

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde**  
**Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

**Mestrado em Enfermagem**

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

**Relatório de Estágio**

**“Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo**

**Marisa Isabel Martins Madeira Godinho**

**Orientador(es) / Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais**

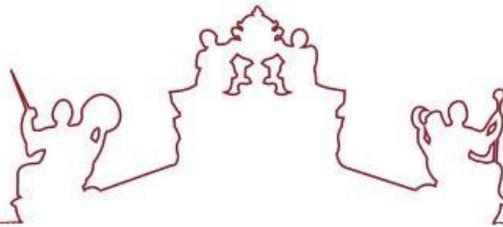
**Évora 2022**

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto  
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes  
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

**Mestrado em Enfermagem**

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

**Relatório de Estágio**

**“Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em  
utentes dependentes numa ECCI no Alentejo**

**Marisa Isabel Martins Madeira Godinho**

**Orientador(es) / Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais**

**Évora 2022**

---

---

---

---

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente / Ana Rodrigues (Universidade de Évora)

Vogais Ana Clara Pica Nunes (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)  
Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

“Há que tornar a ungir os cavalos guerreiros e levar a luta até ao fim; porque quem nunca descansa, quem com o coração e o sangue pensa em conseguir o impossível, esse triunfa”.

(I Ching)

## RESUMO

### **“Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo**

**Introdução:** Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa e do Mundo, no qual as pessoas idosas, apresentam elevada carga de doença e dependência. Necessitam de apoio de um Cuidador Informal, que não está preparado para prestar cuidados, podendo originar sobrecarga e exaustão. **Objetivo:** Pretende-se diminuir a sobrecarga do Cuidador Informal e capacitá-lo para prestar cuidados adequados ao utente dependente. **Metodologia:** Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde. Foram aplicadas escalas de avaliação da sobrecarga e questionário aos Cuidadores Informais. **Resultados:** Os Cuidadores Informais apresentam sobrecarga ligeira. As necessidades de aprendizagem são a prevenção de quedas, e igualmente o levante/transferências e prevenção de úlceras por pressão. **Conclusão:** Os Cuidadores Informais necessitam de apoio dos Enfermeiros quer pela sobrecarga, quer pelos deficits de conhecimento e competências práticas; o suporte e acompanhamento pelos mesmos visa melhorar a qualidade dos cuidados.

**Descritores:** Cuidador; Sobrecarga do cuidador; Utente dependente.

## ABSTRACT

### “Together in caring”- burden in informal caregivers of dependent person in ECCI of Alentejo

**Introduction:** Portugal is one of the countries with the oldest people in Europe and in the world, in which elderly people, have a high burden of dementia and dependency. They need the support of an Informal Caregiver, who is not prepared to take care, what can cause overload and exhaustion. **Objective:** To reduce the overload of the Informal Caregiver and provide him the capacity of providing proper care to the dependent patient. **Methodology:** A project of communitarian intervention has been developed, based on health planning methodology. Scales of assessment of burden and questionnaires were applied to Informal Caregiver. **Results:** The Informal Caregivers have slight overload. The needs of learning are fall prevention, as well as uprising/transferring and ulcers caused by pressure. **Conclusion:** The Informal Caregivers need the support from Nurses either by overload or lack of knowledge and practical skills; the support and follow-up by them aims to improve care quality.

**Descriptors:** Caregiver; Caregiver overload; Dependent patient.

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Edgar Canais que, através do seu rigor, conhecimento e orientação, permitiu-me uma reflexão constante, acerca da prática clínica, para que pudesse alcançar mais do que eu me poderia ter proposto, constituindo-se como um grande motivador.

À Enfermeira Susana Saruga, pelo seu pensamento crítico, conhecimento, experiência profissional, disponibilidade em me orientar durante a realização deste trabalho.

Aos Professores Manuel Lopes, Lara Pinho e Luís Sousa que me acolheram no estudo que integrei “Diagnóstico dos Cuidadores Informais”.

A todos os professores deste Curso de Mestrado, que me enriqueceram com os seus ensinamentos.

À minha entidade patronal, pela possibilidade de conciliar o desempenho da minha atividade profissional com a vida académica, especialmente ao meu chefe José Matos.

Às minhas colegas de mestrado, Cláudia, Ana, Cristina e Jéssica, por todos os momentos de entreajuda, amizade e partilha, que permitiram superar os momentos de trabalho árduo, cansaço e dúvidas do percurso trilhado.

À minha equipa do Serviço de Ortopedia, especialmente à Laura, Isabel, Cátia e à Ana Isabel, pelos momentos de partilha, pelo seu conhecimento, apoio e incentivo. E ainda à Susana e Maria, pela amizade, ânimo e paciência demonstrada.

A todos os cuidadores, utentes e suas famílias aos quais prestei cuidados ao longo desta etapa, pela sua colaboração e disponibilidade, por partilharem as suas vivências e permitirem que este fosse possível.

A todos os meus amigos a quem faltei em alguns momentos, mas que, ainda assim me deram força para continuar. À Ana Filipa e Ana Maria, amigas, confidentes e estrelas guias. Em especial à Isis, pelo apoio nas horas mais difíceis, companheira de uma vida.

À equipa da UCC e em especial ECCI, pelas partilhas, ensinamentos, disponibilidade e dedicação.

À minha família, em especial aos meus pais, esposo e filho, a sua permanente permissão para doar algum do seu tempo, constituindo-se como um pilar. Pelo vosso amor, carinho, compreensão e apoio incondicional, para que pudesse e possa continuar a construir uma Enfermagem melhor. Sem o vosso apoio não seria possível.

À memória do meu avô, que partiu no decorrer do meu percurso académico, lembrar o que este me ensinou que a vida deve ser vivida e disfrutada com alegria e as amizades preservadas.

A todos vós, o meu muito obrigada!

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	17
1.1 ENVELHECIMENTO .....	17
1.1.1 O processo de envelhecimento.....	18
1.1.2 Evolução demográfica Mundial, Europeia e em Portugal.....	19
1.1.3 A pessoa idosa dependente .....	20
1.2 CUIDADORES INFORMAIS .....	21
1.2.1 Conceito de Sobrecarga .....	24
1.2.2 Sobrecarga do Cuidador Informal .....	26
1.2.3 Estratégias do Cuidador para lidar com a sobrecarga.....	30
1.2.4 Descanso do Cuidador.....	33
1.3 PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	34
1.4 MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NOLA PENDER .....	37
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	39
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTÁGIO .....	39
2.2 CARACETRIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS .....	42
<b>3. ANALISE DA POPULAÇÃO/UTENTES</b> .....	44
3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES .....	44
3.2 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO .....	45
3.3 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO.....	48
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS</b> .....	50
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</b> .....	53
5.1 METODOLOGIA.....	53
5.2 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS.....	56
5.3 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	58
5.4 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS.....	62
5.5 CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS .....	64
5.6 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	65
5.7 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	73
5.8 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	74

5.9 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO .....	74
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .....</b>	<b>75</b>
6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	75
6.2 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS .....	75
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....</b>	<b>81</b>
7.1 COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	81
7.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	84
7.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	87
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>XCVIII</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>CLXXXV</b>

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1-Mini Mental State Examination.....	XCIX
Apêndice 2-Blessed Dementia Scale.....	CII
Apêndice 3-Escala de Solidão.....	CV
Apêndice 4-Questionário de Caracterização do Cuidador.....	CVIII
Apêndice 5-Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal.....	CXI
Apêndice 6-Escala de Sobrecarga do Cuidador.....	CXVII
Apêndice 7-Consentimento Informado Livre e esclarecido ARSA, Cuidador Informal.....	CXIX
Apêndice 8-Consentimento Informado Livre e esclarecido ARSA, utente.....	CXXIII
Apêndice 9-Consentimento Informado Livre e esclarecido UÉ.....	CXXXI
Apêndice 10-Autorização do Encarregado de Proteção de dados da UÉ.....	CXXIX
Apêndice 11- Planos de Cuidados.....	CXXXVI
Apêndice 12- Sessões de Educação para a Saúde.....	CLIII
Apêndice 13- Planos de Sessão.....	CLVII
Apêndice 14- Caminhadas com História.....	CLXVI
Apêndice 15-Logotipo do projeto.....	CLXVIII
Apêndice 16-Cronograma de atividades.....	CLXX
Apêndice 17- Cartazes de divulgação das Sessões de Educação para a saúde.....	CLXXII
Apêndice 18- Convites para Sessão de Educação para a Saúde.....	CLXXVII
Apêndice 19-Resumo da Revisão Integrativa da Literatura intitulado “Capacitar o Cuidador Informal no decorrer da prestação de cuidados no domicílio”, elaborado pela mestranda .....	CLXXX
Apêndice 20- Protocolo com a CM.....	CLXXXII

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1- Municípios do Alentejo.....	39
Figura nº 2- Concelho de Évora- Freguesias.....	40
Figura nº3- Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC, ARS Alentejo- ACES Central-UCC, Grupos Etários e utentes abrangidos por freguesia.....	45

