meticulosa resumir a informação existente sobre a temática enunciada, e estruturar as intervenções a desenvolver com a equipa; 3. Elaborar duas sessões de educação para a saúde a incluir no programa de intervenção. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realização das entrevistas para identificar as principais dificuldades com que estes profissionais se confrontam, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria deste processo; 2. Realização da pesquisa e síntese da literatura; 3. Elaboração das duas sessões. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar e priorizar as duas principais dificuldades com que os profissionais se confrontam capacitação do Cuidador Informal; 2. Identificar as principais intervenções de enfermagem tendo em conta a prática baseada na evidência, dirigidas às necessidades anteriormente identificadas; 3. Planear e elaborar duas temáticas de educação para a saúde dirigidas às necessidades identificadas, para ser utilizadas no processo de capacitação do cuidador.

Tabela nº 3: Objetivo Específico, Indicadores de Execução, Atividade e Metas

<u>Objetivo Específico</u>	<u>Indicadores de Execução</u>	<u>Atividades</u>	<u>Metas</u>
✓ Realizar em colaboração com a equipa, a intervenção na visita domiciliária para promover a capacitação dos cuidadores informais.	Número de intervenções realizadas aos cuidadores/ Número total de cuidadores informais × 100%	Realização de visitas domiciliárias onde seja aplicado o algoritmo para capacitação do cuidador com inclusão de duas sessões de educação para a saúde	Aplicar o programa de visita domiciliária (algoritmo) para capacitação a 50% dos cuidadores

2.4 – Seleção de Estratégias

Constituindo a quarta etapa do processo de planeamento em saúde, segundo Tavares (1990), quanto maior for o nível de conhecimento sobre a temática abordada na planificação de um projeto, maior será a probabilidade de analisar o problema sobre outras perspetivas e propor novas formas de abordagem ao mesmo.

Importa ao mesmo tempo investigar o que foi feito em outros locais com problemática semelhante, por forma a melhorar esses projetos e até a construir estratégias inovadoras.

Assim, nesta fase pretende-se delinear novas formas de atuação, através de um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados.

Tendo em conta os recursos existentes na comunidade, para dar resposta ao objetivo geral traçado, foram definidas como estratégias:

- 1) O envolvimento dos cinco membros da equipa multidisciplinar que colaboram no processo inicial de avaliação do cuidador no intuito de identificar as principais dificuldades com que estes profissionais se confrontam, assim como, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria deste processo;

Para obter o envolvimento dos cinco profissionais que compõem a equipa multidisciplinar da UCC, que contatam inicialmente com os cuidadores informais, foi importante o apoio da Enf.^a Supervisora, que através de reuniões informais pontuais possibilitou uma melhor integração na equipa, facilitando assim todo o processo de recolha de informação que permitiu dar início à construção da entrevista semiestruturada, sendo posteriormente realizada aos diferentes elementos da equipa no período de 16 a 23 de outubro 2017.

- 2) Elaboração de um programa estruturado de decisão e intervenção (algoritmo de decisão), ao nível da visita domiciliária com inclusão de procedimentos de educação para a saúde;

Para a elaboração do algoritmo de decisão e intervenção, foi realizada a análise das entrevistas, assim como, uma revisão integrativa da literatura, onde foram consultadas bases

eletrônicas que permitiram encontrar estudos que sustentassem a elaboração de um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visita domiciliária, com inclusão de procedimentos de educação para a saúde, constituindo assim, uma prática baseada na evidência.

Esses procedimentos recaíram na transmissão de informação/educação, sobre a temática do autocuidado, nomeadamente sobre a alimentação no Diabético e nos posicionamentos/mobiliações, pois foram as necessidades consideradas como prioritárias pela equipa, correspondendo de igual modo à maioria das necessidades identificadas na revisão da literatura. De referir, que a educação para a saúde, é um instrumento fundamental, para a aquisição de capacidades pelos indivíduos e comunidades, sendo por isso importante na promoção de saúde, no controle dos determinantes (Feio & Oliveira, 2015).

Procedeu-se então à realização dos planos de educação para a saúde correspondentes, (Apêndice E), que contemplaram o método expositivo e demonstrativo em *power point*, com aplicação de questionários para validação de aquisição de conhecimentos (sessão da alimentação no Diabético) ou através de observação direta (sessão sobre posicionamentos).

A sessão sobre a alimentação no Diabético contempla o visionamento de um filme sobre o tema, com a duração de 8 minutos.

Para avaliação do grau de satisfação dos cuidadores informais, sobre as sessões, foi utilizada uma escala de medida adaptada (Escala Hedónica Mista), com recurso à utilização de faces e números (1 a 5, em que 1 corresponde a: Detestei; 2 – Não Gostei; 3 – Indiferente; 4 – Gostei; 5 – Adorei). Foi adaptado este método, visto alguns deles se tratarem de utentes analfabetos e este ser um tipo de escala adaptado a utentes, com défices neurológicos ou de compreensão (Pelletier & Lawless, 2002).

As ações decorreram entre 26 de outubro e 08 de novembro 2017.

3) Aplicação do programa de decisão e intervenção na visita domiciliária, como processo otimizador de atuação na capacitação do cuidador informal

A aplicação do programa, decorreu no período compreendido entre 09 de novembro e 20 de dezembro de 2017 a um total de 6 cuidadores, dos 9 aos cuidados da ECCI.

Esta aplicação permitiu à equipa uniformizar a sua linguagem e modo de atuação junto do cuidador, assim como uma simplificação de processos na identificação das necessidades do mesmo, transmissão de informação/educação para a saúde e registos de intervenção.

Para validação desta estratégia foi realizada uma avaliação *SWOT*, em reunião com a equipa que decorreu no dia 17 de janeiro de 2018.

2.5 - Elaboração de Programas e Projetos

Segundo Imperatori & Giraldes (1982, p.85) “Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico e de aceitação pela população, haverá que passar (...) fase do processo do planeamento: a formulação de programas e projetos.”

A prática de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública requer um conjunto único de habilidades e conhecimentos. Como tal, a elaboração de um projeto ou programa no âmbito da Saúde requer, todo um processo de planeamento, que facilite as intervenções mais apropriadas.

Tendo por base esta premissa, foi desenvolvido um projeto de intervenção, na área da capacitação do CI, procurando assim contribuir para a agilização de recursos e de processos de atuação por parte dos profissionais de saúde, por forma a potenciar o *empowerment* do cidadão e o aumento da sua literacia, como definido no PNS revisão e extensão a 2020.

2.6 – Preparação Operacional/Programação

Aqui reporta-se à quinta etapa do planeamento em saúde, que segundo Tavares (1990), corresponde a uma etapa operacional.

De acordo com Tavares (1990):

“cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (p.169).

Como lembram Imperatori & Giraldes (1993) esta especificação detalhada não é definitiva, podendo ser sujeita a modificações.

Ambos autores realçam igualmente a importância de uma esquematização cronológica das estratégias e atividades programadas, pelo que nesse sentido aquando da realização do projeto de intervenção, nele foi incluído um cronograma (Apêndice F) facilitando assim a orientação de planeamento e execução.

A definição cronológica de cada atividade foi debatida em reuniões pontuais com a coordenadora e orientadora do mestrando e Enf.^a Supervisora no início do Estágio Final (setembro e outubro de 2017).

Estas reuniões permitiram ainda o esclarecimento de dúvidas, e orientação sobre a planificação estratégica das atividades (sessões de educação para a saúde; construção do algoritmo de decisão e intervenção) a desenvolver no decorrer do estágio.

Por forma a simplificar a apresentação desta etapa, procedeu-se a construção de tabelas, que de acordo com cada estratégia selecionada, contemplam os parâmetros, quem, quando, onde, como, objetivos a atingir e previsão de recursos.

Tabela nº 4: Estratégia - Envolvimento dos cinco membros da equipa multidisciplinar que colaboram no processo inicial de avaliação do cuidador no intuito de identificar as principais dificuldades com que estes profissionais se confrontam, assim como, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria deste processo.

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
Enfermeiro Mes- trando; Enfermeiros da UCC; Médico da UCC; Assistente Social da UCC	De 16 a 23 de outubro de 2017	Sala de reuniões da UCC	Método ativo/reuniões/entrevistas; Dinâmicas de grupo acerca da temática em causa.	Sala de reuniões; Computador; Meios audiovisuais/datashow; Internet.

Fonte: Elaborado pelo autor

Durante o período de 16 de outubro a 23 de outubro realizaram-se entrevistas individuais aos elementos da equipa da UCC que contactam inicialmente com os cuidadores informais.

Realizaram-se reuniões periódicas pré-definidas, em equipa onde eram discutidos os planos de intervenção a definir para cada CI (PIC) e para o utente a seu cargo (PII), sendo debatidas as diferentes necessidades de cada um. Assim foram identificadas as necessidades prioritárias de atuação da equipa, de acordo com as necessidades major dos CI, dando então o contributo para o avanço para o próximo passo, a construção do algoritmo de decisão e intervenção.

Tabela nº 5: Estratégia- Elaboração de um programa estruturado de decisão e intervenção (algoritmo de decisão), ao nível da visitação domiciliária com inclusão de procedimentos de educação para a saúde

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
Enfermeiro Mestrando; Enfermeiros da UCC; Testemunho Privilegiado do Enfermeiro Coordenador e Responsável dos registos do Programa SClinic do ACES, AC.	De 26 de outubro a 08 de novembro 2017	Sala de reuniões das UCC's	Método ativo/reuniões/entrevistas; Dinâmicas de grupo acerca da temática em causa.	Sala de reuniões; Computador; Meios audiovisuais/datashow; Internet; Carro. Recursos financeiros suportados pelo mestrando.

Fonte: Elaborado pelo autor

Durante o período de 26 de outubro a 8 de novembro de 2017, através de reuniões informais em equipa e com o Enf.º H.M, procedeu-se à articulação e discussão de toda a informação reunida nas entrevistas individuais, com a informação recolhida durante a pesquisa bibliográfica para a realização da revisão integrativa da literatura, tendo em vista a construção do programa.

Para chegarmos à elaboração do algoritmo, foi utilizada uma metodologia qualitativa, pois segundo Fortin (2009) é uma metodologia apropriada para o estudo de fenómenos específicos nos meios, sem que haja um controlo rigoroso ou manipulação de variáveis, produzindo-se as interações de forma natural permitindo a compreensão de comportamentos e interações.

O instrumento de colheita de dados utilizado permitiu identificar as principais dificuldades com que os profissionais se confrontam, priorizar as necessidades de intervenção e as perspectivas de melhoria no processo de capacitação do Cuidador Informal (familiar), por forma a otimizar os cuidados prestados.

Na construção do algoritmo foi também necessário recorrer a uma revisão integrativa da literatura, sendo esta a base de sustentação do nosso enquadramento teórico e permitiu ao mesmo tempo a elaboração de um artigo científico (Apêndice G).

Pois, sendo a revisão de literatura um inventário e um exame crítico de um conjunto de publicações relacionadas com um tema, permite delimitar o problema de investigação, distinguir a teoria que melhor explica os fatos observados e fornece uma base de comparação para a interpretação dos resultados (Fortin, 2009).

A salientar ainda a contribuição e participação do Enf.º H.M na elaboração do algoritmo, pois sendo ele o responsável e coordenador dos registos do Programa SCLinic do ACES, AC, permitiu que este se revelasse um instrumento efetivo de trabalho, uma vez que a sua construção obedeceu à linguagem e planeamento utilizados pelo programa de registos de atividade da equipa, facilitando assim a sua utilização e monitorização.

Relativamente à inclusão das sessões de educação para a saúde, estas foram subordinadas à temática do autocuidado, recaindo sobre a alimentação no Diabético e nos posicionamentos/mobilizações, de acordo com as necessidades identificadas pela equipa, obedecendo a sua construção a normas definidas pela DGS e ACSS, tentando ao mesmo tempo adequar o conteúdo programático e linguagem à população alvo (idosos com baixo nível de literacia/analfabetismo). Foram projetados 30 minutos de duração para cada sessão.

Tabela nº 6: Estratégia - Aplicação do programa de decisão e intervenção na visita domiciliária, como processo otimizador de atuação na capacitação do cuidador informal

Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos?
Enfermeiro Mestrando; Enfermeiros da UCC; Fisioterapeuta da UCC.	De 09 de novembro a 20 de dezembro de 2017	Domicílio dos utentes	Método expositivo e demonstrativo;	Domicílio dos utentes; Computador; Glicómetro; Tiras de glicemia capilar; Livros de registos; caneta ou lápis; Cama, cadeirão, almofadas, creme hidratante, avental, luvas. Carro. Recursos financeiros suportados pelo mestrando.

Fonte: Elaborado pelo autor

Durante o período de 09 de novembro a 20 de dezembro de 2017 procedeu-se à aplicação do algoritmo de decisão e intervenção, com inclusão de duas sessões de educação para a saúde.

A aplicação foi realizada em 8 visitas domiciliárias a um total de 6 cuidadores, dos 9 aos cuidados da ECCI, portanto 66,6% da amostra, distribuindo por quatro sessões sobre a alimentação no Diabético e quatro sobre o tema dos posicionamentos. De referir que nas sessões sobre os posicionamentos, contámos com a participação da fisioterapeuta da UCC.

Na sessão sobre a alimentação no Diabético (Apêndice H), foi utilizado um questionário com 6 questões fechadas do tipo dicotómico (Verdadeiro/Falso), para validação dos conhecimentos transmitidos ao longo da apresentação.

Foi utilizado este tipo de instrumento pois apresenta uma enorme flexibilidade na recolha de dados, em que utilizando este tipo de questões os enviesamentos são quase impossíveis, além do que, permitem uma análise rápida, pouco dispendiosa, podendo ser ainda objeto de um tratamento estatístico (Fortin, 2009).

Para a sessão sobre posicionamentos/mobilizações (Apêndice I), foi utilizada a observação direta estruturada para avaliação do desempenho e conceitos apreendidos pelo cuidador. Este é um método que consiste na observação e descrição de comportamentos e acontecimentos, relativo à problemática em estudo, através da elaboração de um plano de observação, neste caso procedeu-se à construção de uma grelha de observação direta (Fortin, 2009).

2.7 – Avaliação

Entra-se então na última fase do planeamento em saúde, onde segundo Tavares (1990) devem ser revistas as estratégias seleccionadas, as atividades desenvolvidas, a preparação da execução e a execução de uma forma precisa e pertinente, a fim de atingir objetivos fixados, problemas identificados e necessidades determinadas.

Esta monitorização deva ser criteriosa e normativa, pois caso não exista uma relação entre o projeto realizado e os efeitos pretendidos, deveremos voltar à primeira etapa do planeamento.

Este autor enumera diversas tipologias de avaliação para o planeamento em saúde, sendo que neste relatório, a que talvez, mais se adequa, será a avaliação segundo a implementação de atividades. Estas podem ser internas, caso visem o funcionamento do serviço, e aqui segundo Tavares (1990, p.210), são utilizados indicadores que meçam a prestação de cuidados de saúde, ou externas, caso visem o impacto das atividades sobre a população, onde são utilizados indicadores que meçam o estado de saúde.

Neste relatório recorreremos à avaliação interna, pois procedemos à realização em equipa de uma entrevista *Focus Group* que incluiu a análise *SWOT*, para determinarmos a eficiência da

aplicação do programa de decisão e intervenção (algoritmo), ou seja, que benefícios trouxe este projeto para a equipa como meio facilitador de prestação de cuidados no processo de capacitação do cuidador informal, com inclusão de duas sessões de educação para a saúde.

A análise *SWOT*, foi uma análise desenvolvida na década de 1960, por Edmund P. Learned, C. Roland Christiansen, Kenneth Andrews, and William D. Guth. Este tipo de análise é usado para detetar desvantagens de uma organização ou de um sistema de informação, para que as ameaças possam ser eliminadas (Varga, 2015).

Os acrónimos *SWOT*, significam S, pontos fortes, W, pontos fracos, O, oportunidades e T, ameaças. Com esta aplicação podem-se avaliar os pontos fortes e fraquezas dentro do ambiente interno (instituição/sistema), assim como, as ameaças e oportunidades que surgem do ambiente externo, contribuindo para a melhoria do desempenho da organização (Barbosa *et al.*, 2017).

Para uma leitura simplificada e de melhor compreensão deste tipo de análise, apresentamos os resultados sintetizados em forma de tabela.

Tabela nº 7: Resultados da Entrevista *Focus Group* – Análise *SWOT*- Algoritmo de Decisão e Intervenção

Pontos Fracos	Pontos Fortes
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouca divulgação; ✓ Pouca formação; ✓ Pouco esclarecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instrumento facilitador e orientador de trabalho e registo, permitindo a formação e capacitação de novos colegas; ✓ Síntese para intervenção junto do cuidador/utente; ✓ Uniformização de informação junto do cuidador/utente; ✓ Rentabilização e gestão de processos em tempo útil (desde a admissão, ao processo de capacitação ao encaminhamento e preparação para a alta).
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estender a atuação a outras atividades, programas de intervenção comunitária e Banco de Apoio Técnico; ✓ Discussão de estratégias em interface; ✓ Formação e divulgação. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constante atualização do programa informático SClinic, alterando modos de registos; ✓ Escassez de dispositivos móveis disponíveis no serviço.

Assim pode-se aferir que a construção do algoritmo de decisão e intervenção no processo de capacitação do cuidador informal constituiu para a equipa uma mais valia, revelando-se um instrumento simplificador e uniformizador de atuação, no processo, permitindo uma rentabilização e agilização de recursos em tempo útil.

Para a equipa a aplicabilidade do algoritmo pode ainda ser alargada a outras áreas e programas de intervenção, sendo devidamente testado.