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1- Caracterização sociodemográfica dos Cuidadores Informais.....	66
Gráfico nº2- Necessidades de aprendizagem dos Cuidadores Informais, avaliação inicial.....	68
Gráfico nº3- Necessidades de aprendizagem dos Cuidadores Informais, avaliação final.....	70
Gráfico nº4- Sobrecarga do Cuidador Informal, avaliação inicial.....	71
Gráfico nº5- Sobrecarga do Cuidador Informal, avaliação final.....	72

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1- Comparação por pares.....	48
Quadro nº2- Metas e indicadores do ObE1.....	51
Quadro nº3- Metas e Indicadores do ObE2.....	51
Quadro nº4- Metas e Indicadores do ObE3.....	51
Quadro nº5- Metas e Indicadores do ObE4.....	51
Quadro nº6- Planeamento das Reuniões com os <i>Stakeholders</i> .....	62
Quadro nº7- Recursos humanos do projeto.....	63
Quadro nº8- Recursos materiais e físicos do projeto.....	63
Quadro nº9- Cálculo de Custos do Projeto.....	72
Quadro nº10- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE1.....	75
Quadro nº11- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE2.....	76
Quadro nº12- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE3.....	77
Quadro nº13- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE4.....	77

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AC	Alentejo Central
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
ARSA	Administração Regional de Saúde do Alentejo
CCDR	Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional
CI	Cuidador Informal
CILE	Consentimento Informado Livre e Esclarecido
CM	Câmara Municipal
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
ECSP	Enfermagem Comunitária e de Saúde pública
ENACI	Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal
ESC	Escala de Sobrecarga do Cuidador
INE	Instituto Nacional de Estatística
ObE	Objetivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UÉ	Universidade de Évora

## INTRODUÇÃO

O presente relatório, denominado “Juntos no Cuidar- sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo”, foi realizado no âmbito do Estágio de Intervenção comunitária, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Alentejo Central (AC), inserido no 2º ano/2º semestre, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Catelo Branco, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal, sob orientação do professor Edgar Canais, professor no Instituto Politécnico de Setúbal.

Tendo em conta a evolução tecnológica da área da saúde, e ao considerarmos de um modo geral, a melhoria das condições socioeconómicas, isto permitiu o aumento da longevidade da população, ao qual também, se associa uma maior prevalência de doenças crónicas e dependência nas atividades de vida diárias. Assim, o aumento da longevidade na sociedade coloca novos desafios, em diversas áreas das quais, se destacam a prestação de cuidados (Sequeira, 2018). Assistimos ao aumento de doenças crónicas não transmissíveis, incapacidades e perda de autonomia das pessoas idosas, originando a necessidade de prestação de cuidados por cuidadores, prestando cuidados informais, em paralelo verifica-se uma inversão da pirâmide populacional, tendo como consequências, maiores alterações da saúde e necessidades de cuidados de saúde para a população idosa (OMS, 2018; MIN-SALUD, 2016; Vargas, Ramírez, & Polo, 2018).

O envelhecimento, traz consigo maiores necessidades de cuidados, para a realização de tarefas e atividades essenciais ou pessoais (Garin, et al., 2010; Nardi, Sawasa, & Santos, 2013; Garbaccio & Tonaco, 2019).

No decorrer do exercício do papel de cuidador informal, o cuidador defronta-se com inúmeras dificuldades, como por exemplo, informações pouco claras a respeito da doença, falta de orientação e apoio, ou indicação de um serviço para capacitá-los a prestação de cuidados. É reconhecido que a capacitação do Cuidador Informal (CI), deve ser encarada como um percurso seguro para a prestação de melhores cuidados (Martins & Santos, 2020).

Os autores Valle-Alonso, Hernández-López e Zúniga-Vargas (2014), argumentam que os cuidadores assumem a responsabilidade da prestação de cuidados, como uma obrigação moral perante a sociedade, o que origina um desgaste emocional, físico e económico.

A sobrecarga é um conceito chave, na análise das repercursões do cuidado e das pessoas idosas sobre a família. O sentimento de sobrecarga do cuidador demonstra a necessidade de recorrer à utilização dos serviços de longa duração, que possibilitem o descanso do cuidador, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados e de igual forma beneficiando a qualidade de vida dos cuidadores (Ramos, Morales, & Castaño, 2019).

Segundo Benner (2001), as Enfermeiras ajustam as práticas de cuidar, incluindo as interações que promovem e acompanham no processo de recuperação e cura, ajudam os utentes a as suas famílias a viver com as suas doenças. Desta forma, é evidente que os cuidados inerentes aos papéis de ensino/orientação e de ajuda da Enfermeira, constituem-se como um elemento de sucesso, para o desenvolvimento de intervenções seguras e proporcionam grande confiança aos utentes.

A metodologia utilizada, como recomendado na unidade curricular e esperado nas competências do Enfermeiro Especialista em ECSP, foi o planeamento em saúde. A escolha recaiu sobre o modelo teórico de Nola Pender de Promoção da Saúde. Segundo o modelo em questão, o Enfermeiro presta cuidados de modo individualizado, ou em grupo, permitindo o planeamento, intervenção e avaliação das suas ações, no qual são identificados factores que influenciam comportamentos saudáveis, e ainda serve como orientação para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva a pessoa a ter comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2014).

A promoção da saúde, permite ao Enfermeiro a utilização de um conjunto de princípios que envolvem a equidade e o empoderamento, como uma prática que abarca a comunicação, a capacitação e atividades diplomaticamente dirigidas. O objetivo é possibilitar à pessoa, ganhar mais controlo sobre as influências das suas vidas e melhorar a sua saúde (Laverack, 2007; Laverack, 2022).

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP), promover a educação para a saúde, promoção e manutenção e restabelecimento da saúde do individuo, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade. Este profissional trabalha, com a pessoa, famílias e comunidades, contactando com pessoas com necessidades e capacidades variadas, em situações diversas, encontrando-se numa posição chave para realizar educação para a saúde. Possibilitando que os utentes tomem decisões com conhecimento, lidem mais eficazmente com a sua saúde e estilo de vida, assumindo uma maior responsabilidade pela sua saúde (Stanhope & Lencaster, 1999).

Considerando a problemática em questão, foi realizado o presente trabalho. Neste sentido o Enfermeiro deve ser capaz de adquirir e consolidar competências que lhe possibilitem atender aos desafios que configuram a atual realidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com intuito de alcançar os objetivos do presente Estágio de Intervenção, espera-se que o Enfermeiro consiga identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, bem como, as necessidades de saúde da comunidade e proceda ao diagnóstico de saúde da mesma.

Foi delineado o projeto de intervenção comunitária com o objetivo geral: Capacitar os CI, dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC; e como objetivos específicos: aumentar o conhecimento dos CI, acerca dos autocuidados a prestar aos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI; diminuir a sobrecarga dos CI dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC; criar um “Atelier de Expressão de Sentimentos”, inserido no “Cantinho do Cuidador” ; implementar “Caminhadas com História”, inseridas no “Cantinho do Cuidador”.

O presente relatório encontra-se dividido em 7 capítulos. No primeiro capítulo será realizado o enquadramento teórico, efetuando uma abordagem sobre a problemática do envelhecimento, contextualizando o mesmo; caracterização do utente dependente, será explicada a necessidade de cuidados informais, caracterização do CI, como surge a sobrecarga deste, que recursos e estratégias dispõe para lidar com a mesma, bem como é abordada a Metodologia do Planeamento da Saúde, e o Modelo Teórico escolhido. No segundo capítulo, será efetuado o enquadramento prático, no âmbito do diagnóstico da situação, é realizada uma análise do contexto que este trabalho aborda, dando a conhecer o perfil territorial, demográfico, económico. No terceiro capítulo, é realizada a análise, caracterização da população, bem como a caracterização das suas necessidades específicas e recrutamento da mesma. No quarto capítulo, será apresentada uma análise reflexiva sobre os objetivos do projeto. No quinto capítulo, será efetuada uma análise reflexiva sobre as intervenções desenvolvidas, nomeadamente a metodologia utilizada na fase de implantação do projeto, assim como, as questões éticas, abordando as etapas do planeamento em saúde, em seguida procedeu-se à realização do diagnóstico de saúde, sendo efetuada a identificação dos problemas. Posteriormente será efetuada a priorização dos problemas, análise sobre as estratégias acionadas e metas. No sexto capítulo, é efetuada uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo. Por fim, será efetuada uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas enquanto Mestre e Especialista em ECSP, terminado com as considerações finais, sendo realizada a análise global, síntese das principais averiguações e conclusões apuradas e relato das principais dificuldades sentidas, bem como a análise sobre cumprimento dos objetivos inicialmente traçados.

Este trabalho, foi elaborado de acordo com as normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, as diretivas de referência de fontes da *American Psychological Association* [APA]- 6ª edição.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De forma a contextualizar a problemática do envelhecimento, cuidados informais e sobrecarga dos CI, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, permitindo fundamentar e sustentar a problemática em estudo, do ponto de vista teórico, visando a definição e clarificação de conceitos, tendo como finalidade dar suporte à investigação. Coutinho (2020), auxilia a clarificar o enquadramento conceptual, da seguinte forma:

No âmbito conceptual, o objeto de estudo na investigação não são apenas os comportamentos, mas também as interações e acontecimentos, isto é, investigar conceitos, achar significados nas ações individuais e nas interações sociais do ponto de vista dos atores participantes no processo (Coutinho, 2020, p. 28).

### 1.1 ENVELHECIMENTO

O conceito de envelhecimento teve diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo em conformidade com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2018).

Foram observadas alterações consideráveis na estrutura etária das populações, desde a 1ª metade do século XX, de acordo com a redução da taxa de natalidade que se foi fixando a ritmos distintos nos diferentes países, dado que, determinados países apresentam há algumas décadas, um índice sintético de fecundidade abaixo do valor mínimo necessário, para se verificar o rejuvenescimento da população. Estas premissas têm permitido o aumento da esperança de vida, a melhoria das condições sanitárias, conseqüentemente melhores condições de vida, desenvolvimento tecnológico e científico que se foi verificando, nomeadamente nos cuidados de saúde. Ao analisar o declínio da natalidade, e da consecução de uma maior longevidade, isto reflete-se, num duplo envelhecimento demográfico e espelha importantes desequilíbrios geracionais. O gradual crescimento do envelhecimento da população, integra uma das principais tendências demográficas das sociedades contemporâneas, deixando de ser uma característica somente dos países ditos desenvolvidos, e passando a ser um desafio mundial (INE, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), no regulamento nº 348/2015- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar

respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte. (p.16481)

No que concerne à promoção da saúde a OMS (Organização Mundial de Saúde), (2015) considera o “envelhecimento saudável”, como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas mais velhas, sendo a capacidade funcional a consequência da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O objetivo primordial é o bem-estar, um conceito holístico que abarca todos os elementos e componentes da vida considerados pela pessoa. Deste modo, mais do que o efeito do sucesso e da motivação pessoal, o envelhecimento saudável espelha hábitos de vida, de suporte e das oportunidades asseguradas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas, e para possibilitar que vivenciem aquilo que valorizam.

Como referido anteriormente, é possível verificar uma modificação demográfica sem precedentes na história da humanidade, e o sucesso dessa modificação, ao atender ao envelhecimento saudável, é proporcional à precariedade, que temos para lidar com a velhice frágil e dependente. De facto, foram acrescentados mais anos de vida à população em geral, mas, a severidade da velhice só poderá ser evitada se houver uma morte prematura. Para muitas pessoas idosas, os últimos anos de vida são vividos com doença crónica, deficiência ou demência, e maior nível de dependência (Simões & Sapeta, 2017).

A dependência resulta geralmente do declínio funcional do utente idoso, em resultado do aparecimento da complicação de uma doença, ou por causa de um acidente. A dependência nas pessoas idosas, também pode ser agravada devido a outros fatores a que os idosos estão sujeitos, como a “polimedicação, uma alimentação deficitária, a falta de ajudas técnicas e ambientes inadaptados” (Sequeira, 2018, p.49).

### 1.1.1 O processo de envelhecimento

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, existe uma maior longevidade humana, estando associado a índices de dependência acrescidos, sendo resultado do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do utente dependente (Sequeira, 2018).

Segundo Santos (2017), o envelhecimento acarreta três grandes fases e encontram-se divididas em tipologias, nomeadamente: Envelhecimento Ativo ou Idoso, Envelhecimento Biológico ou Senescência e Envelhecimento Patológico ou Senilidade.

Para o mesmo autor o Envelhecimento Ativo ou Idoso, corresponde à primeira fase, na qual não existem alterações orgânicas, sendo as únicas modificações a nível da forma de vida, resultado do início da reforma, estando o indivíduo com capacidade para satisfazer as suas necessidades. Santos (2017) citando Fernandes (2012), constatou que o envelhecimento Biológico ou Senescência é considerada a segunda fase, a pessoa idosa começa a demonstrar modificações na sua condição física, ou de outra forma, necessitando confiar nos outros, reduzindo ao longo do tempo a possibilidade de sobrevivência e as suas capacidades biológicas, designadamente de autorregulação e adaptação. Como tal, pode dizer-se que o envelhecimento decorre da incapacidade do organismo, com o avançar dos anos em manter-se funcional, uma vez que, não existe renovação contínua dos componentes que integram esse organismo, ao mesmo tempo estes alteram-se e degradam-se. Por último Santos (2017) citando ISS.IP et al (2012), considera o envelhecimento patológico ou senilidade como a terceira fase, tornando-se a pessoa idosa dependente dos outros, necessitando de cuidados integrais, dado que, o seu cérebro já não lhe permite exercer a sua função de adaptação.

De forma genérica, (Bengston, Rice & Johnson, 1999; Sequeira, 2018), considera o envelhecimento como um processo, onde se englobam os aspetos biológicos, psicológicos e sociais da senescência, e a idade como padrão de comportamento social.

As modificações corporais na pessoa idosa têm repercussões psicológicas, que correspondem à mudança de atitudes e comportamentos, é um processo dinâmico e complexo. Para grande parte das pessoas idosas, o envelhecimento e o desempenho cognitivo considerado normal, apresenta uma multiplicidade de alterações cognitivas, que não têm implicações nas atividades diárias, pois existem fatores que contribuem para a manutenção do funcionamento face a um declínio cognitivo ligeiro (Sequeira, 2018).

Todavia, apesar destas modificações serem características do envelhecimento, a sua deterioração está dependente, na maior parte das vezes das características individuais e do contexto em que a pessoa idosa esteve/está exposto (Sequeira, 2018).

### 1.1.2 Evolução demográfica Mundial, Europeia e em Portugal

Portugal, bem como outros países da Europa, têm apresentado nas últimas décadas profundas modificações demográficas, determinadas pelo aumento da longevidade da população idosa, redução da natalidade e redução da população jovem. Em 2019, as pessoas com 65 ou mais eram 945.208 indivíduos. No ano em análise, o índice de envelhecimento correspondia a 161,3% e o índice de dependência 48,5% (PORDATA, 2020).

Ainda respeitante a Portugal considera-se que não é um caso isolado, acompanhado por outros países europeus, que vivenciam um dos fenómenos mais relevantes das sociedades contemporâneas:

a revolução demográfica com menos nascimentos e aumento da longevidade. (Quaresma, 2008; Nunes, 2017).

Estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE) indicam um maior envelhecimento da população, em 2050, prevê-se que um em cada três residentes será idoso, ocupando Portugal o terceiro lugar como o país com população mais envelhecida do mundo, atrás do Japão e da Espanha (INE, 2017; FFMS, 2017; Nunes, 2017).

Contudo em 2080, as previsões indicam que o número de pessoas idosas irá baixar e será de 37% da população, no entanto terá um peso mais expressivo na sociedade (Nunes, 2017).

Presentemente, a Europa apresenta maior percentagem da população com 60 anos ou mais com 25%, no entanto o rápido envelhecimento acontecerá noutras regiões do mundo e até 2050 todas as regiões do mundo, à exceção de África, terão quase um quarto ou mais das suas populações com mais de 60 anos (OMS, 2021).

A população mundial está a envelhecer, e todos os países do mundo estão a acompanhar o crescimento do número e proporção de pessoas idosas na sua população. O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das modificações sociais mais significativas do século XXI. Prevê-se que o número de pessoas idosas, com 60 anos ou mais, duplique e mais do que triplique em 2100, tendo aumentado para 3,1 milhões (OMS, 2021).

### 1.1.3 A pessoa idosa dependente

O grau de dependência da pessoa idosa, tem muitas vezes o seu princípio na deterioração do processo de envelhecimento, no qual as perdas de coordenação motora estão relacionadas com os medos graduais. É lógico atribuir a dependência do idoso, ao declínio físico, contudo fatores psicológicos e socio ambientais são responsáveis em alguns casos, pelo declínio da sua capacidade funcional. Como referido anteriormente, a perda progressiva das capacidades físicas, modificações dos processos sensoriais, preceptivos, cognitivos e afetivos, modificação da auto-imagem e do papel social, perda de autonomia e da diminuição de contatos sociais associados, gera numerosas necessidades (Imaginário, 2004).

Geralmente nas pessoas idosas, a dependência ainda pode ser agravada por causa de outros fatores a que as mesmas estão expostas, como a polimedicação, uma alimentação deficitária, a falta de ajudas técnicas e ambientes inadaptados (Sequeira, 2018).

A evolução para a dependência é um processo complexo, multidimensional e multicausal. Verifica-se que o aparecimento de uma dependência, acarreta uma mudança para uma nova vida, pois esta deve-se a um acontecimento que não foi previsto, na maior parte das vezes, que pode aparecer

de forma inesperada ou de forma progressiva, ocorre na maioria dos casos, relacionado com a diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (Sequeira, 2018).

A dependência de uma pessoa origina a necessidade de recurso a um cuidador, que pode ser familiar, ou não, podendo este desempenhar este papel por um período de tempo indefinido. No que respeita à dependência, esta pode ser considerada de várias formas, podendo tratar-se de dependência física, psicológica, isoladamente ou associada. É encarada a dependência como um estado, em que se encontra determinada pessoa que, por razões relacionadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de assistência e/ou apoio continuado para realizar as atividades do quotidiano, de forma particular as atividades associadas com o cuidado pessoal (Araújo, Paúl, & Martins, 2011; Sequeira, 2018).