Verificou-se, no entanto, que é um programa que quer pela limitação temporal, quer pela especificidade, do programa que sustentou a sua construção (SClinic), carece ainda de alguma divulgação e formação, criando algumas dúvidas nos seus intervenientes. Neste sentido é visto ao mesmo tempo como uma oportunidade de formação em serviço.

Esta construção obrigou a que fossem identificadas as necessidades específicas de cada cuidador, assim como a determinação das prioridades de atuação, etapa crucial no planeamento estratégico de intervenção, tal como foi salientado na nossa revisão integrativa da literatura, e corroborado por outros autores, como Melo *et al.* (2014) ou Orlandi *et al.* (2017), que defendem uma avaliação individual e estruturada do cuidador.

Desta forma esta metodologia, contribuiu para uma monitorização efetiva do projeto, desenvolvido na visita domiciliária diariamente pela equipa da UCC, permitindo a redefinição de estratégias de melhoria no desempenho do processo de capacitação do cuidador, assim como a identificação de barreiras nesse mesmo processo.

Reportando agora à aplicação do programa junto dos cuidadores informais no seu processo de capacitação, para a sessão da alimentação no Diabético, iniciou-se por uma apresentação dos temas a abordar, seguido de definição de conceitos, explicação da importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis, visionamento de um filme sobre o tema, com duração de 8 minutos.

Seguidamente efetuou-se a aplicação de um questionário incluído na sessão que integra o algoritmo, com questões de verdadeiro/falso sobre o tema, para validação dos conhecimentos adquiridos. Para avaliação da sessão utilizou-se escala de medida adaptada (Escala Hedónica Mista), cujos resultados podem ser observados na tabela seguinte. Foi utilizado este tipo de escala, pois esta constitui um método mais preciso que os questionários, exprimindo um ponto de vista sobre um tema (Fortin, 2009).

Tabela nº 8: Registo de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente: “A Diabetes e Alimentação”

Visita Domiciliária	Resultado do Questionário Total de 6 Questões	Avaliação da Sessão
Dia		
A 20.11.2017	4 Respostas Certas	3
B 27.11.2017	5 Respostas Certas	4
C 04.12.2017	6 Respostas Certas	5
D 19.12.2017	4 Respostas Certas	4

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela nº 9: Escala Hedónica Mista



Fonte: Adaptação Tolia, Han, North & Amer (2005)

A sessão sobre posicionamentos/mobilizações, foi dividida em duas partes, sendo uma teórica, onde foram apresentados os temas a abordar, seguidamente, dado a conhecer a importância que a mobilização e levante têm para a prevenção de complicações músculo-esqueléticas, úlceras de pressão e respiratórias, identificação de sinais de úlcera de pressão e materiais utilizados na sua prevenção. E uma componente prática onde foi realizada instrução sobre alternância de decúbitos (dorsal e laterais) e levante para cadeirão/cadeira.

A avaliação da sessão foi feita com base na observação direta do desempenho de cada cuidador, como se pode observar nas tabelas seguintes. Para avaliação da sessão foi igualmente aplicada a escala de medida adaptada (Escala Hedónica Mista).

Tabela nº 10: Grelha de Observação Direta

Grelha Observação Direta		
Objetivos	Cumprido	Não Cumprido
Identificar zonas de pressão		
Aplicar materiais de prevenção de Úlceras Pressão		
Cumprir a maioria das indicações no posicionamento dorsal		
Cumprir a maioria das indicações no posicionamento lateral		
Manter postura corporal aquando das transferências do utente		

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela nº 11: Registo de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do Outro? – Cuidar da Pessoa Dependente: Posicionamentos/Mobilizações”

Visita Domiciliária Dia	Resultados Grelha Observação Direta	Avaliação da Sessão
E 13.11.2017	2 Objetivos Cumpridos	4
E.1 12.12.2017	3 Objetivos Cumpridos	4
F 19.11.2017	2 Objetivos Cumpridos	4
F.1 06.12.2017	4 Objetivos Cumpridos	4

Fonte: Elaborado pelo autor

Para manter a confidencialidade e anonimato dos intervenientes, procedeu-se à codificação dos cuidadores por letras, como pode ser observado nas tabelas acima apresentadas.

Como se pode observar, relativamente à sessão de educação, sobre a alimentação no Diabético, os resultados obtidos, foram bastante satisfatórios, pois todos os cuidadores responderam de forma acertada a 4 ou mais questões, em 6 possíveis. Referiram ainda um elevado grau de satisfação com a sessão, enaltecendo a presença do vídeo, pelo que a inclusão deste, revelou-se uma excelente estratégia no reforço da informação transmitida, especialmente junto dos cuidadores com baixo nível de literacia.

Na sessão sobre os posicionamentos/mobilizações realizada a dois cuidadores, verificou-se a necessidade, de reforçar o ensino, levando depois a uma melhoria do seu desempenho.

O tempo projetado para a realização das sessões foi cumprido na sua maioria, no entanto em alguns casos, excedeu-se o tempo previsto, o que reflete uma necessidade de adequação da informação ou gestão temporal.

Os resultados obtidos em ambas as sessões de educação para a saúde refletem a importância que este tipo de programas pode ter para uma possível obtenção de ganhos em saúde, pois com a inclusão destas duas sessões o algoritmo constituiu um suporte efetivo para a otimização do processo de capacitação dos cuidadores, devendo desta forma a sua aplicação ser alargada a todos os utentes da UCC, atendendo igualmente a outras áreas do autocuidado. Neves *et al.* (2017), através da sua revisão integrativa da literatura, identificou a falta de tempo e a forma como era transmitida e monitorizada a informação pelos profissionais de saúde, como uns dos problemas mais mencionados pelos cuidadores. Havendo, portanto, uma necessidade se atender à forma/qualidade e quantidade de informação fornecida aos cuidadores, sem nunca esquecer as suas especificidades individuais.

Estes resultados vêm ainda ao encontro deste e outros estudos, que salientam a importância do aumento da literacia em saúde, para que se empodere o cidadão, podendo desta forma objetivarmos ganhos efetivos em saúde. Sendo também esta premissa uma das linhas estratégicas traçadas pelo PNS extensão e revisão a 2020.

Embora os indicadores definidos, tenham permitido atingir os objetivos traçados para o Estágio Final, a duração do mesmo (4 meses), não permitiu aferir o real impacto da criação do programa, pois isso implica a verificação de alteração de padrões comportamentais a médio longo prazo, ultrapassando os prazos previamente definidos para o Estágio Final.

No entanto, com o cumprimento dos objetivos traçados, esperamos ter contribuído para a otimização de atuação da equipa no processo de capacitação do cuidador informal.

Em jeito de síntese, pode-se referir que uma intervenção precoce e eficiente na comunidade assume um papel preponderante junto do cidadão, neste caso cuidador informal, onde os cuidados de saúde primários e rede nacional de cuidados continuados integrados são peças fundamentais no processo.

Já no manual de linhas orientadoras de atuação, sobre cuidados integrados para pessoas idosas, produzido pela WHO, em outubro de 2017, salienta que existe uma necessidade urgente de desenvolver abordagens abrangentes na identificação e levantamento dos problemas dessas pessoas, onde os profissionais ao nível dos cuidados de saúde primários assumem um papel preponderante, realçando ao nível dos cuidadores a necessidade de apoio psicológico, treino e acompanhamento (WHO - ICOPE, 2017).

Passa, portanto, pelos profissionais de saúde, garantir uma identificação individualizada das necessidades de cada cuidador de forma eficiente; utilizar meios de transmissão de informação, que permitam um aumento da literacia em saúde, como programas educacionais; em que estas ações sejam realizadas em tempo útil por forma a garantir a satisfação das necessidades de cada cidadão, onde neste sentido, pode-se destacar o algoritmo construído e aplicado nesta UCC.

3. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA

3.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“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” (OE, Regulamento 122/2011, p.8649).

A Enfermagem é uma profissão que, nos últimos anos viu o seu espectro evoluir quer ao nível da área da formação, quer no exercício da sua prática profissional diária, constituindo na área da saúde, uma das profissões de maior relevo.

Esta assume tal dimensão, pois tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma holista, potenciando a sua recuperação como um todo, não apenas como parte da doença, permitindo a sua reintegração na sociedade.

Assim o enfermeiro assume-se como o profissional, a quem foi reconhecida esta capacidade, dotado de competências científicas, técnicas e humanas, que além da prestação de cuidados gerais de saúde ao indivíduo, família e grupos ou comunidade, aos três níveis de prevenção, atua também de forma especializada de acordo com a sua área de especialidade (REPE, Lei nº 156/2015).

A Enfermagem tem ainda a particularidade de ser uma profissão, uma ciência ou uma arte, em que existe uma associação, um vínculo, entre a componente teórica e a componente prática, ou seja, o enfermeiro ao exercer a sua função está no fundo a testar toda a componente teórica apreendida ao longo da sua formação, pois é esta que serve de suporte à sua intervenção no campo, ao mesmo tempo que executa uma reflexão crítica da sua prática diária, sendo, portanto, também ela um instrumento fornecedor de conhecimento e crescimento enquanto profissional, permitindo uma melhoria do seu desempenho.

Desta forma podemos considerar que todo o percurso realizado, desde o Estágio I, ao Estágio Final, foi todo ele um instrumento fornecedor de conhecimento, de capacidade de autoanálise, reflexão e crítica, fomentando e testando o desenvolvimento de todas as competências de atuação enquanto enfermeiro especialista comum, especialista em saúde comunitária e de saúde pública e enquanto mestrando.

Como tal, no exercício enquanto enfermeiro especialista, foi tido em conta os quatro domínios que regulam a prática profissional, sendo eles:

- 1- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:** *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

“Cuidar do outro”, de uma forma holista atendendo às suas necessidades específicas, é uma das premissas desta profissão, como tal neste domínio, desenvolvemos a nossa prática de acordo com o ambiente e a cultura em que estivemos inseridos, ou seja, uma população maioritariamente envelhecida, com costumes e culturas muitos enraizados, pelo que a tentativa de criação de uma relação empática foi de extrema importância, procurando então depois direcionar a nossa atuação às necessidades de cada um, de acordo com os seus valores e princípios culturais.

Para isto contribuiu o apoio e assertividade da equipa, que procurou sempre enquadrar-nos nesse ambiente, promovendo assim um contexto relacional propício ao desenvolvimento do nosso trabalho, onde todas as ações e necessidades foram discutidas no seio do grupo, seguindo os enquadramentos legais exigidos, como as autorizações providas pelo ACES, para realização do estágio e diagnóstico de situação e a manutenção da confidencialidade e anonimato na recolha e tratamento dos dados.

Assim este estágio contribuiu para que refletíssemos sobre a importância, que a cultura assume na nossa prática diária, onde devemos respeitar as crenças e valores de cada um, procurando atender e satisfazer as suas necessidades, enquadrados no ambiente em que se inserem, pelo que desta forma pensamos ter atingido competências no domínio referido.

2 – Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.*

Para o desenvolvimento desta competência, em muito contribuiu a metodologia de trabalho desenvolvida pela equipa, onde a sua ação assenta em construção de planos de atuação, nas diferentes áreas, como a saúde escolar, a monitorização da ECCI, com metas e indicadores previamente definidos a nível nacional, que requerem posteriormente a avaliação, e redefinição de estratégias de atuação.

Aqui as reuniões iniciais com a Enf.^a Supervisora e equipa para recolha de informação, assumiram enorme relevo, pois permitiram-nos tomar conhecimento dos programas de intervenção em que se encontravam inseridos, bem como era feita a sua monitorização e indicadores de avaliação a que estavam sujeitos. Esta observação e participação permitiu a construção dos alicerces do nosso trabalho (construção do algoritmo de decisão e intervenção), sendo este inserido no programa de melhoria contínua de qualidade e processos assistenciais e integrados, da UCC, encontrando-se em fase de implementação.

A destacar também a participação ao longo do estágio em projetos já implementados pela equipa, no âmbito da saúde escolar, onde realizámos algumas atividades, inseridas no Projeto Regional, promovido pela ARSA, “A minha lancheira”, no âmbito da alimentação saudável e atividade física, ou sobre atuação emergente, com sessões de educação para a saúde sobre suporte básico de vida a realizar a alunos do primeiro e segundo ciclo.

Participámos também em parceria com a autarquia local, inserida no Projeto Sénior, em atividades de educação para a saúde, sobre a temática da Diabetes, inserida na comemoração do dia nacional do diabético, onde nos deslocámos aos diversos locais do concelho, para procedermos à atividade.

Todas as ações foram desenvolvidas procurando sempre respeitar o ambiente em que nos encontrámos inseridos (UCC, domicílio dos utentes, sala de aulas), ao mesmo tempo que fomentámos atividades de educação aos utentes e seus familiares.

Por tudo aqui descrito, pensamos ter igualmente adquirido competências neste domínio.

3 – Competências do domínio da gestão dos cuidados: *Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.*

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências, foi preponderante o acompanhamento e colaboração com a Enf.^a Supervisora, no desenvolvimento das suas funções enquanto enfermeira coordenadora da UCC. Ser um líder é muito mais que gerir recursos humanos e materiais, é informar, educar, ouvir, promover, delegar, colaborar, defender.

Da observação realizada durante este estágio, percebemos que para uma eficiente gestão dos cuidados, é necessário desenvolver também ele um conjunto específico de competências, aptidões. Para gerir, temos de ser portadores de conhecimento, pelo que, sempre que durante o estágio houve alterações sobre qualquer legislação com implicação para os cuidados e funcionamento da unidade, a Enf.^a Supervisora deu conhecimento a todos os elementos da equipa e ao mestrando. Fomos ainda informados do processo de requisição de recursos e todo o funcionamento com os parceiros existentes na comunidade.

A comunicação entre a equipa, e da equipa com os utentes assume-se também como um processo fundamental na gestão dos diferentes papéis, conflitos e recursos, pelo que a postura, o *saber ouvir* e *saber estar*, estabelecimento de uma relação empática, foram instrumentos fundamentais na aquisição destas competências.

Tivemos ainda a oportunidade de estabelecer contatos com outras unidades e com a autarquia local, por forma a proporcionar momentos de partilha de informação e convívio entre os nossos utentes, com os de outras unidades, inseridos no mesmo âmbito de atuação, como foi o caso de atividades desenvolvidas para os cuidadores informais, de duas UCC's da Região de Évora, constituídas por atividades de lazer e partilha de informação e de educação para a saúde, em dois momentos distintos, 19.12.2017 e 23.01.2018. Desta forma, colaborámos na gestão dos cuidados e dos diversos programas em que participámos ao longo do estágio e acima descritos.

Neste sentido pensamos ter atingido as competências definidas para este domínio.

4 – Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Neste domínio foi nosso princípio atuar em conformidade com os conhecimentos que possuíamos de base, mobilizando também os adquiridos durante o processo académico teórico e prático (estágio), que procurámos sempre aprofundar e consolidar. Como tal, foi importante a discussão com a Enf.^a Supervisora e elementos da equipa, sobre a nossa prática diária, e pesquisa bibliográfica realizada, por forma a que esta partilha e discussão de informações fomentasse o nosso crescimento pessoal e enquanto enfermeiro especialista.

Assim sustentámos a nossa atuação com base nos princípios éticos e legais que regulam a nossa profissão, procurando utilizar métodos científicos eficientes, como a metodologia do planeamento em saúde. Realizámos ainda uma revisão integrativa da literatura, que serviu de sustentação teórica ao nosso relatório de estágio, onde foram incluídos estudos e publicações de qualidade sobre a temática do cuidador informal e das intervenções de enfermagem a desenvolver junto deste, visando a compreensão do fenómeno através da evidência, o que nos permitiu desenvolver um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visita domiciliária com procedimentos de educação para a saúde.

3.2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

A um enfermeiro é-lhe exigida uma qualidade técnica e científica, mas de igual forma, uma qualidade humanizadora, que obedeça a um dos princípios éticos e morais que pende a sua conduta profissional, a de proporcionar o bem-estar físico e moral a um ser humano. É nesta premissa, que o enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública incide a sua atuação,

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (OE, Regulamento nº128/2011, p.8667).

Segundo o Despacho N.º 12427/2016, Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017- 2025, de julho de 2017, o índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5%, em 1961 para, 143,9% em 2015 (Costa, 2017). Isto trouxe profundas alterações no padrão da nossa sociedade, e conseqüentemente conduziu ao surgimento de novas necessidades, como neste caso, o aumento da qualidade de anos de vida ganhos, com novas estratégias definidas ao nível nacional, e não só, para este fim. Entre as medidas nacionais destacamos o aumento da literacia em saúde, a acessibilidade aos cuidados e manutenção ou aumento da funcionalidade.

Assim e após o diagnóstico da situação realizado junto da equipa de saúde de uma UCC da Região de Évora, surgiu o Estágio Final, que culminou com a atividade principal a incidir no processo de otimização de estratégias de atuação para capacitação do cuidador informal.

Neste contexto, através do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro, a OE define como a primeira competência do enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública:

- “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667).

Para esta primeira competência, foi então por nós desenvolvida a realização do diagnóstico de situação, por forma a identificar problemas e determinar necessidades, da comunidade onde efetuámos o estágio, acabando por direcionar a nossa atuação prioritária para a capacitação do cuidador informal, através de otimização de estratégias de atuação da equipa, que nos conduziu

à construção de um algoritmo de decisão e intervenção, com inclusão de duas sessões de educação para a saúde, promovendo a satisfação das necessidades dos cuidadores ao nível do autocuidado.