De acordo com o Decreto-Lei nº101/2006, no artigo nº3, alínea h, considera a 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 actividades da vida diária. (Ministério da Saúde, 2006, p.3857)

A dependência no cuidar pode estar associada com limitações funcionais, isto é, com a capacidade diminuída ou ausente para realizar tarefas que conduzam à satisfação das atividades de vida diárias. Estas têm repercussões em todas as dimensões da pessoa, pois as mesmas limitações funcionais vão para além das limitações físicas. Uma outra variável para a perceção da dependência é a necessidade, ou melhor dizendo, uma pessoa pode não realizar determinada tarefa por não sentir necessidade da mesma e não se considerar dependente, significando uma nova perspectiva para o enfermeiro intervir (Boggatz et al., 2007; Sequeira, 2018).

Afinal, o envelhecimento integra um fenómeno com expressividade crescente no continente europeu. Como referido anteriormente, a longevidade, relacionada com as comorbilidades que lhe são intrínsecas estão na base da dependência, que se assume em distintos domínios e graus. Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, «estima-se que haverá 110 355 pessoas dependentes “acamadas”» (OPSS, 2015; Sequeira, 2018). Desta forma, a família tem a responsabilidade de cuidar destes indivíduos (Sequeira, 2018).

## 1.2 CUIDADORES INFORMAIS

Os CI constituem a rede de apoio informal, composta por familiares, amigos, conhecidos e vizinhos, que desempenham as suas funções sem remuneração, distinguindo-se da rede formal de cuidadores, que é constituída por profissionais, seja no domicílio, em instituição familiar ou ambulatório (Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes, & Fonseca, 2019).

O CI pode ser primário ou principal, secundário ou terciário. O cuidador primário é aquele sob o qual recai a responsabilidade da prestação de cuidados, isto é, tem a responsabilidade global de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente do utente dependente que precisa de cuidados, prestando a maior parte dos cuidados. O cuidador secundário é geralmente, alguém que colabora na prestação de cuidados, de modo esporádico ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, sendo familiares que por norma dão apoio ao cuidador principal. Esta prestação de cuidados pode ser a vários níveis, não se cingindo à prestação de cuidados diretos, nomeadamente: a nível económico, atividades de lazer, a nível de apoio em atividades sociais, etc. (Sequeira, 2007).

O cuidador terciário pode ser um familiar, amigo ou vizinho próximo que auxilia ocasionalmente ou somente quando solicitado em situações de emergência, mas não tem responsabilidade pelo cuidar (Neri & Carvalho, 2002; Sequeira, 2007).

Os CI, são um grupo fundamental na prestação de cuidados ao utente dependente, mostrando necessidades de incentivo e de auxílio, nas situações onde sentem dificuldades. Cuidar de alguém, acarreta estar exposto às consequências relacionadas com uma relação de prestação de cuidados. Sem embargo, compreendendo o particular interesse deste grupo para a manutenção da saúde e bem-estar dos utentes dependentes, verifica-se que os apoios planeados pelas organizações de saúde, tendo como propósito os CI, ainda são limitados, o que não permite otimizar o seu potencial. É indiscutível, que ao olharmos para estes “dadores de cuidados”, é urgente cuidar dos mesmos, assegurando a qualidade do seu desempenho e a salvaguardar a sua saúde e bem-estar, no que concerne à interação de recetor e dador de cuidados (Sequeira, 2018).

O CI no seio familiar representa a pessoa de referência que estabelece a ligação, entre o utente dependente e o profissional de saúde. Muitas informações, sobre o estado de saúde do utente dependente podem ser obtidas através dos cuidadores, contribuindo para diagnósticos e tratamentos mais exatos. Portanto, o cuidador é uma peça fundamental na qualidade do cuidado ao utente dependente, contudo, este é confrontado com inúmeras dificuldades diariamente por falta de informação e de suporte financeiro, técnico e social, não sendo remunerado (Garbaccio & Tonaco, 2019).

De acordo com o Decreto Regulamentar n. 91/2022 de 10 de janeiro do Diário da República, capítulo IV, que se refere às medidas de apoio ao CI, podendo beneficiar:

- “Profissionais de referência;
- Plano de Intervenção Específico;
- Grupos de autoajuda;
- Formação e informação;
- Apoio psicossocial;

➤ Descanso do cuidador Informal” (p.25-28)

Ocorreram grandes modificações no que concerne ao envelhecimento da população, o que pode significar que envelhecer no futuro será muito diferente das experiências das gerações anteriores, no que se refere à urbanização e à globalização, que foram acompanhadas pelo aumento da migração e desregulamentação dos mercados de trabalho. Em contrapartida, verificamos que existem alterações à pessoa que desempenha o papel de cuidador, uma vez que, anteriormente este estava atribuído às mulheres. O desempenho dessa função era restritiva, não era remunerada, trazendo consequências, nomeadamente maior risco de pobreza, menos acesso a serviços de saúde, menos acesso à assistência social, maior risco de abuso, problemas de saúde e acesso reduzido à reforma. Atualmente, as mulheres desempenham outras funções e são profissionalmente ativas, o que lhes permite obter mais segurança em idades mais avançadas. No entanto, com estas modificações foram limitando a capacidade da mulher e famílias prestarem cuidados à pessoa dependente, elencado ao crescente número de pessoas idosas que necessitam de cuidados, os modelos antigos de cuidados à família naturalmente não são sustentáveis (OMS, 2015).

É de realçar, que a escolha das pessoas dependentes é continuar a viver no seu bairro e na sua casa ao longo do seu ciclo vital. Logo, torna-se preponderante a criação de condições habitacionais para atender às necessidades físicas, psicológicas e sociais. A proximidade da família e da comunidade, permite a criação de ambientes intergeracionais, tendo como base todos os seus elementos, apesar da sua idade e ou grau de dependência são potenciadores da inclusão das pessoas idosas, no quotidiano das famílias, possibilitando a transmissão de saberes e conhecimentos, estímulos, valores e tradições. Esta situação, traz benefícios para as gerações mais novas, enriquecendo estas relações, ao analisar a interação entre o utente dependente e família, verifica-se como esta é potenciadora de bem-estar, integração e reconhecimento social (DGS, 2017).

Para dar resposta a estas necessidades, designadamente a diversas tarefas para cuidar do utente dependente no domicílio, o cuidador enfrenta uma realidade preocupante, pois as atividades realizadas pelo CI no domicílio são complexas e podem ser potenciadoras de isolamento físico, psicológico e social (Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes, & Fonseca, 2019).

Á que ter em conta a personalidade e necessidade da pessoa a quem são prestados os cuidados e a evolução da sua condição, estando diretamente associado com o nível e natureza dos cuidados prestados. Assim, a motivação para a prestação de cuidados depende de vários fatores, nomeadamente: capacitação, informação, apoio psicológico, relação entre o trabalho e o cuidar, o apoio que dispõem a sua acessibilidade, adequação e se é prestado em tempo útil (Dixe & Querido, 2020).

Adotar o papel de familiar cuidador, supõe uma alteração e envolve uma transição. Esta não é apenas sinónimo de transformação, mas um processo psicológico que envolve a adaptação aos eventos que promovem alterações (Kralik, Visentin & van Loon, 2006; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

### 1.2.1 Conceito de Sobrecarga

O cuidador é a pessoa, que tem a responsabilidade de prestar os cuidados básicos de forma contínua ou regular, podendo ou não ser familiar. E também, assume todos ou a maioria dos cuidados (Adelmar, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014; Kobaysi, et al., 2019).

Como constatado anteriormente, na maior parte das vezes, as pessoas que prestam cuidados, não tem formação específica, assim como, remuneração. Esta situação pode originar sobrecarga, pois o cuidador não tem uma profissão, e por sua vez, não dispõe de tempo para lazer, para realizar o seu autocuidado, prejudicando claramente a sua qualidade de vida e os cuidados prestados ao utente dependente (Loureiro, Fernandes, Nóbrega, & Rodrigues, 2018; Souza, et al., 2018; Kobaysi, et al., 2019).

Muitos autores afirmam que cuidar de pessoas dependentes, continuamente, despoleta uma sobrecarga com consequências físicas e psíquicas, manifestando-se através de stresse, depressão e ansiedade (Chumber, Rittman, Van Puymbroeck, Vogel, & Qnin, 2004; Duccharme, Lbel, & Bergman, 2001; Patterson & Grant, 2003; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

A sobrecarga familiar acontece devido a múltiplas causas, que vão desde dificuldades inerentes aos cuidados diretos, às alterações de rotinas na família, à prestação ininterrupta de cuidados, questões financeiras (custo de medicação ou outros equipamentos e materiais) e ao stresse originado pela doença, pelo seu prognóstico e limitações tácitas ao processo de envelhecimento (Kasper, Steinbach, & Andrews, 1990; Marques, 2007; Sales, 2003; Zarit, 1998; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Deste modo, verifica-se uma pluralidade de manifestações causadas pela sobrecarga, as quais variam claramente entre géneros, onde as mulheres tendem a apresentar maiores níveis de sobrecarga e stresse relacionado com a função de cuidar (García-Calvente, Lozano, & Eguiguren, 2007; Geriani, Savithry, Shivakumar, & Kanchan, 2015; Hong & Casado, 2015; Navaie- Waliser et al., 2002; Torimoto-Sasai, Igarashi, Wada, Ogata, & Yamamoto-Mitani, 2015; Zarit & Zarit, 2007; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

A definição de sobrecarga remete-nos, para o conjunto das consequências que acontecem na sequência de um contacto próximo com um doente, nesta situação, uma pessoa dependente. As repercussões no que se refere, à sobrecarga constatam-se de forma objetiva e subjetiva. Portanto, a

nível objetivo resulta da prática de cuidados, no que se refere à interação com os sintomas e comportamentos da utente dependente; e subjetiva resulta da perceção pessoal do familiar cuidador acerca das consequências do cuidar (Martín, et al., 1996; Aneshensel et al., 1997; Lage, 2005; Sequeira, 2018).

Ao longo dos tempos, foram desenvolvidas várias teorias explicativas sobre o stresse e a sobrecarga, designadamente: o Modelo concetual de Pearlin; o Modelo bifatorial de Lawton e o Modelo de resiliência familiar.

O Modelo concetual de Pearlin, procura explicar o conceito de stresse do CI. “Os autores identificaram quatro domínios do stresse: história e contexto, agentes de stresse (stressores), mediadores e resultados esperados ou manifestações” (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016, p. 99). Os autores em questão, esclarecem que as características do cuidador como a idade, género, etnicidade, escolaridade, ocupação e realização económica, influem, claramente sobre a intensidade da vivência e/ou das demonstrações do stresse (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Estes autores distinguem stressores primários e secundários. Consideram os primeiros como necessidades do doente, com carácter e magnitude dos cuidados, sendo resultado direto do processo de cuidar. E os segundos, como sendo a consequência dos primeiros, referindo-se às conceções emocionais dos resultados do cuidar. Portanto, os indicadores objetivos dos stressores primários, compreendem a função cognitiva do doente, as modificações de comportamento, a sua dependência funcional para as atividades de vida do dia-à-dia. Constituem medidas subjetivas, a avaliação da sobrecarga sentida pelo cuidador, o isolamento social e a degradação do relacionamento com o familiar. Por último, os stressores secundários, abarcam os conflitos familiares e profissionais, problemas económicos e restrição das atividades sociais. A sobrecarga emocional, que está intrínseca ao papel do cuidador, por vezes, pode originar depressão, levar ao isolamento, podendo ocorrer devido a fatores intrapsíquicos com intromissão no autoconceito, como a perda autoestima, anulação pessoal, incompetência no desempenho do papel de cuidador e a não identificação de ganhos perante a situação (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

O Modelo bifatorial de Lawton, explica o stresse, tendo como princípio de que cuidar de alguém, pode ter aspetos positivos, dado que, o familiar cuidador sente, na maior parte das vezes, satisfação e bem-estar pelos cuidados que está a prestar ao seu familiar, obtendo ganhos para ambos. Os autores, desenvolveram um modelo que procura mostrar a evidência da carga bifatorial, através de um instrumento que permite avaliar a dimensão cognitiva, afetiva, o potencial stressor e a eficácia das estratégias de coping. Dão ênfase, à mestria numa perspetiva positiva e às habilidades comportamentais do cuidador. Propuseram como dimensões na avaliação do cuidado major: a satisfação, a perceção do impacto, a mestria, a ideologia do cuidado e a sobrecarga subjetiva (Lawton et al., 1986; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

As conceções centrais deste modelo são: avaliação primária, mecanismos de coping, avaliação secundária e recursos. Considera a sobrecarga subjetiva como o entendimento do distress psicológico, ansiedade, depressão, desmoralização e a perda generalizada de liberdade pessoal, imputada juntamente ao papel de cuidador. O stress primário tem presente a incapacidade física ou cognitiva do indivíduo alvo de cuidados, acarretando a limitação de tempo, o esforço físico e os gastos económicos. As perceções subjetivas dos ganhos, e aspetos positivos associados como o cuidador explicam a satisfação do cuidador.

O Modelo de resiliência familiar segundo Martins, Araújo, Peixoto e Machado (2016, p.102), citando Grotberg (1995, p.7) considera resiliência como: “(...) uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos nas adversidades”.

A manifestação de uma doença crónica na família e a dependência funcional, é apreciado como um evento crítico, isto é, uma ameaça ao equilíbrio do sistema familiar e, conseqüentemente um evento causador de stress. Caso o familiar cuidador compreenda a situação como muito stressora e, também apresente dificuldade na adaptação à nova situação, possivelmente vai responder de modo inadequado. Por outro lado, se os recursos que têm ao seu dispor são adequados para enfrentar esta nova situação, a adaptação poderá decorrer de modo positivo. No momento em que, o indivíduo vivencia uma situação de stress pode criar estratégias de coping de vários domínios. “Os elementos stressores, o padrão de funcionamento, os recursos familiares, o suporte social, a apreciação cognitiva, a resolução de problemas e o coping familiar são elementos conceituais básicos neste modelo” (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016, p. 108).

As respostas a dar às modificações impostas à família, estão claramente associadas com os recursos que esta possui, quer sejam materiais (financeiros), individuais (conhecimentos, competências, treino ou experiência, personalidade, saúde física e mental, mestria) e da família (coesão, adaptabilidade, organização, familiar, habilidades de comunicação, capacidade de resolução de problemas e a robustez da família). Ainda, o suporte social (recursos comunitários), como elemento fundamental na ajuda da adaptação à crise (McCubbin & McCubbin, 1993; McCubbin et al., 2001; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Todo este processo centralizado na família, necessita de entendimento entre os membros e um bom relacionamento entre si e a comunidade (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

## 1.2.2 Sobrecarga do Cuidador Informal

Como sabemos a transição implica alterações e adaptação pessoal, relacional, situacional, social ou modificações do ambiente e precisa de tempo e adaptação. Portanto, a reconstrução da identidade

é inerente à transição. A vivência desta transformação é interpretada de acordo com as expetativas, com o conhecimento, habilidades, reconhecimento dos eventos de mudança, disponibilidade de recursos do ambiente e ao bem-estar emocional e físico (Kralik et al., 2006; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Cuidar de outro exige um esforço constante a nível cognitivo, emocional e físico, podendo ter impacto negativo na saúde e bem-estar do CI (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013; Dixe & Querido, 2020) e traduzir-se em custos económicos para as famílias e sociedade, bem como, maior nível de dependência e maior número de horas de cuidados prestados pelos CI (Oliva-Moreno, Aranda-Reneo, Vilaplana-Prieto, González-Domínguez & Hidalgo-Veja, 2013; Dixe & Querido, 2020).

Segundo Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes e Fonseca (2019), a realidade que um cuidador enfrenta quando tem uma pessoa dependente no domicílio a seu cargo é preocupante, pois terá que responder a numerosas tarefas.

Segundo o SNS (2019), “Estima-se que em Portugal existam entre 230 mil a 240 mil pessoas cuidadas em situação de dependência”.

Torna-se de extrema importância identificar os fatores que são referentes à sobrecarga, pois urge a necessidade de serem definidas intervenções preventivas. Inúmeros autores têm descrito diversos fatores, relacionados com os cuidadores e fatores relacionados com a pessoa dependente que origina a sobrecarga. Os fatores reconhecidos foram o grau de dependência, saúde psicológica e características sociodemográficas, tipo de necessidades, tempo despendido no cuidado, grau de parentesco e saúde psicológica do cuidador (Zhu & Jiang, 2018; Dixe & Querido, 2020).

Quando temos um diagnóstico de sobrecarga do cuidador, devemos ter especial atenção às variáveis como: a nível de necessidades de cuidados do utente, o grau de dependência nas atividades de vida diárias, as dificuldades relacionadas com o cuidar, duração do cuidado e o número de horas diárias de cuidados, a capacidade do cuidador, no que concerne aos conhecimentos, estado de saúde, predisposição, recursos, competências/ habilidades, etc.). Portanto, os fatores de risco a ter em conta são: a codependência, carência de apoio social e/ou familiar, impossibilidade de descanso do cuidador, inexistência de atividades sociais e de distração, inexperiência na prestação de cuidados, estado de saúde do cuidador, o contexto e a interação, etc. (Sequeira, 2018).

A sobrecarga pode causar problemas físicos, psíquicos e de natureza sócio familiar, apresentando-se o stresse emocional, como uma das formas de expressão mais frequentes, bem como, a depressão, ansiedade e insónia (Adelmar, Tmanova, Delgado, Dion & Lachs, 2014; Souza, et al., 2018; Kobaysi, et al., 2019).