Assim ao realizarmos o estágio final e o presente relatório à luz da metodologia do planeamento em saúde, podemos salientar que:

- ✓ Procedemos à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade (Unidade de Competência);

Para isto contribuíram as reuniões com a orientadora pedagógica, com os elementos da equipa multidisciplinar, a pesquisa, recolha e tratamento de dados demográficos e indicadores de saúde da região onde realizámos o estágio, permitindo caracterizar a comunidade e definir a nossa linha orientadora de atuação. Desta forma integrámos o conhecimento sobre os determinantes da saúde na conceção do diagnóstico de saúde da comunidade; as variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes de saúde; identificámos os determinantes dos problemas de saúde em contexto do envelhecimento à comunidade; identificámos as necessidades em saúde da comunidade (envelhecimento); estabelecemos uma rede de causalidade dos problemas de saúde da comunidade.

- ✓ Estabelecemos as prioridades em saúde de uma comunidade (UC);
- ✓ Formulámos objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas (UC);

Aqui de acordo com as entrevistas realizadas aos elementos da equipa, permitiu-nos recolher os dados necessários para definirmos critérios prioritários de atuação, assim como os objetivos e estratégias face às necessidades mencionadas.

Assim utilizámos critérios objetivos para definir as principais prioridades em saúde; integrámos as orientações estratégicas definidas no PNS na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde da comunidade; utilizámos os dados do perfil de saúde na definição dos objetivos e estratégias; definimos objetivos mensuráveis que permitem mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde da comunidade; concebemos estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondem aos objetivos definidos;

promovemos a coparticipação dos diversos setores da sociedade (testemunho privilegiado do Enf.º Coordenador e Responsável pelos registos e monitorização do programa SCLinic, do ACES,AC) na definição dos objetivos; atendemos aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade.

- ✓ Estabelecemos programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados (UC);

Neste contexto procedemos à conceção do projeto de intervenção comunitária, direcionado à otimização de estratégias de atuação para capacitação do cuidador informal, com construção de um algoritmo de decisão e intervenção a ser usado pela equipa no processo de capacitação, procurando satisfazer as necessidades dos cuidadores em torno da temática do autocuidado. Tendo sido realizadas duas sessões de educação para a saúde (alimentação e posicionamentos, necessidades definidas como prioritárias para a equipa).

O projeto revelou ser um instrumento de extrema importância, pois serviu como um guia orientador para o nosso estágio. Como tal, concebemos e planeámos intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde; implementámos intervenções para problemas de saúde pública complexos; otimizámos e maximizámos os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes ao projeto de intervenção; mobilizámos os responsáveis organizacionais (Enf.ª Coordenadora UCC) nas intervenções nos problemas de saúde identificados; disponibilizámos informação baseada na evidência científica de suporte às decisões em saúde aos responsáveis organizacionais; promovemos o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

- ✓ Avaliámos programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (UC);

Para esta unidade de competência, foi importante a realização em equipa da análise *SWOT*, pois permitiu à equipa aferir os benefícios e as ameaças do projeto implementado, dando a possibilidade de redefinir estratégias. Assim monitorizámos a eficácia do projeto de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade; sistematizámos os indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política e

atualizámos o perfil de saúde sendo passível de ser utilizado como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.

Ao seguirmos a metodologia do planeamento em saúde, em contexto promotor de saúde ao indivíduo e comunidade, obrigou-nos a aprofundar os nossos conhecimentos sobre a metodologia em causa, executando meticolosamente cada etapa que o define, indo assim ao encontro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

- “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667);
- ✓ Liderámos em parceria com os elementos da equipa da UCC de Região de Évora, com o Enf.º H.M, autarquia local e escolas, processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades (cuidadores informais) na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania (UC);

Para isto, participámos em parceria com a equipa da UCC e outras instituições da comunidade (escola 1º e 2º ciclo, autarquia local) nos projetos de intervenção comunitária dirigidos a vários grupos (crianças, adolescentes e cuidadores informais); pesquisámos e diagnosticámos problemas e fatores de risco de saúde da comunidade; mobilizámos parceiros da comunidade (escola, autarquia local) para identificar e resolver os problemas de saúde; concebemos, planeámos e implementámos um projeto de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupo tendo em conta as suas especificidades culturais; intervimos num grupo com necessidades específicas, em termos culturais e económicos (cuidadores informais maioria idosos, com dificuldades económicas e de acesso as cuidados de saúde); mobilizámos e integrámos conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação da comunidade.

- ✓ Integrámos nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais (UC);

Para atingirmos esta unidade de competência, concebemos e planeámos um programa de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico de situação realizado; coordenámos, dinamizámos e participámos no programa de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde aos cuidadores informais e crianças e adolescentes da referida comunidade; avaliámos o programa de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde aos cuidadores informais.

- ✓ Procedemos à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade (UC);

Nesta unidade de competência demonstrámos conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde; Procurámos utilizar conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação da comunidade; usámos modelos e estruturas concetuais do âmbito da promoção e educação para a saúde (Teoria do Défice de Autocuidado: D. Orem); utilizámos abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde; sistematizámos e documentámos o projeto de intervenção comunitária; identificámos necessidades específicas de informação da comunidade; gerimos e disponibilizámos informação adequada às características da comunidade; concebemos instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação; utilizámos estratégias que promoveram a procura de informação pela comunidade; procedemos à avaliação do processo e resultados das atividades de informação (avaliação das sessões de educação para a saúde com questionário e grelha de observação direta e projeto através da análise *SWOT*.

- “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e Participa na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667);
- ✓ Participámos na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes do Programa de Saúde conducentes aos objetivos do PNS (UC);

Para atingirmos esta unidade de competência, participámos e comprometemo-nos com os processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde; cooperámos na coordenação do programa de saúde que integra o PNS; identificámos e monitorizámos os resultados obtidos no programa de saúde; otimizámos a

operacionalização do programa de saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária; introduzimos elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização do programa de saúde; fornecemos antecipadamente as orientações para a implementação do programa de saúde; otimizámos e maximizámos os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes ao programa de saúde; analisámos, interpretámos e esclarecemos o impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução do programa de saúde.

- “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico – Envelhecimento – capacitação cuidador informal de uma região do Distrito de Évora” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667);
- ✓ Procedemos à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica (UC);

Sobre esta UC, concebemos com o algoritmo um instrumento de colheita de dados para a vigilância epidemiológica; efetuámos registos no programa SClinic, contribuindo assim para esta monitorização; utilizámos modelos conceituais explicativos na vigilância epidemiológica (Teoria do Défice de Autocuidado: D. Orem); utilizámos a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

3.3 - Competências de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei Nº 63/2016 de 13 de setembro, capítulo III, Artigo 15º, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, para que seja conferido o Grau de Mestre, numa determinada área especializada, é necessário possuir e saber aplicar um elevado nível de conhecimentos e de capacidade de compreensão, na resolução de novos problemas e situações não familiares; ter a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas; ser detentor da capacidade para comunicar as suas conclusões e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara, sem ambiguidades e possuir competências

que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Assim, podemos dizer que todas as atividades e estratégias desenvolvidas ao longo deste percurso, foram objetivadas para a aquisição das competências de Mestre, que de seguida expomos de forma simplificada, de acordo com o definido para o atual curso de mestrado em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proativa em equipas e em projetos em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Desta forma, e em jeito de conclusão reflexiva sobre estes três subcapítulos, referimos que tanto o Estágio I, como no Estágio Final, foram desenvolvidos assentes no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, como já referido.

Nesse período foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, por forma a que todas as nossas tomadas de decisão e ações fossem baseadas na evidência científica, permitindo assim a aquisição de competências na prestação, gestão e supervisão dos cuidados na área da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Como já aqui explanado neste relatório, várias atividades foram desenvolvidas ao longo do estágio, sendo a prioritária, a construção em conjunto com a equipa de uma UCC da Região de Évora, e com o apoio do Enf.º Coordenador e Responsável pelos registos e monitorização do programa SCLinic do ACES,AC, de um algoritmo de decisão e intervenção, como instrumento otimizador de atuação no processo de capacitação do cuidador informal, atendendo às necessidades dos mesmos, que segundo a equipa, recaíram na temática do autocuidado.

Para chegarmos a este ponto, foi necessário recorrermos a uma reflexão prática diária, desenvolvermos uma capacidade de análise reflexiva autocrítica, assim, como uma busca exaustiva de conhecimentos científicos, tendo para isso contribuído e muito, a revisão integrativa realizada, que sustentou a nossa atuação, dando assim respostas às diferentes necessidades.

Com estes procedimentos, fomos ao encontro de diretrizes e estratégias definidas a nível mundial (WHO) e nacional contribuindo para um envelhecimento saudável e ativo, nomeadamente ao nível da capacitação de cuidadores informais da região referida neste relatório, colaborando com a equipa de profissionais de uma UCC, no processo de otimização da sua atuação nesta temática.

A colaboração e participação com a equipa da UCC, em outras atividades e programas, mais especificamente no âmbito da saúde escolar, contribuíram de igual forma para a aquisição e desenvolvimento das competências enquanto enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, chegando assim igualmente às competências de mestre.

4. CONCLUSÃO

Assistimos atualmente a um desenvolvimento das sociedades e dos cuidados de saúde em geral, onde se observam alterações ao nível dos determinantes em saúde, tais como, alterações demográficas e estilos de vida, que conduziram à redefinição das políticas de saúde um pouco por todo o mundo.

A excelência dos cuidados de saúde e neste caso, cuidados de enfermagem, alicerçados em fortes evidências científicas, tendo como objeto de ação a saúde do indivíduo, grupo ou comunidade, é uma preocupação a nível mundial. Em diversos estudos, normas e diretrizes nacionais e mundiais é referido que o *empowerment* do cidadão constitui um dos principais objetivos das novas políticas de saúde. Com este, o cidadão pode usufruir da plenitude do seu direito da cidadania, garantindo-se assim a equidade na acessibilidade aos cuidados, que se constituem como uns dos principais objetivos das novas políticas de saúde.

De acordo com o *Global strategy and action plan on ageing and health* (2016-2020), produzido pela WHO, em 2050, uma em cada cinco pessoas terá uma idade igual ou superior a 60 anos. Portugal não é exceção, verificando-se igualmente um decréscimo da natalidade e população jovem, contrapondo-se a um aumento da longevidade e da população idosa (Costa, 2017).

Viver mais, não significa que o façamos com qualidade. O aumento da longevidade, traz consigo outras questões subjacentes, as alterações fisiológicas, onde se verifica uma prevalência de doenças crónicas e um aumento do grau de dependência dos indivíduos, acompanhados muitas vezes de um variado leque de recursos deficitários, como baixa literacia, pobreza e dificuldade de acessos aos cuidados.

Em todo o mundo, estima-se que existam 349 milhões de pessoas a depender de cuidados de terceiros, em que 29%, 101 milhões sejam pessoas com 60 anos e mais (WHO - ICOPE, 2017).

Como tal, atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, exige que sejam identificadas as aspirações e necessidades dos indivíduos, avaliando o meio ambiente

envolvente e recursos existentes, onde o cuidador informal pode depois desempenhar um papel fulcral, sendo ele parte constituinte dos cuidados.

Porém, também eles (cuidadores informais), têm as suas próprias necessidades, na transição e desempenho do papel de cuidador, que devem de igual forma ser avaliadas e identificadas.

Cabe aos próprios indivíduos/comunidades, às entidades governamentais, às diversas instituições que compõem a comunidade e aos profissionais de saúde, o processo de avaliação, articulação e promoção da saúde, onde o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública assume um papel de relevo, com a metodologia do planeamento em saúde.

Sendo a Enfermagem uma das áreas do conhecimento, que tem como dimensões o cuidar e o educar, é dever do enfermeiro desenvolver competências nesses domínios, ou seja, com base no planeamento em saúde, o enfermeiro, vai escutar, observar, identificar crenças, valores, práticas e costumes enraizados de cada indivíduo, grupos ou comunidades, sobre a sua saúde, procurando depois numa simbiose harmoniosa entre o *saber saber*, o *saber fazer* e o *saber estar*, articular todos os recursos disponíveis, numa tentativa de promover e garantir uma prática segura e equitativa dos cuidados, permitindo assim ao indivíduo uma possibilidade de aprendizagem, participação e escolha nesses mesmos cuidados.

É neste processo que se estabelece uma relação empática, em que quanto maior for essa mesma relação, maiores serão os ganhos para os utentes e conseqüentemente maiores serão os ganhos em saúde da população.

Este contexto traz consigo desafios e exigências à prática profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, especialmente no capítulo da definição e otimização das suas estratégias de atuação.

Assim, após a realização do diagnóstico de situação junto da equipa de uma UCC da Região de Évora, foi determinado pelo mestrando em conjunto com equipa e orientadora pedagógica, proceder à construção de um programa de decisão e intervenção, como instrumento otimizador de atuação no processo de capacitação do CI, com inclusão de duas sessões de educação para a saúde, sobre temáticas envolvidas no autocuidado.

A revisão integrativa da literatura levada a cabo pelo mestrando, em conjunto com o diagnóstico de situação realizado, permitiu aferir que os cuidadores informais, carecem de vários tipos de necessidades. Na sua maioria prendem-se com necessidades de informação, transmissão de conhecimentos sobre as patologias, sobre como atuar perante a dependência do utente a seu cargo. Verificámos ainda que dão muita importância ao modo como essa informação é fornecida, e ao tempo que os profissionais despendem na realização dos ensinamentos ou simplesmente no tempo em que lhe prestam apoio.

Neste sentido, o algoritmo construído veio revelar-se um instrumento extremamente útil, pois permitiu à equipa, identificar e priorizar as suas necessidades de intervenção, constituindo um instrumento orientador e sintetizador de análise, permitindo uma uniformização de atuação e transmissão de informação ao cuidador, agilizando os recursos disponíveis em tempo útil.

Com isto conseguimos identificar o perfil de cada cuidador, chegámos mais perto das necessidades específicas dos cuidadores informais incluídos na área do estudo, disponibilizámos mais tempo para suporte e acompanhamento efetivo dos mesmos, premissas estas importantes no processo de capacitação dos cuidadores e realçadas na literatura recente.

A inclusão de duas sessões de educação para a saúde com base no autocuidado, foi igualmente importante, pois desta forma, contribuímos para a criação e o desenvolvimento de programas educacionais neste âmbito, constituindo uma forma de potenciarmos os cuidadores e com isso poderemos vir a obter potenciais ganhos em saúde.

Podemos constatar nos resultados apresentados neste relatório, que ao nível da sessão de educação para a saúde sobre os posicionamentos/mobilizações, ambos os cuidadores evoluíram no seu processo de aprendizagem, aumentando o conhecimento.

No entanto devemos salientar algumas limitações resultantes da aplicação deste mesmo instrumento, apontadas pela equipa e por nós verificadas, que se prendem com o facto de o programa de registos, SCLinic, que serviu de base à construção do algoritmo, estar em constante atualizações de linguagem e metodologia, pelo que obriga de igual forma a uma constante atualização dos focos utilizados no instrumento. Outro fator apontado, passa pela própria organização do programa, com falta de referências bibliográficas para a definição de critérios de alguns registos, podendo conduzir a uma avaliação subjetiva por parte do profissional.

Devemos ainda referir que a durabilidade do estágio, não nos permitiu aferir o real impacto causado pela implementação do algoritmo, na obtenção de ganhos em saúde, para os cuidadores e utentes, pois implicaria uma avaliação e monitorização mais alongadas, por forma a verificarmos a alteração comportamental, reflexa das ações educativas para a saúde.

No entanto, é-nos igualmente importante dizer, que sendo a Enfermagem, uma profissão, que tem no seu foco o indivíduo, na sua perspetiva holista, o enfermeiro desempenha um papel fundamental em todo o processo de capacitação do cuidador informal, sendo imperativo uma avaliação individual das suas necessidades, para posteriormente priorizar e otimizar as suas intervenções, dotando os cuidadores de todos os meios e recursos disponíveis, para que estes possam constituir um suporte efetivo para o utente que têm a seu cargo. Desta forma, pode-se perspetivar a obtenção de ganhos em saúde e que o enfermeiro seja visto como um parceiro ideal neste caminho.

Desta forma, e de acordo com estratégias políticas recentemente definidas, o desenvolvimento e aplicação deste tipo de programas educacionais devem ser um caminho a seguir na rede de cuidados saúde primários e cuidados continuados integrados, com a avaliação e monitorização respetivas, constituindo uma mais-valia para os profissionais, ao nível da otimização da sua atuação, refletindo-se depois nos utentes/cuidadores e mais tarde no sistema nacional de saúde, pelo que sugerimos que mais estudos deste tipo sejam desenvolvidos e divulgados.

Numa breve análise ao estágio realizado, realçamos a importância desta experiência (prestação de cuidados de saúde numa comunidade), enquanto meio de crescimento profissional e pessoal, uma vez que, os onze anos de prática profissional, foram desenvolvidos em âmbito hospitalar, onde muitas vezes a vertente da promoção da saúde é pouco valorizada. Realidade esta que no início deste estágio também se revelou como um pequeno obstáculo, pois implicou uma nova visão, nova linguagem, no fundo a adaptação a um novo contexto, mas é isso que nos faz crescer e evoluir.

Assim pensamos que todos os objetivos, todas as estratégias e atividades, levadas a cabo no decorrer do Estágio Final, conduziram ao desenvolvimento, do pensamento crítico, capacidade para avaliar e decidir, assim como o estabelecimento de relações interpessoais e de ajuda,

fomentando práticas de cuidados especializados e de excelência, premissas estas que devem estar presentes nas competências de mestre.

5. BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Alentejo I.PP. [ARSA] (2013). *Perfil Regional de Saúde*. Acedido a 02 de setembro de 2017. Retrieved from: www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/PlaneamentoEstrategico/Documents/Perfil_Regional_Saude.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2017). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1.º semestre 2017*. Retrieved from: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf

Araújo, I., Paul, C., Martins, M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desafios de quem cuida. *Ciência Cuidados Saúde*, 8(2), 191-197 Retrieved from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8198/4925>

Barbosa, B., Almeida, J., Barbosa, M., Rossi-Barbosa L. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (08), 3317-3325 Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>

Barbosa, N. *et al.* (2017). Health Education: The use of SWOT Matrix for project analysis. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(11), 4298-304. Retrieved from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25148-50449-1-SM.doc/24626>

Base de dados Portugal Contemporâneo (Pordata).(2017). *Densidade Populacional*. Acedido a 2 de setembro de 2017. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>

Base de dados Portugal Contemporâneo (Pordata).(2017). *Densidade populacional segundo os Censos*. Acedido a 2 de setembro de 2017. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional+segundo+os+Censos-591>

Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Colliére, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

Costa, A. (2017) (Rel.). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017- 2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. Despacho N.º 12427/2016. Acessado em 02 janeiro de 2018, Retrieved from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Costa, S. & Castro, E. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Revista Brasileira Enfermagem*, 67(6), 979-986. Retrieved from: www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0979.pdf

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(2), 127-136. Retrieved from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400014

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho. Diário da República n.º109/2006 I Série - A. Lisboa: Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Retrieved from: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Agosto/DecLei_101_2006.pdf

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38, 1ª Série-11º artigo. Unidade de cuidados na comunidade. Retrieved from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.-282008.-DR-38-SÉRIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Decreto lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República n.º 176, 1ª série Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Diógenes M, Pagliuca L. (2003) Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24(3), 286-93. Retrieved from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4458/2399+%26cd=1%26hl=pt-BR%26ct=clnk%26gl=br>.

Direção Geral da Saúde (2014). *Portugal IDADE MAIOR em números, 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 8 de maio de 2017. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2017). *Planos Locais de Saúde. Estratégia da Saúde*. ACES Alentejo Central. Acedido em 08 maio 2017, Retrieved from:: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2017/09/Plano_Local_Saude_ACES_AC_Vfinal_.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 15 de maio de 2017. Retrieved from: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

Feio, A. & Oliveira, C. (2015). Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde SOC*, 24(2), 703-715. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/sau-soc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00703.pdf>.

Fernandes, C. & Ângelo, M. (2016) Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 675-682. Retrieved from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0675.pdf

Fortin, M. Côté, J. Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidata.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.^a ed., Lisboa: Obras avulsas.

International Council of Nurses [ICN] (2011). CIPE, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). *Projeções de População Residente em Portugal – Envelhecimento Demográfico 2015-2080*. Acedido em 02 de setembro de 2018, Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Júnior, P., *et al* (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3131-3137. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800013

Kuo L., *et al.* (2013). A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, (28), 504–513. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22778053>

Kuznier, T. P., & Lenardt, M. H. (2011). O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. *Revista de Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro*, 1(1), 70–79. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.29>

Melo, R., Rua, M., Santos, C.(2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*, (2), 143-151. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>

Mendes, F., Marques, M., Mendes, J., Lopes, M. (2014). As representações sociais do envelhecimento ativo de idosos e profissionais. In Lopes, M., Mendes, F., Silva, A., *Envelhecimento- Estudos e Perspectivas* (77-97). São Paulo: Martinari.

Ministério da Saúde. (2016). *Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Acedido a 2 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

Ministério da Saúde (2016). *Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2016*. Acedido a 2 de setembro de 2017. Retrieved from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatório-Acesso-SNS_2016-vf.pdf

Monteiro, V.(2010). *Enfermagem Comunitária: Diferentes cenários e desafios para a prestação de cuidados* (Master's thesis dissertation, Universidade Católica Portuguesa Porto). Retrieved from: https://repositorio.ucpp.pt/bitstream/10400.14/9270/1/Relat%C3%B3rio%20final_vanessa_ucpp.pdf.

Neves, P., Sequeira, C., Mar, L., Sousa, L., Ferre-Grau, C. (2017) Information needs of family caregivers of dependent individuals. *International Journal of clinical neurosciences and mental health*, 4(5),1-6. Retrieved from : <http://ijcnmh.arc-publishing.org>

Ordem dos Enfermeiros, Seção Regional do Sul (2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!* Julho. Acedido em janeiro de 2018. Retrieved from: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/PublishingImages/INVTIGA%C3%87%C3%83O/Estudo%20UCC%20SRSSul%202013_3dez2014.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (PDF). Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Orlandi, A. *et al.* (2017). Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de vulnerabilidade. *Escola Anna Nery* 21(1) 1-8. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000100213&script=sci_abstract&tlng=pt

Pelletier, C. & Lawless, H. (2002). Measuring taste acceptance neurologically impaired adults. *Elsevier Science Ltd*, 14, 595-602. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0950329302001532>

Pereira, E. (2011). *Metodologia da determinação de prioridade no planeamento regional de saúde: uma proposta* (Master thesis dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa). Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10362/9583>

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência. Série IV* (3), 157-164. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série, n.º 35 (2011). 8648-8653. Acedido em janeiro de 2018. Retrieved from: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República eletrónico, 2.ª série, n.º 35 (2011). 8667-8669. Acedido em janeiro de 2018. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf

Ricarte L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Conselho da Ribeira Grande* (Master thesis dissertation, Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto). Retrieved from: <https://repositorio-aberto.upp.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tolia, V, Han, C., North, J. & Amer (2005). Taste Comparisons for Lansoprazole Strawberry-Flavoured Delayed-Release Orally Disintegrating Tablet and Ranitidine Peppermint-Flavoured Syrup in Children. *Clin Drug Invest*, 25(5), 285-292. Retrieved from: https://www.medscape.com/viewarticle/504566_5

Varga, M. (2015). Analysis of the Health Information and Communication System and Cloud Computing. *TEM Journal*, 4(2), 149-155. Retrieved from: <http://www.temjournal.com/content/42/05/temjournal4205.pdf>

Vieira, C., Amaral, T. & Sousa, P. (2016). Envelhecimento ao longo da vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (525-534). Loures: Lusodidacta.

World Health Organization (WHO) (1978). *Alma-Ata 1978 Cuidados Primários de Saúde. Brasil*. Retrieved from: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

World Health Organization (WHO) (2016). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*. Retrieved from: <http://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>

World Health Organization (WHO) (2017). *World Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE) Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Retrieved from: <http://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>

Anexos

Anexo A
(Autorização Comissão de Ética para a Saúde, Administração Regional de Saúde do Alentejo para Realização Estudo)



06.11.2017
(Processo 16/CES/2017)

PARECER 12/2017/CES

O CONSELHO DIRETIVO 8/11/2017

O Presidente: José Marques Róbalo

O Vogal: José António Martinho Lopes

A Vogal: Paula Ribeiro Marques

Sobre o estudo «Cuidando lado a lado – Otimização de estratégias de atuação na capacitação do Cuidador Informal»

A: Relatório

A.1A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao processo nº16/2017/CES com base no pedido formulado a esta CES pelo Conselho Diretivo da ARSA e após envio de documentação pelos investigadores a 29 de Outubro de 2017. Este estudo decorre no âmbito da realização de relatório de investigação/Estágio, enquadrado no II Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, a ser realizado na [REDACTED] sob a orientação da Professora Doutora Helena Arco e supervisão da Enfª Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED] no período de 19 de setembro 2017, a 27 de Janeiro de 2018.....

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

- 1) Protocolo do estudo;.....
- 2) Modelo de Consentimento informado, livre e esclarecido;.....
- 3) Modelo dos instrumentos de recolha de dados;.....
- 4) Curriculum Vitae do investigador principal;.....
- 5) Declaração de compromisso do investigador principal relativamente à propriedade dos dados;.....
- 6) Declaração de compromisso do investigador de entrega do relatório final à CES;...
- 7) Pedido de Autorização ao ACES para realização do diagnóstico de saúde.....
- 9) Declaração da prestação de serviços no HESE;.....
- 10) Declaração da prestação de serviços no HME;



- 11) Certidão de conclusão de licenciatura;.....
- 12) Declaração da Enf.ª Coordenadora da [REDACTED].....
- 13) Declaração da Professora Doutora Helena Arco (orientadora de estágio);
- 14) CV da Orientadora de estágio.....

A.3. Resumo da Documentação

O estudo pretende realizar em conjunto com os profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Évora (através de uma amostra não probabilística, intencional de 5 elementos da equipa de saúde), um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visita domiciliária que inclua procedimentos de educação para a saúde como suporte facilitador da capacitação do Cuidador Informal, tendo em conta as necessidades identificadas pela equipa. Compreende como objectivos específicos: i) Dar continuidade ao planeamento em saúde na sequência da identificação e priorização das necessidades percebidas pela equipa de saúde da Unidade; ii) Dinamizar em conjunto com a equipa da UCC a programação, implementação e otimização de estratégias que contribuam para a promoção de comportamentos benéficos através da elaboração de um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visita domiciliária incluindo sessões de educação para a saúde a promover junto dos cuidadores.....

A metodologia a utilizar é a metodologia do planeamento em saúde, através da identificação criteriosa dos problemas e das intervenções adequadas dirigidas às necessidades.

Para a determinação e a priorização das necessidades percebidas pela equipa, serão efetuadas entrevistas semiestruturadas com recurso ao testemunho dos enfermeiros, médico e técnico de serviço social da UCC. A entrevista integra três temas: I. Processo de Referenciação à Equipa de Saúde; II. Estratégias Utilizadas para a Promoção do Acesso à Informação e Desenvolvimento de Habilidades/ Dificuldades Percebidas e III. Importância Atribuída à Capacitação do Cuidador Informal e Perspetivas de Melhoria.

Para desenvolver as intervenções sustentadas na prática baseada na evidência será efectuada pesquisa bibliográfica de estudos e publicações de qualidade sobre a temática do cuidador informal e das intervenções de enfermagem a desenvolver junto deste, visando a compreensão do fenómeno através da evidência. Serão igualmente



consultadas bases electrónicas que contenham estudos que sustentem a elaboração de um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visitação domiciliária que inclua procedimentos de educação para a saúde. Para avaliar a qualidade das publicações seleccionadas, será utilizado o “The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015”. No caso da pesquisa bibliográfica os dados a colher e tratar serão provenientes de artigos e publicações disponíveis nas bases de dados.....

A análise dos dados já anonimizados será realizada no programa Nvivo. No caso das entrevistas, estas serão anonimizadas através de codificação numérica.....

Será acautelada a assinatura do consentimento livre, explicando a natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa e à confidencialidade, e à validação dos dados recolhidos. O nome da UCC será omissa no relatório de estágio, sendo esta identificada como “Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Évora”.....

Ainda no intuito da salvaguarda da confidencialidade e anonimato, os dados serão sempre apresentados e divulgados de forma codificada com salvaguarda alfanumérica.....

Da realização deste estudo não resulta qualquer custo para os profissionais de saúde, sendo os mesmos suportados pelo investigador. O investigador compromete-se a utilizar os recursos de forma racional e responsável.....

B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.....

B.1. A relevância e pertinência do estudo estão justificadas pela quer pela bibliografia apresentada quer pela metodologia indicada.....

B.2. Em termos de benefícios esperados da realização do estudo, estes decorrem indirectamente do alcançar dos objetivos definidos que poderão permitir contribuir para traçar e implementar estratégias plurais e multidimensionais tendo no horizonte a qualidade dos cuidados e a promoção da saúde dos cuidadores familiares.....

B.3. A salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes é assegurada pela metodologia apresentada pelos investigadores

B.4. A participação no estudo não acarreta qualquer encargo financeiro para os participantes nem para a UCC.....

B.5. A destruição dos dados recolhidos deverá ser feita num prazo máximo de 3 anos após a colheita dos mesmos.....

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo, condicionado ao cumprimento do ponto B.5

Aprovado em reunião do dia 06.11.2017, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo



(Susana Teixeira)

Anexo B
(Autorização da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora para Realização Estudo)



Documento 1 8 0 9 0

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Maria de Fátima Jorge, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Cuidando, Lado a Lado – Otimização de estratégias de atuação na capacitação do Cuidador Informal*" do investigador **Nuno Manuel Boieiro Alves** (mestrando) e Prof.ª Doutora Helena Reis do Arco (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Apêndices

Apêndice A
(Guião Entrevista – Instrumento de Colheita de Dados)

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

1. Enquadramento da Entrevista

Esta entrevista tem como objetivo identificar as principais dificuldades com que os profissionais se confrontam, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria no processo de capacitação do Cuidador Informal (familiar), por forma a otimizar os cuidados prestados.

A entrevista, é um tipo de comunicação verbal, que se estabelece entre duas pessoas, neste caso entrevistado e entrevistador, utilizando uma entrevista do tipo semiestruturada pois é a mais adequada para se compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno que foi ou é vivenciado por cada um dos participantes (Fortin 2009; pp. 375-377).

Esta entrevista tem como base de construção, o plano formal de intervenção adaptado a cada contexto, na capacitação dos cuidadores, segundo Carlos Sequeira (2010).

2. Definição dos Objetivos da Entrevista

- Identificar as principais dificuldades com que os profissionais se confrontam, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria no processo de capacitação dos cuidadores informais abrangidos por uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Évora.

3. Entrevistados

Elementos da equipa multidisciplinar da referida UCC, que contempla:

- 3 Enfermeiros;
- 1 Médico;
- 1 Assistente Social;

4. Entrevistadores

- ✓ O mestrando que se encontra a realizar o Estágio Final já autorizado pela Instituição.

5. Condições Logísticas

A entrevista ocorrerá no local de trabalho dos profissionais, UCC, em data e hora previamente definida e combinada com os mesmos, de acordo com a disponibilidade de cada um. Será necessário garantir um gabinete disponível, para que a entrevista decorra num local calmo, garantindo também a necessária privacidade.

O registo será efetuado na presença do entrevistado para que no final possa ser validada. Será ainda assegurado o consentimento informado.

6. Planeamento da Entrevista

Duração – cerca de 30 minutos

Questões Gerais a ter em conta:

- Apresentação – Abordar a temática a ser tratada, de uma forma simplificada e objetiva.
- Descrição do Projeto – Fazer uma referência aos objetivos do Projeto salientando ser este um projeto da própria UCC.
- Consentimento – Solicitar o consentimento para o registo da entrevista, apresentando-o por escrito.
- Decorrer da entrevista – Ajudar na expressão das ideias de forma clara, na focagem no assunto, encorajar as linhas de pensamento, resumir oportunamente as ideias.
- Terminar a entrevista – atender ao tempo previsto, resumir as ideias principais, agradecimento final.

7. Guião da Entrevista

Subtemas	Objetivos	Tópicos/Questões
Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista	Como é do seu conhecimento estou a frequentar o Mestrado em Enf. Comunitária e de Saúde Pública e neste momento o Estágio Final. Encontro-me a colaborar no desenvolvimento do projeto de intervenção na comunidade. Este projeto tem como objetivo: desenvolver em conjunto com os profissionais de saúde um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visita domiciliária que inclua procedimentos de educação para a saúde, como suporte facilitador da capacitação do CI.
Processo de Referenciação à Equipa de Saúde	Identificar as dificuldades com que os profissionais se confrontam, no processo de capacitação dos cuidadores informais.	Q.1 De que forma a equipa toma contato com os cuidadores informais? Q.2 Quais as principais dificuldades com que a equipa se confronta neste primeiro contato?
Estratégias utilizadas para a promoção do acesso à informação e desenvolvimento de habilidades/dificuldades percecionadas	Identificar estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos cuidadores no processo de capacitação	Q.3 Que tipo de intervenções desenvolve junto do CI, abrangido por esta UCC? Q.4 Como são planeadas essas intervenções? Q.5 Quais as principais dificuldades com que a equipa se confronta neste processo de capacitação?
Importância atribuída à capacitação do CI e perspectivas de melhoria	Identificar como é feita a avaliação das necessidades prioritárias e as perspectivas de melhoria	Q.6 Para si, quais são as necessidades prioritárias de atuação? Q.7 Que sugestões daria para melhorar este apoio?

8. Intervenções após a Realização da Entrevista

8.1 Tratamento e Análise dos dados:

- Codificação das entrevistas e anonimização dos dados
- Análise dos dados já anonimizados no programa Nvivo.8;

9. Referências

- ✓ Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa, Portugal: Lidel.

- ✓ Fortin, M. (2009). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures, Lusociência: 375:377

Apêndice B

(Consentimento Informado)

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(a)s Sr(a)s

Sou um estudante do I Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora e solicito a sua participação voluntária nesta entrevista. Esta entrevista insere-se no âmbito do referido Mestrado, intitulado, "Cuidando Lado a lado - Otimização de estratégias de atuação na capacitação do Cuidador Informal".

Enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, torna-se importante desenvolver e implementar estratégias que assentem na promoção e na obtenção de ganhos em saúde. Como tal, nesta entrevista pretende-se identificar as principais dificuldades com que os profissionais se confrontam, priorizar as necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria no processo de capacitação do Cuidador Informal.

A recolha de dados será efectuada no local de trabalho.

O estágio e o relatório final são orientados respetivamente pela En^h Coordenadora da UCC e pela Prof Doutora Helena Arco.

Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelada a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado. Mais informo que a sua participação não acarreta qualquer custo para o próprio e que no final da sua entrevista lhe serão facultados os dados transcritos para que os possa validar.

O tempo médio da entrevista será de 30 minutos aproximadamente.

Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para quem consente).

Informo ainda que estou disponível para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estágio e relatório, através do seguinte contato:

Nuno Alves – 927173953.

Na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grato pela atenção, Évora 16 de outubro 2017

Nuno Manuel Ruiques Alves

Nuno Alves

(Estudante do I Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública/

Escola Superior de Enfermagem/Universidade de Évora)

Helena Arco

Pró^f Doutora Helena Arco

(Na Qualidade de Orientadora de Estágio)

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

Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada “Cuidando Lado a lado - Otimização de estratégias de atuação na capacitação do Cuidador Informal” a ser realizada pelo estudante, Nuno Alves no âmbito do seu mestrado na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora, sob orientação da Profª. Doutora Helena Arco e Enª Especialista em Saúde Comunitária, L. B.

Nome.....

Assinatura.....

Évora
...../...../.....

Apêndice C

(Análise Matriz Entrevistas)

Análise Matriz Entrevistas

Entrevistas		E1	E2	E3	E4	E5	Total	
	Categorias	Sub Categorias						
	Dimensão A - Identificar as dificuldades com que a equipa se confronta no processo de capacitação dos CI (DifEquPCCI)	Primeiro Contacto com o CI (DifEquPCCI\ConEquCI)	Visitação domiciliária	x	x	x	x	x
Referenciação por outras unidades de saúde			x		x	x	x	4
Pelo próprio CI			x		x	x	x	4
Dificuldades da Equipa no primeiro contacto (DifEquCont)		Ansiedade dos CI	x		x	x		3
		Múltiplas Dificuldades	x	x	x	x	x	5
		Dispersão Geográfica	x					1
Dimensão B - Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos CI no processo de capacitação (EstDesEqu)	Intervenções desenvolvidas junto dos CI (IntDesCI)	Capacitação do CI (Formação; Esclarecimento de duvidas; Tempo)	x		x	x		3
		Avaliação de Recursos Disponíveis/Necessidade de apoio de rede formal (serviços de apoio domiciliário ou ajudas técnicas) ou informal (família alargada)	x	x		x	x	4
		Aplicação de Escala de Zarit				x	x	2

Cuidando, Lado a Lado - Otimização de Estratégias de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal

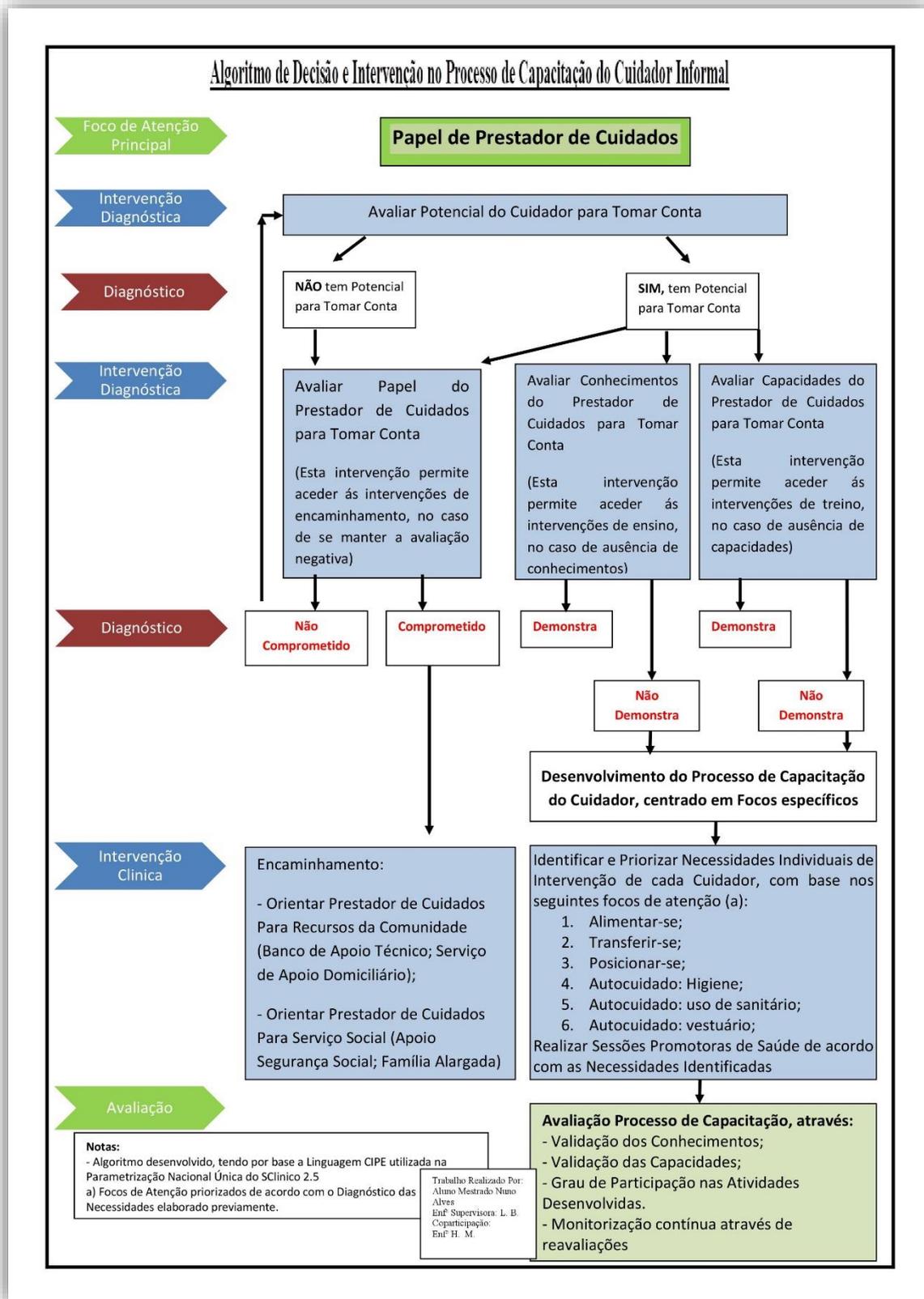
	Planeamento das intervenções pela equipa (PlanIntEqu)	Avaliação Inicial (Observação e identificação das necessidades e recursos disponíveis de cada cuidador e utente, utilizando escalas de avaliação, como Zarit, Morse, Braden e regime terapêutico)	x	x	x	x	x	5
		Reunião em Equipa	x	x	x	x	x	5
		Traçar Plano de Intervenção no Cuidador	x	x	x	x	X	5
		Conferência Familiar			x	x		2
	Dificuldades no processo de capacitação (DifProC)	Baixo Nível de Literacia	x	x	x	x	x	5
		Dispersão Geográfica	x		x			2
		Limitações Físicas e Cognitivas/Envelhecimento/Comorbilidades	x	x	x	x	x	5
		Cultura/ Costumes	x	x				2
		Tempo Para Realização de Ensinos	x					1
		Sobrecarga do CI/Motivação/Comunicação				x	x	2
		Confiança na Equipa	x			x	x	3
		Dificuldades Financeiras/Recursos que Dispõem			x	x		2

Cuidando, Lado a Lado - Otimização de Estratégias de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal

<p>Dimensão C - Identificar como é feita a avaliação das necessidades prioritárias e as perspetivas de melhoria (AvaNecPri)</p>	<p>Necessidades prioritárias de atuação identificadas pela equipa (NecPriAtu)</p>	Aumentar Número de Elementos da Equipa	x					1
		Uniformização de Atuação e Transmissão de Informação pela Equipa	x			x	x	3
		Aumentar a Ação da Equipa na Educação, na Promoção e Prevenção (AVD's, essencialmente mobilidade e alimentação; Doenças Crónicas como Diabetes e HTA)	x	x	x	x		4
		Aproximar a Rede de Apoio Informal do CI	x					1
		Aumentar Disponibilidade de Ação					x	1
	<p>Sugestões de Melhoria (SugMel)</p>	Criação de Normas de Atuação, como Algoritmos de Intervenção ou Questionários de Satisfação dos Utentes/CI	x			x	x	3
		Maior Articulação Intersectorial	x	x				2
		Criar Momentos de Alívio e Descanso para o CI		x	x			2

Apêndice D

(Algoritmo de Decisão e Intervenção)



Apêndice E
(Planos de Sessões de Educação para a Saúde)

		PLANO DA SESSÃO	
<p>Tema: “Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente: A Diabetes e Alimentação”</p>			
Formadores	L.B – Enfermeira UCC		
	P.P – Enfermeira UCC		
	T.F – Enfermeira UCC		
	Nuno Alves- Aluno de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública		
<p>Destinatários: Cuidadores Informais da área de abrangência de uma UCC da Região de Évora</p>			
<p>Local: Domicílio dos utentes</p>			
<p>Data: 09 novembro a 22 dezembro 2017</p>		<p>Hora: 9:00</p>	<p>Duração prevista: 30 minutos</p>
Objetivos			
<p>OBJETIVO GERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adotar comportamentos benéficos para a saúde, através de uma alimentação saudável <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os conceitos básicos de doença: A Diabetes; • Demonstrar a importância da confeção alimentar; • Caracterizar os benéficos para a saúde resultantes da alteração de comportamentos nos hábitos alimentares. 			

 <p>MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO</p>	PLANO DA SESSÃO (Continuação)
Conteúdos da sessão teórica (30 minutos): <ol style="list-style-type: none">1- Apresentação dos temas a abordar e de como decorrerá a formação (3 minutos)2- Conceito da Diabetes (3 minutos)3- Importância de adoção de hábitos alimentares saudáveis (5 minutos)4- Exposição de um filme sobre alimentação saudável (8 minutos)5- Esclarecimento de dúvidas (10 minutos)	
Metodologia e Recursos	
Metodologia: Expositivo.	
Meios audiovisuais: Computador, Software PowerPoint.	
Material: Glucómetro; Tiras de glicémia capilar; Livros de registos; caneta ou lápis.	
Avaliação da Sessão	
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação da Escala Hedónica Mista.	
Avaliação de conhecimentos	
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de questionário, com Verdadeiro/ Falso, sobre a temática apresentada.	

		PLANO DA SESSÃO	
<p>Tema: “Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente: Posicionamentos/Mobilizações”</p>			
Formadores	L.B – Enfermeira UCC		
	P.P – Enfermeira UCC		
	S.C - Fisioterapeuta da UCC		
	T.F – Enfermeira UCC		
	Nuno Alves- Aluno de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública		
<p>Destinatários: Cuidadores Informais da área de abrangência de uma UCC da Região de Évora</p>			
<p>Local: Domicilio dos utentes</p>			
<p>Data: 09 novembro a 22 dezembro 2017</p>		<p>Hora: 9:00</p>	<p>Duração prevista: 30 minutos</p>
<p>Objetivos</p>			
<p>OBJETIVO GERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender os cuidados a prestar ao utente no âmbito da mobilização/posicionamento <p>• OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância da mobilização dos utentes na prevenção de complicações músculo-esqueléticas e úlceras de pressão; • Caracterizar o processo de posicionamento e mobilização dos utentes; • Descrever a importância de manter a integridade da pele; • Identificar estratégias para providenciar conforto e bem-estar; 			

	<p align="center">PLANO DA SESSÃO (Continuação)</p>
<p>Conteúdos da sessão teórica (10 minutos):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Apresentação dos temas a abordar nas sessões (2 minutos); 2- Realçar a importância de alternância de decúbitos e levante na prevenção de complicações músculo-esqueléticas e úlceras de pressão (8 minutos) 	<p>Conteúdos da sessão Prática (20 minutos):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Instrução sobre o posicionamento no leito, com alternância de decúbitos (10 minutos); 2- Instrução sobre transferência para o cadeirão (10 minutos)
<p>Metodologia e Recursos</p>	
<p>Metodologia: Expositivo / demonstrativo.</p>	
<p>Meios audiovisuais: Computador, Software PowerPoint.</p>	
<p>Material: Cama, cadeirão, almofadas, creme hidratante, avental, luvas.</p>	
<p>Avaliação da Sessão</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da Escala Hedónica Mista. 	
<p>Avaliação de conhecimentos</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de Grelha de Observação direta na prestação dos cuidados. 	

Apêndice F

(Cronograma de Atividades)

2017/2018																
Atividades/Intervenções Planeadas	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1-8	9-15	16-22	23-31	1-8	9-15	16-22	23-30	1-8	9-15	16-22	23-31	1-8	9-15	16-22	23-31
Entrevistas aos Profissionais de Saúde da UCC para Identificação e Priorização das Necessidades da Equipa			■	■												
Análise de Conteúdo das Entrevistas				■	■											
Apresentação do Programa de Decisão e Intervenção à Equipa					■											
Implementação do Programa na Visitação Domiciliária						■	■	■	■	■	■					
Entrevistas ou <i>Focus Group</i> para avaliação do Programa sob Metodologia <i>SWOT</i>											■	■				
Elaboração de Artigo Científico					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Realização de Relatório Final					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Apêndice G
(Revisão Integrativa da Literatura)

Otimização de Estratégias de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal

Revisão integrativa da Literatura

Optimización de Estrategias de Actuación en la Capacitación del Cuidador Informal

Revisión integrativa de la Literatura

Optimization of Strategies of Action in the Informal Caregiver Training

Integrative Literature Review

Mestrando em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

Nuno Manuel Boieiro Alves n.º 37927

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora

Orientadora: Professora Doutora Helena Arco

Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre

Janeiro, 2018

RESUMO

Perante uma população cada vez mais envelhecida, família, amigos ou vizinhos mais próximos do idoso assumem um novo papel – o de cuidadores informais. A transição para o papel do cuidador é complexa e incorpora diferentes necessidades ao longo do processo, sendo os profissionais de saúde os responsáveis por capacitar, educar, dotar o cuidador de todos os recursos necessários. **Objetivo:** Identificar estratégias de otimização de atuação de enfermagem na capacitação do cuidador informal. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura através de pesquisas nas bases de dados EBSCO host (CHINHAL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Mediclatina), na PubMed, b-on e no google académico. Utilizando os descritores em língua Portuguesa e Inglesa, os critérios de inclusão na seleção dos artigos foram os seguintes: Artigos referentes aos últimos 5 anos (2012-2017), incluindo estudos qualitativos e quantitativos. **Resultados:** Localizámos cerca de 328 artigos nas bases de dados mas após uma análise criteriosa foram selecionados 10 artigos. **Conclusão:** os resultados desta revisão identificam três áreas essenciais para atuação. São elas: a identificação das dificuldades/necessidades dos cuidadores informais, a identificação de recursos intrínsecos (do próprio cuidador informal) e extrínsecos (comunidade) existentes, para dar resposta às necessidades e a otimização do planeamento estratégico de atuação, no processo de capacitação do cuidador informal.

Palavras-Chave: “Cuidador Informal”, “Intervenções de Enfermagem”, “Envelhecimento”.

RESUMEN

Ante una población cada vez más envejecida, familia, amigos o vecinos más cercanos del anciano asumen un nuevo papel - el de cuidadores informales. La transición al papel del cuidador es compleja e incorpora diferentes necesidades a lo largo del proceso, siendo los profesionales de salud los responsables de capacitar, educar, dotar al cuidador de todos los recursos necesarios. **Objetivo:** Identificar estrategias de optimización de actuación de enfermería en la capacitación del cuidador informal. **Método:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura a través de investigaciones en las bases de datos EBSCO host (CHINHAL Plus con Full Text, MEDLINE con Full Text y Mediciatrina), en PubMed, b-on y en el google académico. El uso de las palabras clave en el idioma portugués y Inglés, los criterios de inclusión en la selección de los artículos eran como sigue: Artículos para los últimos cinco años (2012-2017), incluyendo estudios cualitativos y cuantitativos. **Resultados:** Localizamos cerca de 328 artículos en las bases de datos pero después de un análisis cuidadoso fueron seleccionados 10 artículos. **Conclusión:** los resultados de esta revisión identifican tres áreas esencias para la actuación. La identificación de las dificultades / necesidades de los cuidadores informales, la identificación de recursos intrínsecos (del propio cuidador informal) y extrínsecos (comunidad) existentes, para dar respuesta a las necesidades y la optimización de la planificación estratégica de actuación, en el proceso de capacitación del gobierno, cuidador informal.

Palabras Clave: "Intervenciones de Enfermería", "Cuidador de Familia", Envejecimiento ".

ABSTRACT

Faced with an increasingly aging population, the elder's family, friends or neighbors assume a new role - that of informal caregivers. The transition to the role of the caregiver is complex and incorporates different needs throughout the process, with health professionals being responsible for training, educating, and providing the caregiver with all the necessary resources. **Objective:** To identify nursing performance optimization strategies in informal caregiver training. **Method:** An integrative review of the literature was carried out through research in the EBSCO host databases (CHINHAL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text and Mediclatina), PubMed, b-on and academic google. The use of keywords in Portuguese and English, the inclusion criteria in the selection of articles were as follows: Articles for the last five years (2012-2017), including qualitative and quantitative studies. **Results:** We located about 328 articles in the databases but after careful analysis 10 items were selected. **Conclusion:** the results of this review identify three key areas for action. Identification of informal caregivers' difficulties / needs, identification of intrinsic (informal caregiver) and extrinsic (community) resources, in order to respond to the needs and optimization of strategic action planning, in the process of government training, informal caregiver.