Reforçando esta ideia, (Delalibera, Barbosa & Leal, 2015; Valle, Hernández, Zuñiga & Martínez, 2015; Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes & Fonseca, 2019), além da sobrecarga, cuidar de um utente dependente pode despoletar outros problemas de saúde para o cuidador, que presta cuidados

a tempo inteiro e sem assistência. Debatendo-se com maiores possibilidades de depressão, ansiedade, tendo piores condições de vida, além de abuso de substâncias, como hipnóticos, ansiolíticos e abuso de tabaco.

Quando refletimos, acerca do pouco tempo que os CI têm para se cuidar, percebemos a sobrecarga, pois ao considerarmos o número de horas despendidas a cuidar, constatamos que das 24 horas diárias restam somente 8 horas para dormir, desta forma, este cuidador não tem descanso. Compreende-se, a necessidade de existirem mais estruturas de apoio ao descanso do cuidador (Dixe & Querido, 2020).

Ao assumir o papel de cuidador, este confronta-se com uma situação sem opções, tendo uma forte obrigação moral e social, a qual, raramente é repartida com outros elementos da família. O estado de saúde e os pedidos do utente dependente podem absorver, de tal forma o tempo do cuidador, sendo confrontado com uma grande e contínua sobrecarga física e emocional, que o leva a um isolamento e decréscimo dos contatos sociais (Brito, 2001; Paúl, 1997; Martins, 2006).

De acordo com Sequeira (2018), considera que as repercussões, relacionadas com a prestação de cuidados, pelo CI de uma pessoa com uma dependência que pode ser física/mental, têm lugar em ambientes dinâmicos, constituindo-se como um processo de influência mútua.

A natureza das repercussões, relacionadas com o cuidar de uma pessoa dependente está associada com três contextos nomeadamente: do utente dependente, do cuidador e do meio. No que se refere à pessoa alvo de cuidados, o utente dependente constata-se que existem determinadas variáveis, como o sexo, a idade, a religião, a educação, os recursos económicos, o tipo de relação com a família, que influem na relação de prestação de cuidados e, naturalmente existem repercussões relacionadas com o cuidar. A natureza das repercussões acerca de quem cuida e da qual se evidenciam particularmente dois fatores: o utente dependente e o processo de doença, pois advém um conjunto de alterações cognitivas, comportamentais, etc., com comprometimentos globais no contexto. Por último, as principais variáveis clínicas, isto é, associadas com a doença, salienta-se o prognóstico, a duração da doença, a sintomatologia, o estado funcional, a intensidade e a tipologia da necessidade de cuidados, etc., o que envolve concretamente a necessidade de providenciar assistência (Sequeira, 2018).

O contexto do cuidador engloba um conjunto de variáveis, que pela sua natureza, são determinantes na relação de prestação de cuidados, destacando-se:

(...) a idade; o sexo; o rendimento; a escolaridade; o grau de parentesco; a ocupação/ atividade profissional, a complexidade do cuidador; a personalidade; a história de vida; o tipo de relação existente com o doente; os recursos pessoais; as estratégias de coping; o autoconceito; as atitudes e crenças; as expectativas; as capacidades relacionais; os objetivos de vida; a saúde física e mental; a ideologia; a classe social; o tipo de composição da família; as relações familiares; a disponibilidade para o cuidar; etc. (Sequeira, 2018, p.204).

Os cuidadores, que detêm conhecimentos acerca da doença, com capacidade de intervenção e com uma boa perceção de autoeficácia estão em melhores circunstâncias, para contribuir para o bem-estar do utente dependente e estão menos vulneráveis ao aparecimento da sobrecarga (Sequeira, 2018).

Assim, no contexto incluem-se diversas variáveis, das quais se salienta o seu papel mediador, influenciando de modo positivo ou negativo a relação de prestação de cuidados, desempenhando um papel determinante no aparecimento da sobrecarga objetiva e subjetiva a nível do cuidador. Das variáveis com maior impacto destacam-se:

(...) o suporte social; os serviços formais de apoio (serviços de saúde mental, cuidados continuados); a coresidência; os recursos comunitários; a cultura; a habitação; a valorização social do cuidar; o contexto em que são realizados os cuidados; a legislação; os apoios de familiares/amigos/vizinhos; a estrutura e a dimensão familiares; entre outras (Sequeira, 2018, p. 205).

O suporte social é um bom modelador de perceção de sobrecarga, pois o suporte social percebido, nem sempre corresponde ao existente (Ribeiro, 1999a; Sequeira, 2018). Um ambiente favorável, reduz os riscos para o doente/cuidador e facilita a prestação de cuidados. No decorrer da prática clínica, verifica-se, que por vezes, pequenas modificações do ambiente, como a sinalética, a adaptação da casa de banho, etc., permitem alcançar grandes ganhos no âmbito do papel de CI. A família deve desenvolver estratégias de coping, que vão influenciar cada um dos seus membros, existindo redistribuição de papéis, interajuda, etc., vai interferir na noção que o cuidador tem da interação com o utente dependente. Destaca-se outro fator a componente financeira, os CI que por vezes dispõem de escassos recursos financeiros, sendo uma fonte de preocupação e podem desencadear repercussões negativas no cuidador (Garrett, 2005; Sequeira, 2018).

Ocorre um aumento dos encargos, devido ao aumento das despesas, onde se englobam as despesas com a saúde, nomeadamente: consultas, medicamentos, tratamentos, fraldas e outros acessórios, por outro lado, ocorre também uma diminuição dos rendimentos por causa da menor disponibilidade para o trabalho. Ao avaliarmos estes dois fatores, o menor rendimento e a necessidade de maiores gastos, pode levar a situações de sobrecarga financeira com consequências na vida dos cuidadores. Por fim a saúde, como tem sido exposto em pontos anteriores, também foi considerado, que cuidar de alguém pode ter complicações diretas a nível da saúde física e mental. A saúde física, pode ser afetada pelo esforço físico relacionado com o cuidar. O cuidador vê-se confrontado com inúmeras dúvidas, estas estão geralmente associadas com o futuro e com a segurança da pessoa cuidada. De acordo com o tipo de relação existente, o cuidador pode percecionar maior ou menor sobrecarga. Assim, a história de vida do cuidador com o familiar, constitui um fator preponderante para a consciencialização do novo papel de cuidador, e para percecionar o cuidar de modo positivo ou

negativo. A ocorrência de conflitos, em termos de relação potencia a percepção de consequências negativas (Sequeira, 2018).

Posto isto, há que repensar novas formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do utente dependente, pois verificamos que existe uma nova realidade. Constatase também, que se deve dar preferência à assistência no domicílio, e que esta não sobrecarregue a família, de modo a reduzir a sua vulnerabilidade física e psicológica. É sobejamente importante, salientar que as políticas de saúde devem procurar responder a esta realidade, através de programas que incentivem a coesão e integração familiar e protejam o utente dependente de negligência, nomeadamente de más práticas e de violência (Sequeira, 2018).

### 1.2.3 Estratégias do Cuidador para lidar com a sobrecarga

É crucial o desenvolvimento de intervenções psicoeducativas, terapia cognitivo-comportamental, capacitação do cuidador, através de informações sobre como executar os cuidados e estado de saúde do doente. O desenvolvimento destas estratégias promove a autoeficácia e a melhoria da comunicação entre o doente e o CI, prevenindo a sobrecarga e exaustão do cuidador (Dixe & Querido, 2020).

Torna-se necessária a intervenção por parte dos profissionais de saúde, no que se refere aos CI, visto que, deve potencializar-se as suas capacidades e reduzir os riscos de morbilidade. O papel do cuidador revela um elevado contributo, quer para a manutenção do utente dependente no domicílio, quer para a manutenção da qualidade de vida sendo um recurso económico de grande relevância para o país (Sequeira, 2018).

As intervenções devem ser planeadas, de acordo com o diagnóstico das necessidades de cuidados de saúde e dos interesses singulares de cada cuidador, ou grupo de cuidadores. Estas intervenções procuram, de preferência, ajudar na prestação de cuidados, prevenir os conflitos e/ou auxiliar à sua resolução, melhorar a autoestima e significado de vida das pessoas abrangidas. Por norma, os cuidadores dão especial atenção às estratégias que simplifiquem a prestação de cuidados, nomeadamente: higiene, estimulação, mobilização, terapêutica, etc. (Sequeira, 2007).

Os Enfermeiros são profissionais de saúde, habilitados a ajudar e assistir os familiares no desempenho do seu papel, como cuidadores e consequentemente promover melhores cuidados à pessoa dependente. Desta forma, estes profissionais devem ter um olhar preventivo sobre os familiares cuidadores, com intervenções adequadas às suas necessidades, evitando compromissos no seu bem-estar e qualidade de vida relacionados com as exigências do cuidar. Assim, os programas de saúde aparecem como propostas de resposta terapêutica, para atender às diferentes necessidades de cuidados que esta população alvo necessita (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

A verificação da sobrecarga e outras consequências relacionadas com o cuidar de alguém em contexto domiciliário, desencadeou a realização de programas de intervenção, procurando ajudar o cuidador a desenvolver estratégias que lhe assegurem, uma maior qualidade de vida e bem-estar e a continuidade dos cuidados. Os benefícios são notórios na qualidade de vida dos cuidadores, pois existe um desenvolvimento das habilidades para cuidar e redução da sobrecarga (Santos, Sousa, Brasil, & Dourado, 2001; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

“Normalmente os programas focam áreas como a aceitação e compreensão da doença, a adequação de estratégias para lidar com a situação, a possibilidade de exprimir sentimentos e ainda esclarecimentos sobre os recursos disponíveis” (Santos et al., 2011; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016, p.132).