KeyWords: "Informal Caregiver", "Nursing Interventions", "Aging"

INTRODUÇÃO

De acordo com um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde, para o Dia Internacional das Pessoas Idosas, em Geneve, Suíça a 30 de setembro de 2015, a sociedade a nível mundial depara-se com uma realidade sem precedentes, em que se espera que o número de pessoas com mais de 60 anos duplique até 2050, superando o número de crianças.⁽¹⁾

Portugal, não foge a essa realidade, segundo fonte de PORDATA, 2015, a população idosa residente era estimada em cerca de 2.122.966 pessoas, que representava 20,49% da população total. Quando comparado com há 10 anos atrás, a população idosa representava apenas 17,27% da população total.⁽²⁾

Assiste-se assim, ao envelhecimento em geral da população por todo o mundo, fato este, que se deve a uma conjugação de fatores, como a redução da taxa de natalidade e o desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular, resultando em melhores cuidados prestados, levando no decurso do século XX a um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, sendo que a esperança de vida à nascença, em Portugal, é de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens.^(3, 4)

Para a comunidade científica não sendo a velhice, sinonimo de doença e dependência, existe uma considerável prevalência de doenças crónicas nos idosos, onde a constante de maior relevo presente no denominador, envelhecimento, tem a ver com a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado. Aqui, aspetos como a independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental, saúde, são importantes.^(5, 6)

Neste contexto, é consensual que com o ciclo vital natural, se verifique o aumento das doenças crónicas e diminuição das capacidades, tal como, uma perda de autonomia e consequentemente um grau de dependência elevado, para realização e satisfação das suas necessidades humanas básicas, ficando dependente de terceiros para a sua realização. Como pode ser constatado, segundo dados revelados pelo Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2016, que relativamente à caracterização dos utentes, diz que a população da RNCCI com idade superior a 65 anos representa 81,6% do total, sobreponível a 2015. Refere ainda que a população com idade superior a 80 anos representa 47,4% do total, também com crescimento, em que os utentes incapazes e dependentes representam 93,4% da população da RNCCI, representando o apoio

prestado por familiares 59%. É nesta conjuntura que surge a necessidade de prestação de cuidados por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, que assumem um papel de cuidador informal. Papel este que se revela um enorme desafio para quem o desempenha, por todos os aspetos socio económicos, físicos e psicológicos que o envolvem, até porque em muitas situações temos pessoas com a mesma faixa etária ou superior, com baixos níveis de literacia e recursos financeiros a desempenhar esse papel. (7, 8, 9,10)

Esta transição para o papel de prestador de cuidados é muito complexa, e implica diferentes necessidades ao longo do processo. Capacitar, educar, dotar o cuidador de todos os recursos necessários para que este possa assegurar uma prestação de cuidados efetiva, é função dos profissionais de saúde e das entidades governamentais. (11)

Ainda segundo o Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2016, é referido que o nível de escolaridade menor que 6 anos representa 89% do total da população da RNCCI, tratando-se, portanto, de uma população envelhecida, com baixo nível de escolaridade e carenciada. Constituindo os cuidados de saúde primários o pilar do sistema nacional de saúde, assumindo funções primordiais como a promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde, como a rede nacional de cuidados continuados integrados. Cabe-nos a nós, enfermeiros, sermos o veículo promotor, onde o aumento da literacia em saúde assume um papel fulcral, no processo de capacitação do cuidador. Foi neste sentido que surgiu a necessidade de realização desta revisão integrativa, tendo sido definido como objetivo: *Identificar estratégias de otimização de atuação de enfermagem na capacitação do cuidador informal.*

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho recorreremos a uma revisão integrativa da literatura, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008:759)⁽¹²⁾ é um “método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas”. Para a sua elaboração foi necessário percorrer seis etapas distintas^{12,13}:

- 1- Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa;
- 2- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
- 3- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos;
- 4- Avaliação crítica dos estudos incluídos;
- 5- Interpretação/discussão dos resultados;
- 6- Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

De forma a delimitar um vasto campo de hipóteses inerentes à problemática da capacitação do cuidador informal e no sentido de respondermos ao objetivo delineado, começamos por elaborar a seguinte questão de partida com o método PI(C)O:

- ✓ *Como podem os enfermeiros otimizar as suas estratégias (O) de atuação no sentido da capacitação (I) do cuidador informal(P)?*

A partir desta questão norteadora, iniciou-se uma pesquisa exaustiva de informação em estudo, em bases de dados eletrônicas científicas, nos meses de outubro e novembro de 2017. Nesta revisão integrativa da literatura procurámos selecionar estudos de qualidade com informação pertinente, fiável e atualizada, que expusessem a temática de estratégias de atuação para a promoção da capacitação do cuidador informal. Neste sentido, de forma a encontrar a informação sobre a temática em estudo, selecionamos os descritores em língua portuguesa e inglesa, na sequência que se apresenta: “Cuidador Informal”, “Intervenções de Enfermagem”, “Envelhecimento”, “Family Caregivers”, “Nursing Interventions”, “Aging”. Para uma pesquisa mais específica/restrita escolhemos os boleanos “e” e “and”. Os descritores foram previamente validados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs).

Por conseguinte, realizámos a nossa pesquisa nas bases de dados da EBSCO host (CHINHAL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Mediclatina), na PubMed, b-on e no google académico. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: todos os estudos qualitativos e quantitativos; artigos com resumos em português, inglês, espanhol, dentro do âmbito da temática; artigos referentes aos últimos cinco anos (2012-2017) aquando da pesquisa. Os critérios de exclusão foram também delineados como sendo: todos os artigos com mais de cinco anos, dissertações de mestrado e estudos cujos participantes não fossem cuidadores informais de idosos.

Durante a seleção dos estudos, a avaliação do título e análise do resumo, permitiu-nos identificar se os artigos obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção. Quando o título e os resumos dos estudos não eram esclarecedores, procedemos à leitura do artigo na íntegra para não correremos o risco de perdermos estudos importantes para a realização desta revisão integrativa. Uma segunda leitura mais aprofunda e sistematizada do que a primeira do artigo integral, permitiu-nos verificar se respondia à pergunta que norteia a presente revisão e aprofundar certos aspetos do tema. Deste modo na base de dados da EBSCO host acedemos a 12 artigos e seleccionamos 1. Posteriormente, efetuámos a nossa pesquisa na base de dados b-on onde encontrámos cerca de 94 artigos, mas apenas seleccionamos 3 artigos. Relativamente à pesquisa na PubMed, tivemos acesso a 212 artigos, tendo seleccionado 5 e por fim, google académico obtivemos 1 artigo por referênciação, chegando a uma seleção final de 10 estudos.

Uma vez seleccionados os artigos, para garantir a validade da revisão, estes foram analisados detalhadamente, de forma a determinar se eram os mais relevantes, válidos, confiáveis e aplicáveis à questão de partida. Começamos assim por apreciar os níveis de evidência de cada estudo, conforme a Hierarquia de Evidências de Estudos de Intervenção desenvolvida por Fineout-Overholt e Melnyk ⁽¹³⁾, cujos artigos são classificados em sete níveis de evidência:

- Nível I - revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos;
- Nível II- ensaio clínico randomizado controlado
- Nível III - ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- Nível IV - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- Nível V- revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível VI - estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível VII - Opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

No que diz respeito à qualidade metodológica, esta apreciação crítica foi realizada com recurso às grelhas de avaliação recomendadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI).⁽¹⁴⁾ Foram

aprovados os 10 artigos, que corresponderam aos critérios previamente estabelecidos pelo revisor (pelo menos 50% de indicadores positivos em cada uma das tabelas).

Os resultados da pesquisa em base de dados eletrônicas levado a cabo encontra-se exemplificado na figura n.º1.

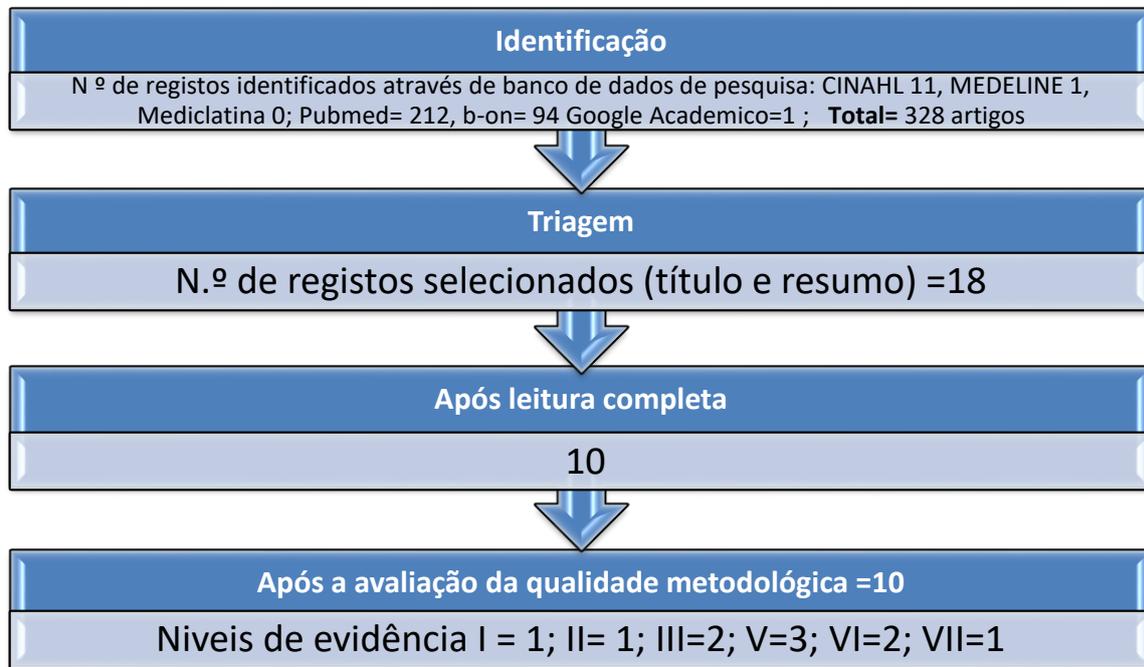


Figura n.º 1- Resultados da pesquisa em base de dados eletrónicas.

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa foram identificados dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Os estudos incluídos nesta revisão integrativa são mostrados no quadro n.º1.

<i>Titulo</i>	<i>Ano</i>	<i>Nível de evidência</i>
✚ The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis) ⁽¹⁵⁾	2014	I
✚ A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial) ⁽¹⁶⁾	2013	II
✚ Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. ⁽⁴⁾	2014	V
✚ Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. ⁽¹⁷⁾	2017	VI
✚ Sobrecarga no cuidado, stress e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica ⁽¹⁸⁾	2015	VI
✚ Effects of Home Care Services Use by Older Adults on Family Caregiver Distress ⁽¹⁹⁾	2016	III
✚ The Impact of Caregiving on Caregivers' Medication Adherence and Appointment Keeping ⁽²⁰⁾	2015	III
✚ Information needs of family caregivers of dependent individuals ⁽²¹⁾	2017	V
✚ Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto ⁽²²⁾	2016	III
✚ Family caregivers: what do they need? An integrative review ⁽¹¹⁾	2016	V

Tabela n.º 1- Apresentação dos artigos selecionados

As informações de cada artigo encontram-se reunidas na tabela n.º2,3 e 4. A mesma foi elaborada por forma a sistematizar os dados, facilitando a sua análise e interpretação.

Artigo/ Autores/Ano	Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Resultados
<p><i>The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis</i></p> <p>Cheng, Chair e Chau⁽¹⁵⁾ (2014)</p>	Revisão sistemática da literatura com meta-análise	Avaliar a eficácia das intervenções psicossociais para cuidadores familiares de sobreviventes de AVC. sobre seu bem-estar psicossocial e físico, qualidade de vida e uso de recursos de saúde.	----	Os cuidadores que receberam psicoeducação, que viviam equipar cuidadores com habilidades de resolução de problemas, cuidar e lidar com o stress pareciam ter influência mais positiva sobre o bem-estar psicossocial dos cuidadores e um uso reduzido de recursos de saúde. Implicações práticas: para apoiar os cuidadores em toda a trajetória do acidente vascular cerebral, as habilidades básicas de resolução de problemas e enfrentamento do stress devem ser incluídas nas intervenções psicossociais.
<p><i>A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial</i></p> <p>Kuo L. et al (2013)⁽¹⁶⁾</p>	Ensaio clínico randomizado controlado	Examinar os efeitos de um programa de treinamento de cuidadores em casa sobre qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos para cuidadores familiares de pessoas idosas com demência e sintomas depressivos.	108 pessoas com demência e seus cuidadores familiares (55 recetores de cuidados nos grupos experimental e 53 no grupo controle).	Este programa de treinamento de cuidadores melhorou os resultados de saúde e diminuiu o risco de depressão
<p><i>Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura.</i></p> <p>Melo, Rua e Santos⁽⁴⁾ (2014)</p>	Revisão integrativa da Literatura	Determinar quais as principais necessidades manifestadas pelo cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente	----	Identificaram-se diferentes tipos de necessidades, em diversos contextos. O apoio psicoemocional, assim como a aquisição de estratégias de coping eficazes permitem ao cuidador familiar uma melhor integração do seu novo papel.

Tabela n.º 2- Síntese dos artigos selecionados

Artigo/ Autores/Ano	Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Resultados
<p>Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social.</p> <p>Orlandi A. et al⁽¹⁷⁾ (2017)</p>	Estudo quantitativo	Objetivou caracterizar o perfil de cuidadores idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social	40 Cuidadores idosos	Os resultados da presente pesquisa contribuem para o planejamento de uma sistematização de atenção individualizada respeitando o perfil dos cuidadores idosos, privilegiando-se tarefas relacionadas à promoção de saúde, à prevenção de problemas como depressão, demência e fragilidade
<p>Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica</p> <p>Souza L., et al⁽¹⁸⁾ (2015)</p>	Estudo Quantitativo	Avaliar a sobrecarga, a qualidade de vida e a presença de stresse em cuidadores.	33 Cuidadores de 3 ESFs de Criciúm	A maioria dos cuidadores apresentou presença de stress e demonstrou sobrecarga elevada. Voltar a atenção aos cuidadores, entendendo as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no ato de cuidar, torna-se imprescindível
<p>Effects of Home Care Services Use by Older Adults on Family Caregiver Distress</p> <p>Jiyeon e Hongsoo (2016)⁽¹⁹⁾</p>	Estudo Quantitativo	Examinar a associação entre a utilização dos serviços domiciliares e o sofrimento do cuidador familiar	228 clientes que receberam cuidados domiciliares baseados na comunidade e seus cuidadores familiares na Coreia.	Os resultados deste estudo mostram que a visita domiciliar de enfermagem e os programas de apoio adequados para adultos idosos e seus cuidadores devem ser desenvolvidos, com base nas necessidades de cuidados de saúde dos idosos e seus cuidadores familiares, para cuidados domiciliares eficazes e sustentáveis.
<p>The Impact of Caregiving on Caregivers' Medication Adherence and Appointment Keeping</p> <p>Wang X., Robinson K., Hardin H. (2015)⁽²⁰⁾</p>	Estudo quantitativo e qualitativo	O objetivo deste estudo foi examinar como as exigências afetam a adesão dos cuidadores aos medicamentos e às nomeações.	445 cuidadores	Os resultados deste estudo sugerem que a prioridade mais premente na melhoria da saúde do cuidador seria ajudar os cuidadores a encontrar alívio do dever de cuidar.

Tabela n.º 3- Síntese dos artigos selecionados

Artigo/ Autores/Ano	Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Resultados
<p>Information needs of family caregivers of dependent individuals</p> <p>Neves <i>et al</i> ⁽²¹⁾ (2017)</p>	Revisão integrativa da literatura	Identificar e catalogar as necessidades de informação pelos cuidadores da família	----	Os principais resultados e conclusões indicam que as necessidades de informação de cuidadores podem ser agrupadas em três temas principais: conhecimento e habilidades, recursos potenciais e estratégias de enfrentamento e bem-estar.
<p>Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto</p> <p>Martínez , Cardona e Gómez-Ortega ⁽²²⁾ (2015)</p>	Estudo quase experimental sem grupo controle	Demonstrar o efeito das intervenções de enfermagem no nível de sobrecarga do cuidador decorrentes das necessidades de cuidado identificadas na avaliação prévia da dupla cuidador-idoso.	Amostra composta por duplas, 88% dos cuidadores eram mulheres, idade média de 52 ± 16 anos, dedicavam 24 horas ao cuidado. 100% dos beneficiários do cuidado eram dependentes do cuidador.	Evidenciou-se a diminuição da sobrecarga de cuidadores e o aumento do grau de funcionalidade das famílias ao medi-los após de realizar as intervenções.
<p>Family caregivers: what do they need? An integrative review</p> <p>Fernandes e Ângelo (2016) ⁽¹¹⁾</p>	Revisão integrativa da literatura	Destinado a identificar as principais necessidades expressas pelos cuidadores familiares em cuidar de uma pessoa dependente	----	Os resultados mostraram que os cuidadores têm muitas necessidades em diferentes áreas, o que deve ser abordado em intervenções de enfermagem

Tabela n.º 4 – Síntese dos artigos selecionados

DISCUSSÃO

Ao analisarmos os dez artigos selecionados foram identificadas três grandes áreas de atuação, que nos ajudam a responder à nossa questão orientadora. A primeira trata-se da *Identificação das dificuldades/necessidades dos cuidadores informais*. A segunda da *identificação de recursos intrínsecos (do próprio cuidador informal) e extrínsecos (comunidade) existentes para dar resposta às necessidades*; Terceira e última dimensão a *Otimização do planeamento estratégico de atuação, no processo de capacitação do cuidador informal*.

Identificação das dificuldades/necessidades dos cuidadores informais

A identificação das dificuldades/necessidades sentidas pelos cuidadores informais, é um assunto transversal aos artigos analisados. O reconhecimento das necessidades dos cuidadores familiares é importante, pois segundo Melo, Rua e Santos (2014:150) ⁽⁴⁾ trata-se da “primeira etapa para o diagnóstico situacional, para posterior planeamento das intervenções de enfermagem”. Segundo o mesmo, uma recolha de dados eficaz permite um correto diagnóstico e se associado a um plano de intervenções úteis, poderá auxiliar no processo de transição pelo qual o cuidador informal passa.

A avaliação inicial do cuidador deve ser efetuada de forma estruturada e individualizada. O estudo randomizado controlado comprovou que um programa de ação, com uma avaliação inicial estruturada e individualizada dos cuidadores informais, foi produtor de resultados em saúde, levando à diminuição da incapacidade de função, a uma maior vitalidade, melhor pontuação de resumo mental e menor risco de depressão, do que aqueles no grupo controle ⁽¹⁶⁾. O estudo descritivo levado a cabo por Orlandi *et al* (2017:1) também incentiva a uma avaliação individualizada, ao afirmar que “conhecer o perfil dos cuidadores idosos é imprescindível para subsidiar os serviços de saúde, no planeamento de uma assistência de qualidade”.

A transição para o papel do cuidador é complexa e incorpora diferentes necessidades ao longo do processo. Através da leitura de vários artigos, podemos identificar evidência científica sobre as principais dificuldades/necessidades dos cuidadores informais, que vão desde necessidades de informação e comunicação; aprendizagem/ treinamento; emocionais e interpessoais; sociais.

O domínio dos conhecimentos é para os cuidadores familiares uma das necessidades mais importantes ⁽⁴⁾. Verificamos que os cuidadores sentem necessidade em saber mais sobre as doenças de seus familiares ou se já possuem este conhecimento, demonstram a mesma necessidade de validá-la com um profissional. Igualmente o prognóstico, sintomas, progresso do estado de saúde do membro da família e a existência de recursos sociais e comunitários disponíveis foram necessidades descritas ⁽²¹⁾.

Na revisão integrativa de Neves *et al* (2017) ⁽²¹⁾ é mencionado que cuidadores informais relataram que os profissionais nem sempre disponíveis quando são necessários ou, estando presentes, não conseguem manter uma monitorização adequada. A falta de tempo para receber ou solicitar informações, bem como a disponibilidade dos profissionais, são infelizmente sentidos como obstáculos à aquisição de conhecimentos. Para alguns cuidadores por vezes há um défice de comunicação e empatia, onde gostariam de ter acesso a mais e melhor informação, sobre recursos da comunidade e encaminhamento, pois pouco ou nada sabem sobre os recursos existentes na comunidade ⁽¹¹⁾.

Além de conhecimento, os cuidadores informais têm necessidades de aprendizagem/treinamento, para desenvolverem determinadas habilidades relacionadas com o seu papel. Essas necessidades têm um carácter progressivo, em que o “saber-fazer” assume maior importância numa fase inicial do processo. Fernandes e Ângelo (2016) ⁽¹¹⁾ através da revisão integrativa da literatura averiguou que os cuidadores informais precisam de adquirir novos conhecimentos e habilidades para atender a todas as atividades de vida diária dos doentes. Segundo o estudo quase experimental de Martínez, Cardona e Gómez-Ortega (2016), os cuidadores informais sentem necessidade de treinamento nas transferências dos utentes (50%), mecânica corporal (37,5%), mobilização, gestão de oxigenoterapia, comunicação e gestão de emoções (25%). Outras necessidades de aprendizagem referidas em menor proporção foram: cuidados gerais, comunicação com pessoas surdas e cegas, cura, massagens, gerenciamento de medicação, entre outros ⁽²²⁾.

Necessidades emocionais e interpessoais são também muitas vezes apresentadas. No estudo de Souza *et al* (2015) ⁽¹⁸⁾ identificar a sobrecarga do cuidador, a qualidade de vida e o stress foram elementos fulcrais para uma avaliação inicial do cuidador informal. Os cuidadores queixam-se, muitas vezes, de sobrecarga e, frequentemente, de depressão, stress e ansiedade. Quanto maior a dependência do familiar a quem lhe é prestado o cuidado, maiores são as hipóteses de os cuidadores desenvolverem quadros dolorosos pela sobrecarga física ou/e emocional. ⁽¹⁸⁾

A importância do apoio formal, para colmatar necessidades sociais, incluindo o descanso para o cuidador, a existência de uma rede de apoio e suporte financeiro e estrutural para cuidados também são descritos.

Reconhecendo as diferentes necessidades/dificuldades dos cuidadores torna-se fundamental entender quais as barreiras físicas, sociais e emocionais que estão envolvidas no ato de cuidar ⁽¹⁸⁾.

Identificação de recursos intrínsecos (do próprio cuidador informal) e extrínsecos (comunidade) existentes, para dar resposta às necessidades

A transição para o papel de cuidador(a) de uma pessoa dependente é um processo complexo, que envolve inúmeras variáveis com influência mútua entre si e, conseqüentemente, com valores preditivos diferentes, em função de todas as que estão envolvidas, designadamente do cuidador, da pessoa dependente do contexto e do ambiente em que se desenvolve a prestação de cuidados ⁽⁹⁾.

No estudo de Orlandi *et al* (2017)⁽¹⁷⁾, destacam-se alguns dados importantes a considerar numa avaliação do cuidador informal. Através de visitas domiciliárias, avaliaram-se: dados sociodemográficos e de saúde, a capacidade funcional, sintomas depressivos e eventual fragilidade dos cuidadores informais. Este estudo realça que é importante averiguar o grau de escolaridade, a capacidade funcional, avaliação psicológica e económica. O baixo nível de escolaridade pode ser um obstáculo ao cuidado, resultando em falta de acesso a serviços e informações, acarretar stress e tensão emocional e até representar uma barreira no processo de educação em saúde. No contexto do cuidado os autores neste estudo também afirmam que é fundamental refletir sobre a capacidade funcional dos cuidadores informais, uma vez que condições físicas podem acometer os cuidadores, colocando em risco sua capacidade funcional. Outros aspetos a ter em conta na avaliação do cuidador idoso tem a ver com a eventual presença de sintomas depressivos e dificuldades económicas. Esta pesquisa adverte que os cuidadores informais idosos podem apresentar mais sintomas depressivos e menor satisfação com a vida, quando comparados a idosos que não são cuidadores informais. A restrição de recursos financeiros, por outro lado, coloca os cuidadores idosos em situação de grande vulnerabilidade social, podendo expor cuidadores que também podem ser idosos, em risco de adoecimento ou de agravar doenças pré-existentes ou até mesmo comprometer o tratamento.

A família pode ser uma importante fonte de apoio psicológico e organizacional, bem como alguns amigos íntimos ⁽¹¹⁾.

No que diz respeito aos recursos extrínsecos o estudo de Wang, Robinson e Hardin (2014) ⁽²⁰⁾, aponta para a necessidade de se avaliar recursos na comunidade, pois podem ajudar os cuidadores a encontrar alívio do dever de cuidar. São exemplos disso associações, grupos religiosos e grupos de amizade. Deve ser dada assim informação aos cuidadores sobre quais recursos sociais e comunitários estão disponíveis para o seu caso específico como instituições de apoio público, privado e social, organizações de doentes ou equipas de profissionais para auxiliar no domicílio do doente ⁽²¹⁾. Os profissionais devem orientar os cuidadores com os mais variados recursos para se atingir os objetivos desejados e prevenir possíveis equívocos ⁽¹⁷⁾.

Otimização do planeamento estratégico de atuação, no processo de capacitação do cuidador informal.

Dotar os cuidadores informais dos conhecimentos e capacidades que precisam, é deveras importante, não só para cuidarem melhor dos seus familiares, como de si mesmos, sendo um fator facilitador para um desempenho das funções de um modo mais saudável ⁽⁴⁾. Na otimização do planeamento estratégico no processo de capacitação do cuidador informal verificamos nos diversos estudos ser importante:

- 1- Atender às necessidades sentidas de cada cuidador informal,
- 2- Promover o aumento da literacia através da formação
- 3- Otimização de estratégias de comunicação.

Visitas domiciliárias e programas de apoio devem ser fornecidos às famílias cuidadoras com base nas necessidades de cuidados de saúde do idoso e cuidadores familiares ⁽¹⁹⁾. Nesse sentido Huang *et al.* (2003) ⁽²³⁾, demonstrou que a abordagem individualizada ajuda o familiar cuidador a identificar melhor os problemas, as suas causas específicas, sendo depois mais fácil o planeamento autónomo de estratégias e soluções, aumentando, desta forma, a confiança em si mesmo. O cuidador informal requer orientação e suporte permanente do enfermeiro, onde a educação/transmissão de conhecimentos e o acompanhamento, desempenham um papel fulcral, no processo de capacitação. Neste sentido, e de acordo com a literatura consultada, deve-se fornecer, ao público em geral e aos diferentes grupos de cuidadores, educação e informação regulares sobre os cuidados de idosos, devendo ser elaborados manuais de formação adequados, com conteúdos culturalmente adaptados. ⁽²⁴⁾

Como foi possível verificar na revisão integrativa da literatura de Neves *et al* (2017) ⁽²¹⁾, um nível adequado de literacia em saúde está associado a melhores resultados em saúde e no uso mais efetivo dos serviços e recursos de saúde. Pelo contrário, a baixa literacia em saúde está associada a um maior número de hospitalizações, baixa adesão aos tratamentos e uma percentagem significativa de cuidadores que apresentam dificuldades na medicação ou outras tarefas relacionadas aos cuidados. A criação e o desenvolvimento de programas na área da educação para a saúde e capacitação dos cuidadores informais surge como uma estratégia a adotar.

Argumenta-se que a promoção de estratégias positivas de comunicação é essencial para o desenvolvimento de uma relação efetiva entre o cuidador e os profissionais de saúde, e especialmente os enfermeiros que devem ter uma atitude empática para incentivar os cuidadores a expressar suas necessidades⁽¹¹⁾. A informação deve ser transmitida de forma clara, em ambiente calmo, sobretudo quando a mesma incide sobre a doença que afeta o seu familiar, a sua evolução, o seu prognóstico e os recursos disponíveis. Os cuidadores dão importância à forma, quantidade e qualidade da informação que lhes é fornecida pelos profissionais, em que deviam por exemplo, deixar algum suporte escrito para consulta á posteriori. ⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

A identificação e levantamento das necessidades dos cuidadores informais é um processo fulcral, correspondendo a sua determinação á primeira etapa do planeamento em saúde, onde é efetuado o diagnóstico de situação, permitindo posteriormente direcionar a atuação dos profissionais, neste caso, os enfermeiros. Uma avaliação eficiente dessas necessidades vai permitir aos profissionais a determinação e priorização das suas intervenções, em tempo útil, facilitando o processo de transição para o cuidador informal. Por outro lado, a não determinação das mesmas, poderá conduzir a um processo de transição e capacitação deficitário, podendo consequentemente resultar em gastos para a saúde, quer ao nível do cuidador, quer do utente dependente.

Constituindo os cuidadores informais, parte integrante dos cuidados de saúde e respeitando as novas estratégias políticas de saúde, perante esta realidade social e científica, foi importante dividir esta análise em três dimensões: Identificação das dificuldades/necessidades dos cuidadores informais, identificação de recursos intrínsecos (do próprio cuidador informal) e extrínsecos (comunidade) existentes, para dar resposta às necessidades e otimização do planeamento estratégico de atuação, no processo de capacitação do cuidador informal. Apesar dos diferentes contextos socioculturais, de onde foram extraídos estes artigos científicos, as necessidades, que embora devam ser avaliadas e identificadas de forma individual, sendo próprias e características de cada cuidador, acabam por de certa forma apresentar um caráter universal, pelo menos em grande parte dos artigos. Daqui podemos destacar a necessidade de informação, a transmissão de conhecimentos, sobre a doença, o cuidado, o saber-saber e o saber-fazer, como as necessidades mais nomeadas, ocupando a fase inicial do processo de transição. Também aqui referem que a forma, qualidade e quantidade de informação fornecida, assumem um papel preponderante em todo o processo.

Depois, é igualmente realçado o papel desempenhado pelos enfermeiros, onde salientam a importância do seu apoio e presença permanentes por forma a suprimir as dificuldades sentidas, quando existe um défice de recursos acentuado, como baixa literacia, acessibilidades aos cuidados, sendo eles responsáveis pelo encaminhamento desses utentes, para meios de apoio existentes na comunidade. Por fim, de referir que dada a importância do papel do enfermeiro, no processo de transição e capacitação do cuidador informal, nele recai uma enorme responsabilidade, que passa por dotar e assegurar ao cuidador todos os meios disponíveis para

que este possa constituir um suporte efetivo para o utente dependente, por forma a obter os ganhos em saúde desejados, assim como o seu bem-estar. Por aí passa, uma eficiente avaliação das necessidades de cada cuidador, a priorização das suas intervenções, criando programas educacionais que lhe permitam em tempo útil realizar essa avaliação e responder a essas mesmas necessidades. Não descorando a importância da adequação da comunicação ao cuidador em causa, assim como a procura de uma efetiva relação empática com o mesmo.

Como recomendação deixamos o fato de se tornar importante a aplicação deste tipo de programas, ao nível dos cuidados de saúde primários e rede nacional de cuidados continuados integrados, assim como uma monitorização e avaliação efetiva dos mesmos, dada a escassez de trabalhos desenvolvidos neste âmbito, no sentido de uma maior partilha de informação entre os profissionais, otimizando a sua atuação junto dos cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Report on Ageing and Health (WHO) (2015). Acedido em novembro de 2017, Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/>
2. Base de Dados Portugal Contemporâneo – PORDATA. (2017). Acedido em agosto de 2017, disponível em <http://www.pordata.pt/>
3. DGS. (2014). Portugal IDADE MAIOR em números, 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
4. Melo R., Rua M., Santos C. Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n.º 2- maio/junho. (2014) 143-151. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>
5. SNS. (2016-2019). Plano de Desenvolvimento da RNCCI. Acedido em agosto de 2017. disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
6. Rebelatto, J. R.; Morelli, J. G. Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso. 1.ed. São Paulo: Manole (2004)
7. Vieira, C., Amaral, T., & Sousa, P.. Envelhecimento ao longo da vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta. (2016) (525-534).
8. ACSS. (2017) Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 2016. Acedido em agosto de 2017. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf>
9. Sequeira, C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa, Portugal: Lidel. (2010)
10. Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., Fernandes, M.– As vivências do cuidador informal do idoso dependente. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 2 - Dez. (2010)127-136
11. Fernandes C., Ângelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USPP. 50(4) (2016): 675-682

12. Mendes K., Silveira R., Galvão C.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Out-Dez; 17(4) (2008): 758-64. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf.
13. Fineout-Overholt E., Melnyk BM, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: part I. *Am J Nurs*. Jul; 110(7) (2010): 47–52.
14. Joanna Briggs Institute (2017). Disponível em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
15. Cheng H., Chair S., Chau J. The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. 95. (2014) 30–44 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.005>
16. Kuo L., *et al.* A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 28: (2013) 504–513. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22778053>
17. Orlandi A., Brito T., Ottaviani A, Rossetti E., Zazzetta M., Gratão A., Orlandi F., Pavarini S.. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de vulnerabilidade. *Escola Anna Nery* 21(1) (2017) 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000100213&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Souza L. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Colet.*. Rio de Janeiro, 23 (2): (2015) 140-149 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-140.pdf>
19. Jiyeon K.e Hongsoo K. Effects of Home Care Services Use by Older Adults on Family Caregiver Distress. *J Korean Acad Nurs*. Vol.46 No.6, (2016) 836 – 847. <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.6.836>
20. Wang X., Robinson K. e Hardin H. The Impact of Caregiving on Caregivers' Medication Adherence and Appointment Keeping. *West J NURS Res*. Dec;37(12): (2015) 1548-62. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945914533158>
21. Neves P., Sequeira C., Mar L., Sousa L., Ferre-Grau C. Information needs of family caregivers of dependent individuals. *International Journal of clinical neurosciences and mental health* 4:5. (2017) 1-6. Disponível em: <http://ijcnmh.arc-publishing.org>

22. Martínez R., Cardona E. e Gómez-Ortega. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid.*; 7(1): (2016). 1171-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
23. Huang, Huei-Ling; Shyu, Yea-Ing L.; Chen, Min-Chi; Chen, Sen-Tsong; Lin, LiChan A pilot study on a home - based caregiver training program for improving caregiver self - efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* (2003) 337-345. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12673611>
24. Júnior P., Corrente J., Hattor C., Oliveira I., Zancheta D., Gallo C., Miguel J., Evelise G. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(7), (2011) 3131-3137. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800013

ANEXOS

Protocolo de revisão

Metodologia PICO(S)

Problema pessoa ou população: Cuidadores Informais.

Intervenção: Capacitação do Cuidador Informal

Comparação com outra intervenção: (?)

Outcome: *otimização* de estratégias de atuação

Study design: Todo o tipo de estudos (Qualitativo; Quantitativo; Revisão Sistemática da Literatura).