Existe uma variedade de programas de apoio e intervenções orientadas para os familiares cuidadores, podendo ser classificadas quanto às estratégias nos seguintes tipos: apoio formal, programas educativos, grupos de ajuda mútua e intervenções psicoterapêuticas e counseling (López Martínez & Crespo López, 2006; Northouse, Katapodi, Song, Zhang, & Mood, 2010; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

O apoio formal, é um conjunto de serviços comunitários que diminuem a intensidade da carga de trabalho a desempenhar pelo familiar cuidador. Tem como objetivos, aliviar o familiar cuidador permitindo-lhe repouso, assegurando que este disponha de tempo livre para usufruir de atividades de lazer, sociais ou do que necessite, tendo uma pausa do cuidado prestado. São exemplo disso: centros de dia, estâncias temporais ou residências, o serviço de apoio ao domicílio, internamentos de curta duração e intervenções ambientais (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Os programas de ajuda mútua, que também podem ser denominados por grupos de suporte ou grupos de ajuda mútua, proporcionam, fundamentalmente suporte ao utente dependente e família, especialmente a nível psicológico. Estes programas permitem a partilha de experiências e interajuda, por norma são orientados por um profissional. É uma estratégia que não necessita de grandes recursos, quer humanos, quer físicos. Como todos os programas de ajuda mútua, promovem momentos onde os cuidadores podem falar acerca das suas dificuldades, sentimentos, pois muitas vezes penalizam-se pelos mesmos, e também, desenvolvem estratégias de resolução de problemas. Os cuidadores compreendem, que este percurso, embora, por vezes, ser solitário, é comum a inúmeras pessoas com a mesma missão. Para mais, estimula a criação de relações de amizade que existem para além destes momentos, apresentar-se como um método eficaz na redução da sobrecarga (Sousa, Pacheco, Martins, Barra & Nascimento, 2006; Figueiredo & Charepe, 2010; López Martínez & Crespo López, 2006; Welterman et al., 2000; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Os programas psicoeducacionais ou psicoterapêuticas e counseling, dão resposta às necessidades em áreas distintas, como dificuldades emocionais, sociais, físicas e instrumentais, tendo que,

obrigatoriamente, dar resposta à situação com que se defrontam. Estes programas abarcam a componente educacional, treino de habilidades específicas e de apoio emocional. Têm como objetivo, prover os cuidadores de conhecimentos e informações, sobre a problemática da pessoa que cuidam, de competências técnicas que concorram para uma prestação de cuidados efetiva e também visem que o cuidador não desvalorize a sua própria condição de saúde (Santos et al., 2011; Losada-Baltar & Montorio-Cerrato, 2005; Andrén & Elmstahl, 2008; Chien & Lee, 2008; Chang & Schneider, 2010; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

As intervenções educativas ou programas educativos facultam informação por parte dos profissionais de saúde aos cuidadores, pois estes precisam de mais informação após um evento crítico, ou quando o seu familiar se encontra num período de instabilidade necessitando de outro tipo de cuidados. O seu objetivo geral tem como finalidade, capacitar o familiar cuidador para cuidar da pessoa dependente e deste modo, assegurar cuidados de qualidade e diminuir a sobrecarga (Kawamoto, Santos, & Mattos, 1995; Losada-Baltar & Montorio-Cerrato, 2005; Vickrey et al., 2006; Warren et al., 2003; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Os programas multimodais ou multicomponentes, apoiam-se em diversas intervenções, quer a nível de informação, quer ao nível de treino de habilidades (Brodaty, Roberts, & Peters, 1994; Chang & Schneider, 2010; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Estas podem ser combinadas, tendo em conta distintos focos de atenção com o cuidador, como conjugando as intervenções psicoeducativas e as de autoajuda (Mittelman, Roth, Haley, & Zarit, 2004; Martins, Araújo, & Machado, 2016). As intervenções psicoeducativas e as psicoterapêuticas são as que têm demonstrado melhores resultados (Sorensen, 2002; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Existem ainda outros programas que dispõem de outro tipo de ajuda, espelhando outras áreas, ademais da saúde e que são preocupações e/ou necessidades dos cuidadores. Portando, os serviços de cuidados diários têm-se mostrado eficientes na diminuição do stresse, medo, depressão, permitindo melhorar o bem-estar do cuidador (Zarit, Stephens, Townsend, & Greene, 1998; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016). O estabelecimento de uma relação de diade, torna-se importante na medida em que, a interação entre o familiar cuidador e a pessoa dependente, realça o êxito terapêutico. A utilização de música e/ou canções aquando os cuidados fomenta a participação do utente dependente, verificando-se maior cooperação por parte da pessoa cuidada (Hammar, Emami, Edgstrom, & Gotell, 2011; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Sequeira (2018), enumerou algumas intervenções gerais, podendo estas adaptar-se a cada situação em específico: estratégias facilitadoras da prestação de cuidados; suporte e apoio; apoio ao cuidador principal; promoção da participação da família; treino/estimulação da memória; outras intervenções, como por exemplo a implementação de um programa de apoio ao utente dependente e cuidadores.

É essencial para os profissionais de saúde, que pretendem trabalhar com cuidadores que estes estejam familiarizados com os problemas do envelhecimento e hipóteses de intervenção, dominem os sistemas de apoio, detenham habilidades e competências que permitam ao cuidador melhorar a sua qualidade de vida e a prestação de cuidados (Sequeira, 2007).

#### 1.2.4 Descanso do Cuidador

Como sabemos os CI, encontram-se em risco de vir a desenvolver sérios riscos sociais, e de saúde associados à exposição prolongada ao stress e referentes à continuidade do cuidar. O descanso do cuidador apresenta como principal objetivo, aumentar ou restaurar a habilidade do cuidador, diminuir a sobrecarga relacionada com o cuidar (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011).

Para efetivar a atenuação da sobrecarga do CI, os serviços formais destinam-se a apoiar os cuidadores, através de dois tipos de intervenção nomeadamente: intervenção psico-educativa e alívio. Os programas psico-educativos, procuram munir os cuidadores de competências para lidar com as exigências e responsabilidades da prestação de cuidados, tendo como exemplo o aconselhamento, psicoterapia, grupos de apoio, que promovem o apoio emocional. Por outro lado, os programas de alívio tentam criar recursos que aliviem os CI de algumas atividades inerentes à prestação de cuidados, sendo exemplo disso, serviços de apoio domiciliário e centros de dia, caracterizando-se por ser apoio de natureza instrumental (Figueiredo, 2007).

No nosso país, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que resultou de uma parceria entre o Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social. Esta medida permitiu apoiar não só a pessoa dependente, mas também o familiar cuidador (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar (p. 3856).

Como podemos constatar, existe a uma nova visão para com os familiares cuidadores, conferindo-lhes maior visibilidade e reconhecimento, contendo diversos aspetos positivos.

Posteriormente, em 2008, foram constituídas as unidades funcionais, designadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade, sendo fruto da reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008), esta medida política procura responder:

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda

na educação para a saúde, na integração em rede de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (artigo n. 911, p. 1184).

De acordo com Vandepitte et al., (2016), refere que a eficácia dos serviços de descanso do cuidador, apresentam-se como meios efetivos para diminuição da sobrecarga do cuidador, como é o caso dos centros de dia, no entanto estes recursos podem acelerar o processo de institucionalização, por outro lado, os serviços de descanso do cuidador na comunidade têm resultados mais favoráveis.

Os cuidadores afirmam a necessidade de efetuar uma pausa, como um recurso importante a nível pessoal para os mesmos. Esta possibilidade, é um recurso de extrema importância, que normalmente é refletida nos centros de dia, permitindo a diminuição do número de horas que os cuidadores prestam cuidados e deste modo, permite a diminuição da sobrecarga, preocupação e tensão (Gauler et. al, 2003; Bangerter, Liu, & Zarit, 2019).

Colombo, Llena-Nozal, Mercier e Tjadens (2011), aferiram que determinados estudos revelam também, que a avaliação da eficácia destes serviços é complexa, se consideramos a natureza multidimensional do cuidar, estes serviços são extremamente valorizados pelos cuidadores. Os centros de dia, têm maior impacto nos cuidadores que prestam cuidados, de modo intensivo e nos cuidadores profissionalmente ativos. Os mesmos autores, ainda referem que as pessoas idosas dependentes que utilizam o centro de dia deveriam ter ao seu dispor, transportes adequados para pessoas dependentes, permitindo aliviar deste modo os cuidadores.