				Palavras-Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	CI	Envelhecimento; Intervenções de Enfermagem; Cuidador Informal. Aging; Nursing Care; Family Caregivers
I	Intervenção	O que foi feito?	Capacitação do CI	
[C]	Comparações	Podem existir ou não	---	
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências	Otimização de Estratégias de Atuação	
S (D)	Desenho do Estudo	Como é que a evidência foi recolhida?	Qualitativo; Quantitativo; Revisão Sistemática da Literatura	

Apêndice H
(Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do
Outro? - Cuidar da pessoa dependente:
A Diabetes e Alimentação ”)

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da pessoa dependente:

A Diabetes e Alimentação ”

Formadores:

L.B Enfermeira UCC

P.P Enfermeira UCC

T.F Enfermeira UCC

N.A Aluno de Mestrado em Enf .Com. E Saúde Publica

Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação

- ✓ Uma alimentação saudável, isto é, adequada nutricionalmente tem influência no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças com a Diabetes Mellitus.
- ✓ Considera-se que a Diabetes tipo 2, a mais comum, **diminui em 5-10 anos a esperança de vida das pessoas;**
- ✓ É uma doença tão importante que em parlamento europeu, entre outras medidas de resolução, foi definido recentemente que todos os Estados-Membros devem promover a prevenção da diabetes tipo 2 e da obesidade (recomendendo a implementação de estratégias desde tenra idade através de formação, nas escolas, sobre **regimes alimentares saudáveis e a aquisição de hábitos de atividade física**) e estratégias de incentivo de estilos de vida saudáveis que abordem aspetos como a alimentação e a atividade física.

(DGS, 2017)





A Diabetes

A Diabetes



Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação

O que é a Diabetes?!

A maioria dos alimentos que ingerimos são transformados em glicose, uma forma de açúcar, que é utilizada como fonte de energia para os nossos músculos e tecidos.

(APN, 2017)

“Numa pessoa com diabetes, ou o seu pâncreas não produz a insulina que precisa (Diabetes tipo I), ou o seu corpo não pode usar a sua própria insulina de forma eficaz, o que resulta na quantidade de glicose no sangue elevada (Diabetes tipo II). Esta elevação de glicose ou de “açúcar no sangue” é chamada de hiperglicemia. Altos níveis de glicose no sangue podem levar a complicações graves de saúde.”

(APN, 2017)



Valores de Glicemia



Fulltime REFERENCE

(APDP, 2017)



Como?!

1. Os **diabéticos** devem comer várias vezes ao dia e a horas regulares fazendo no mínimo 6 refeições diárias;
2. *Privilegiar os métodos de confecção saudáveis como o uso de especiarias e ervas aromáticas em detrimento do sal, os grelhados, assados com pouca gordura, cozidos;*
3. Mastigar calmamente;
4. Aprender a ler os rótulos dos alimentos para fazer as melhores escolhas possíveis;
5. **Faça Exercício Físico Regularmente!!**

(APN, 2017)



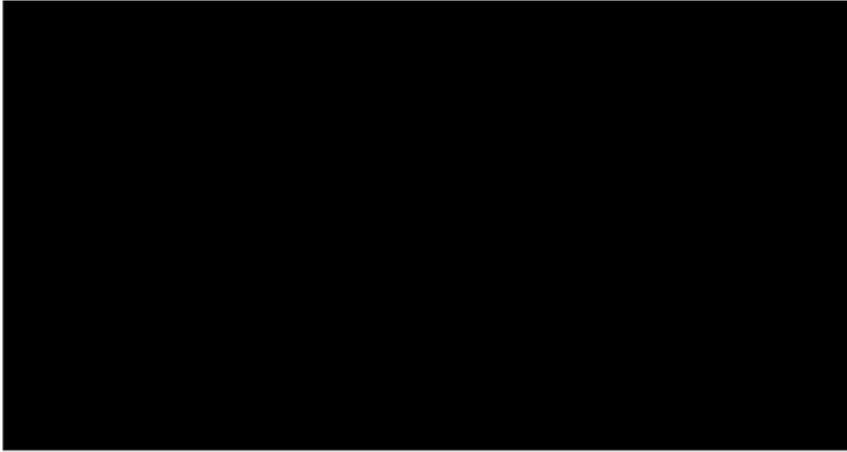
Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação

Coma Regularmente	Evite
<p>Carnes magras (frango, peru, coelho, pato); retire sempre as gorduras visíveis e a pele antes de as cozinhar.</p> <p>Todo o tipo de peixe.</p> 	<p>Carnes gordas (vaca, porco).</p> <p>Enchidos, bacon e patês.</p> 
<p>Pão de mistura/integral meio sal. Batata, massa, arroz, grão e feijão (em quantidades adaptadas às suas necessidades)</p> 	<p>Bolos, bolachas, biscoitos, rebuçados, bombons, chocolates e sobremesas. Folhados e salgados.</p> 
<p>Legumes sem qualquer restrição e a todas as refeições. Sopa ao almoço e jantar, sempre sem batata.</p> 	<p>Alimentos processados (ex: sopas instantâneas, refeições congeladas) e conservas.</p> 

Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação

Coma Regularmente	Evite
<p>Toda a fruta (2 ou 3 peças/dia). Frutos secos, com moderação.</p> 	<p>Frutas em calda, secas ou cristalizadas.</p> 
<p>Azeite para temperar e cozinhar (o mínimo indispensável). Ervas aromáticas (salsa, louro, pimenta, cebola, alho). Faça marinadas.</p> <p>Sal - mínimo possível.</p> 	<p>Óleo, manteiga, margarina e banha.</p> 
<p>Água (pelo menos 1,5 L). Chá, café, com moderação.</p>	<p>Bebidas alcoólicas, sumos, água gaseificada.</p> 
<p>Leite magro/meio-gordo. Iogurtes magros Queijo magro/meio-gordo</p> <p>Ovo cozido /escalfado (1 por semana).</p>	<p>Leite e iogurtes gordos. Queijo gordo Natas e leite condensado</p> <p>Estrelados, mexidos ou omeletes.</p> 

Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação



Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação

Responda: Verdadeiro ou Falso

- 1- Uma alimentação saudável, não é importante para a minha saúde, nem na Diabetes.
- 2- Quando o meu corpo não consegue eliminar o açúcar em excesso no sangue, a isso podemos chamar hiperglicemia.
- 3- Estou com hiperglicemia, quando os valores de açúcar no sangue em várias avaliações, forem superiores a 126mg/dl em jejum e a 200mg/dl duas horas depois de uma refeição.
- 4- A Diabetes tem vários sintomas, como ter força para correr 100metros, levantar um sofá; não urinar muitas vezes; estar acordado todo o dia e noite.
- 5- As pessoas com Diabetes devem comer poucas vezes ao dia; comer muitos fritos e salgados; não fazer exercício físico.
- 6- Tenho Diabetes, então devo ter uma alimentação equilibrada, privilegiando as carnes magras, fruta e legumes, beber pelo menos 1,5L de água por dia e evitar bebidas alcoólicas e sumos.

Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação

• **Avaliação da Sessão:**

Escala Hedónica Mista



Fonte: Adaptação Tolia, Han, North & Amer (2005)

Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
A Diabetes e Alimentação

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2008). *Manual do Formando- Formação Contínua para Auxiliares de Acção Médica e Ajudantes de Acção Directa*. 3ª Edição. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2017). *Nutrição – Saiba mais sobre Nutrição - Diabetes Mellitus*. Acedido em 05 Novembro 2017, Disponível em: <http://www.apn.org.pt>
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2017). *Diabetes - A pessoa com diabetes – Valores de referência*. Acedido em 05 Novembro 2017, Disponível em: <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia>
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2017). *Diabetes – Tratamento – Alimentação – Planos de alimentação*. Acedido em 05 Novembro 2017, Disponível em: <http://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/alimentacao#planos-de-alimentacao>
- Controlar a Diabetes. (2017). *Vida Saudável*. Acedido em 05 Novembro 2017, Disponível em: <http://controlardiabetes.pt/vida-saudavel/guia-nutricional>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes*. Acedido em 05 de Novembro 2017, Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>

Apêndice I
(Sessão de Educação para a Saúde – “Como Cuidar do Outro? – Posicionamentos/Mobilizações”)

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

Formadores:

L.B Enfermeira UCC

P.P Enfermeira UCC

S. Fisioterapeuta UCC

T.F Enfermeira UCC

N.A Aluno de Mestrado em Enf .Com. E Saúde Publica

Objetivos da Sessão

- Alertar para a importância de alternância de decúbitos e levante na prevenção de complicações músculo-esqueléticas e UP;
- Demonstrar os Posicionamentos no Leito mais comuns (Decúbitos Dorsal e Lateral) e Transferências do Leito para Cadeira



“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

A imobilidade pode trazer vários tipos de complicações. Tais como astenia, espasticidade, ou fraqueza e rigidez muscular. O que pode causar problemas ao nível ósseo e músculo-esquelético.

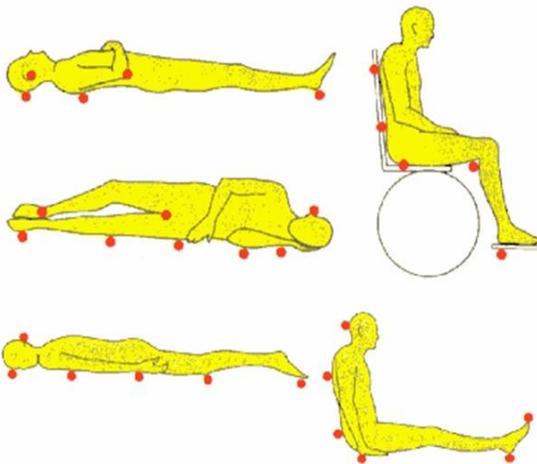
Com isto pode surgir;

- ✓ **A Úlcera de Pressão**, que pode ser definida como uma área localizada de morte celular, que tende a surgir quando os tecidos são comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um determinado período de tempo (Ribeiro, 2008).



“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”



As úlceras de pressão podem aparecer:

- Orelhas;
- Ombros;
- Cóccix;
- Ancas;
- Tornozelo;
- Calcanhares.

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

Como prevenir o aparecimento de Úlceras de Pressão?

- ✓ Manter a pele sempre limpa e seca, mudando ou limpando as zonas sujas com a frequência adequada às necessidades da pessoa;
- ✓ Ter uma alimentação e hidratação adequadas;
- ✓ Mudar frequentemente de posição (de 2 em 2 horas, no máximo), realizando posicionamentos adequados e alternados, e se puder deve mexer com frequência os braços, as pernas e o restante corpo;
- ✓ Durante a mudança de posição tente não arrastar o utente, mas sim levanta-lo utilizando o lençol;
- ✓ Vigiar a pele com frequência – uma vermelhidão que não desaparece pode ser o primeiro sinal de uma úlcera de pressão.
Contacte de imediato o Enfermeiro!



“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

- ✓ É importante massajar a pele com um creme apropriado, nas várias parte do corpo, até este ser totalmente absorvido;
- ✓ Se tiver zonas de pele vermelhas, não deve massajar em cima dessas zonas, mas sim na região à volta com a ponta dos dedos e de forma suave;
- ✓ Usar almofadas para aliviar as zonas de pressão do corpo sobre a cama ou cadeira (nos locais mais propícios à formação de úlceras de pressão), de forma a que o utente fique mais confortável.



“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

Posicionamento

- ✓ Consiste em providenciar ao cliente alternância de decúbitos, com ou sem colaboração do mesmo, respeitando os princípios anatômicos, o peso corporal e protegendo as zonas de proeminência óssea

(ACSS, 2011)

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

Objetivos dos Posicionamentos no Leito

Estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação

Prevenir complicações circulatórias e musculoesqueléticas

Mobilizar secreções brônquicas

Manter a integridade da pele

Prevenir atrofias musculares

Providenciar conforto e bem estar

Promover o auto cuidado

(ACSS, 2011)

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Decúbito Dorsal

Posicionamentos/Mobilizações ”



(ACSS, 2011)

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Decúbito Dorsal

Posicionamentos/Mobilizações ”



- ✓ Posicionar o utente em decúbito dorsal, no centro da cama, com a coluna vertebral alinhada;
- ✓ Proteger proeminências ósseas com material de prevenção de úlceras de pressão, se necessário (ex. almofadas, rolos, sacos de areia, etc.);
- ✓ Posicionar a cabeça e ombros numa almofada baixa;
- ✓ Afastar ligeiramente os membros superiores do tronco com flexão do cotovelo;
- ✓ Posicionar o antebraço e mão virada para baixo com uma almofada baixa; - Proceder de igual modo para o outro membro;
- ✓ Aplicar pequenas almofadas nas regiões popliteas (por baixo do joelho);
- ✓ Aplicar pequenas almofadas sob as regiões aquilianas (calcanhares), deixando livres os calcanhares;
- ✓ Aliviar a roupa junto dos pés;
- ✓ Verificar o alinhamento corporal, observando-o dos pés da cama.

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

Decúbito Lateral



(ACSS, 2011)

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

- ✓ Posicionar ou assistir a posicionar-se em decúbito dorsal, no lado oposto ao do decúbito a executar;
- ✓ Colocar uma almofada junto ao membro inferior do lado o qual se vai virar a pessoa;
- ✓ Executar flexão dos membros superior e inferior do lado oposto ao decúbito e rodar o utente com movimento firme e suave;
- ✓ Posicionar o membro inferior, do lado do decúbito em ligeira flexão;
- ✓ Posicionar o membro inferior, do lado oposto ao decúbito, sobre a almofada fazendo um ângulo de aproximadamente 90º a nível das articulações do joelho e coxofemoral;
- ✓ Posicionar a cabeça sobre uma almofada com volume ajustado à altura do corpo;
- ✓ Posicionar o membro superior, do lado oposto do decúbito, com o ombro e cotovelo em flexão, sobre uma almofada que acompanha todo o membro;
- ✓ Colocar o membro superior do lado do decúbito fazendo um ângulo de aproximadamente 90º;
- ✓ Verificar o alinhamento corporal, observando-o dos pés da cama.

Decúbito Lateral

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”



“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

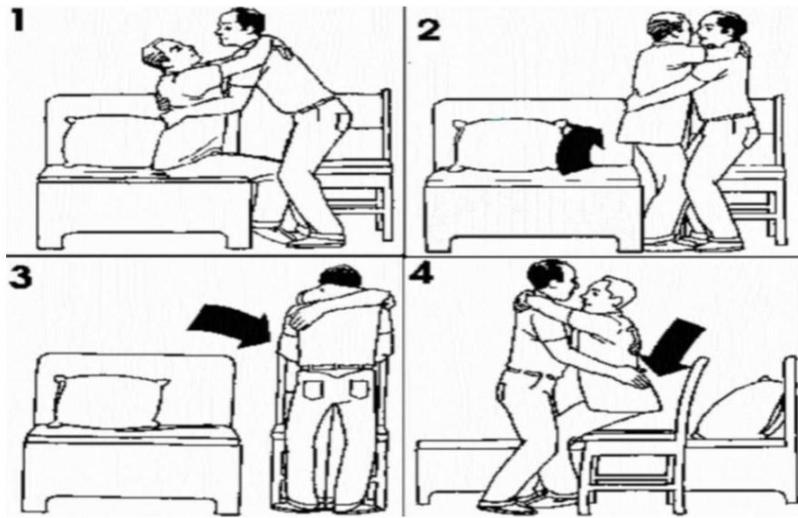
Transferências/Mobilizações

Quando procede á transferência do utente da cama para um cadeirão ou cadeira de rodas e vice versa, deve:

1. Quando for transferir a pessoa para o cadeirão, traga-a para perto do leito (sente-a junto à beira da cama com os pés pendentes). Não se afaste nesse momento, pois ela poderá ter tonturas e cair;
2. Para ter uma boa base de apoio, mantenha seus pés um pouco afastados, um apontar para cama e o outro para o cadeirão;
3. Apoie os braços da pessoa sobre os seus ombros;
4. Deve flectir ligeiramente os seus joelhos e as suas mãos devem segurar a cintura da pessoa;
5. Quando sentar a pessoa coloque almofadas nas zonas de pressão para não surgirem lesões e verifique o alinhamento corporal;
6. Caso ela não possa sair do leito, procure mudá-la de posição várias vezes durante o dia (deitar de lado ou de costas, etc.);
7. Para colocá-la novamente no leito é só seguir estes passos em sequência invertida.

(Queirós, 2012)

**“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
Posicionamentos/Mobilizações ”**



**“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:
Posicionamentos/Mobilizações ”**

Grelha Observação Directa

Objectivos	Cumprido	Não Cumprido
Identificar zonas de pressão		
Aplicar materiais de prevenção de Úlceras de Pressão		
Cumprir a maioria das indicações no posicionamento dorsal		
Cumprir a maioria das indicações no posicionamento lateral		
Manter postura corporal aquando das transferências do utente		

“Como Cuidar do Outro? - Cuidar da Pessoa Dependente:

Posicionamentos/Mobilizações ”

Avaliação da Sessão:

Escala Hedônica Mista



Fonte: Adaptação Toíla, Han, North & Amer (2005)

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2008). *Formação Contínua para Auxiliares de Acção Médica e Ajudantes de Acção Directa*. 3ª Edição. DFM Portugal, S.A.
- Escaroupa, Escaroupa & Gonçalves, Duarte. (2015). Manual para o Cuidador. Acedido em 05 de Novembro de 2017, disponível em: <http://www.usfcondeixa.com/documentos/Manual%20para%20o%20Cuidador%20-%20Uente.pdf>
- QUEIRÓS, A. (2012). Manual do Cuidador. *Manual de Apoio ao Cuidador de Pacientes Dependentes*. Acedido em 05 Novembro 2017, disponível em: <http://www.usfvalongo.com/documentos/edu/guia.do.cuidador.de.pacientes.dependentes.-usf.valongo.pdf>
- Ribeiro, A. (2008). Úlceras de Pressão: Revisão de Conceitos. Acedido em 05 Novembro 2017, disponível em: <http://docplayer.com.br/6125907-Ulceras-de-pressao-revisao-de-conceitos-antonio-ricardo-ferreira-ribeiro-1.html>
- Veiga, B et al. (2011) Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos. ACSS - 2ª Edição Revista Lisboa. 71-85, 193-208