Torna-se fundamental investir nos CI, que apresentam maior sobrecarga e na implementação de programas de intervenção para alívio e desta forma, reduzir os potenciais efeitos prejudiciais para a sua saúde. É de salientar, que deve ser reconhecido o direito dos cuidadores a terem condições para desenvolver os seus objetivos de vida, permitindo a continuação das suas aspirações e manutenção da qualidade de vida (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

### 1.3 PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento da saúde procura alterações no comportamento das populações, por exemplo, no âmbito dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que permitem considerá-lo um processo de alterações sociais induzida. O mesmo, pretende modificar conscientemente a situação do setor, o que se classifica à luz da sociologia como mudança social dirigida. O resultado do planeamento da saúde é a escolha da mudança sugerida, que representa igualmente fatores a ter em conta na organização dos programas. O que se deseja alcançar é uma mudança sociocultural por contato dirigido, progressivamente, induzido e de mecanismo multicausal (Imperatori & Giraldes, 1986).

Para que seja exequível um plano, um programa ou um projeto em saúde é necessário percorrer-se um processo, tendo passos que nem sempre são fáceis, caso ocorra omissão poderá originar uma

má prestação de cuidados. O conhecimento das etapas do planeamento da saúde, é facilitador de adequadas intervenções nesta área, possibilitando a elaboração de projetos eficientes, aptos para problemas de saúde e para problemas de serviços (Tavares, 1992).

As principais fases do processo de planeamento são: Diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Este processo deve ser entendido, como um processo dinâmico e contínuo. Portanto, não se poderá considerar uma etapa do processo de planeamento como totalmente concluído, dado que na fase seguinte será possível voltar atrás e recolher mais informações, podendo ser refeita (Imperatori & Giraldes, 1986).

Compreende-se que no processo de planeamento, em primeira instância deverá ser elaborado o diagnóstico da situação, adequado às necessidades de saúde das populações. Com a realização do mesmo, pretende-se determinar a pertinência do plano, programa ou atividades (Imperatori & Giraldes, 1986). Segundo Tavares (1992) para efetuar um diagnóstico de situação é necessário à priori conhecimento do significado de dois conceitos essenciais: o de problema e o de necessidade. Um problema de saúde diz respeito a um estado de saúde, entendido como deficiente pela pessoa, pelo médico ou pela comunidade. Assim, a necessidade manifesta a diferença entre o estado atual e aquele que se tenciona alcançar, mostrando o que é necessário para corrigir o problema reconhecido.

A definição de prioridades, trata-se da etapa seguinte do processo de planeamento no âmbito da saúde, é na sua essência um processo que facilita a tomada de decisão. Visando o planeamento a conveniência dos planos, o uso eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a alcançar pela implementação de um projeto, sendo indispensável selecionar prioridades, buscando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1992).

Após a execução do diagnóstico da situação e definição de problemas prioritários, tem que se proceder à fixação dos objetivos a alcançar, e relativamente a cada um desses problemas, num definido período de tempo. Constitui-se como uma etapa fundamental, dado que, somente de acordo com uma correta e quantificada fixação de objetivos, se poderá traçar uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em questão (Imperatori & Giraldes, 1986).

Os objetivos devem ser bem elaborados, estes devem facultar normas e critérios às atividades seguintes, quer do planeamento quer da própria gestão dos projetos, devendo também explicar aos participantes dos projetos os tipos de comportamentos adequados e pertinentes (Tavares, 1992).

A seleção de estratégias, é considerada uma das mais relevantes num processo de planeamento. É através desta, que se pretende produzir o processo mais apropriado para reduzir os problemas de saúde prioritários. Por conseguinte, com uma definição de estratégias, pretende-se que estes sejam inovadores e criativos, tenciona-se propor novas formas de operar, que possibilitem atingir os

objetivos fixados e incidir sobre a tendência de evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1986).

Tavares (1992), considera que são passíveis distintas combinações de abordagem do problema em questão. Estas combinações devem ser acompanhadas, de modo a escolher a mais apropriada. Sendo assim, a análise de custo-benefício ou de recursos disponíveis, podem ser preponderantes na tomada de decisão entre distintas alternativas.

De encontro a esta ideia, Imperatori e Giraldes (1986), apontam para que em muitas situações, o estudo detalhado de uma estratégia poderá conduzir à revisão dos objetivos fixados, por comprovar a falta de recursos humanos, materiais ou financeiros.

“Após as etapas referidas anteriormente é necessário planear operacionalmente a execução do projeto” (Tavares, 1992, p. 163). Como o autor refere, nesta fase procura-se efetivar o planeamento, dando corpo ao que se quer realizar.

Posteriormente, decorre a elaboração de programas e projetos, compreendendo que um programa tem em conta vários critérios e diversos níveis, podendo ser constituído por um ou mais problemas de saúde, reunindo um conjunto de atividades fundamentais à execução de uma estratégia específica, que requer o uso de recursos humanos, financeiros e materiais (Imperatori & Giraldes, 1986).

Assim, um projeto, é uma atividade que decorre num determinado período de tempo, que está bem delimitado e procura alcançar um resultado concreto e que contribuí para a execução de um programa (Imperatori & Giraldes, 1986).

Imperatori e Giraldes (1986), referem que a preparação da execução, é a etapa do planeamento de saúde, que possui mais pontos em comum, com as fases que lhe são antecedentes e posterior. O planeamento é um processo constante, pois cada fase está interligada com a anterior e a seguinte de forma retroativa, podendo levar por vezes à demora do processo, mas este é sempre enriquecido. Esta fase também tem como objetivo, dar a conhecer as inter-relações entre distintas atividades, evitar sobreposições, excessiva aglomeração de tarefas em períodos específicos, observar obstáculos na execução, presumir recursos, em conclusão facilitar a realização das atividades.

De acordo com Imperatori e Giraldes, consideram que avaliar é sempre comparar algo como um exemplo ou modelo e acarreta uma finalidade operativa que é corrigir. Ao estudar este conceito permite-nos conjuntamente determinar o objetivo e o objeto da avaliação: aferir a importância de uma intervenção naquilo que nos orienta para a tomada de uma decisão. Isto é, possibilita conhecer os progressos alcançados com as atividades realizadas, sendo verificados conjuntamente com a situação inicial e com objetivos e metas delimitadas anteriormente. Há que ter em atenção, que é crucial, uma determinação zelosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas úteis.

Para a realização deste trabalho, recorreu-se à metodologia de planeamento em saúde, contribuindo para a investigação, sendo uma atividade de essência cognitiva que compreende um processo sistemático, flexível e objeto de análise e que ajuda a explicar e compreender os fenómenos descobertos, permitindo indagar os problemas encontrados na prática, que gera a discussão e permite a construção de ideias inovadoras (Coutinho, 2020).

Tavares (1992), acrescenta ainda que a metodologia de planeamento em saúde, está apoiada numa aplicação lógica à tomada de decisões, na área da saúde, permitindo racionalizar, percebendo que a modificação da realidade se procede de forma mais eficiente.

#### 1.4 MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NOLA PENDER

Os Enfermeiros para promover a saúde dos indivíduos, necessitam de ir além das estratégias preventivas da saúde, recorrendo a estratégias de promoção da saúde, facilitando o bem-estar e equilíbrio do meio ambiente. Através desta ideia, os Enfermeiros como líderes de estratégias de promoção da saúde, têm vindo a ser reforçada pela OMS, pois tem sido salientado o fortalecimento da enfermagem para que se consiga alcançar a saúde e o bem-estar da população mundial, através de estratégias de promoção da saúde física, mental e do bem-estar, orientadas por Enfermeiros que detenham na sua formação uma base nessas competências específicas (OMS, 2016a; Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

Assim, a teoria de promoção da saúde de Nola Pender: “(...) aponta a enfermagem como essencial na mudança de comportamento do sujeito em busca de um viver mais saudável (...)” (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018, p.126).

Como mencionado anteriormente, o envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, resultado de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência aumentados, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade da pessoa dependente. A família, que habitualmente era o suporte dos cuidados, sofreu modificações consideráveis nas últimas décadas, pois era a mulher que desempenhava o papel de principal cuidadora, e desta forma colocam-se dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio. Dada esta nova realidade, permite-nos refletir acerca dos modos de assistência que promovem a manutenção da qualidade de vida do utente dependente, preferencialmente no domicílio e que não sobrecarreguem a família, de modo a reduzir a sua vulnerabilidade física e psicológica (Sequeira, 2018).

O modelo em questão, Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, dá suporte de forma considerável ao desenvolvimento de cuidados, particularmente de enfermagem, assim sendo, incidiu a escolha sobre este modelo em concreto. O mesmo, permite ao Enfermeiro recorrer a ferramentas,

para que se compreenda as questões biopsicossociais que estão relacionadas com a decisão da pessoa em adotar comportamentos saudáveis. A autora para construir o Modelo de Promoção da Saúde, utilizou, bases teóricas a Teoria de Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, os dois da psicologia (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

O Modelo de Promoção da Saúde, refere que cada pessoa tem características pessoais singulares e experiências que afetam os seus comportamentos, sendo detentores de uma aprendizagem individual, que vai influenciar posteriormente o grupo ou comunidade no qual se encontram inseridas. Considerando as aprendizagens como promotoras da saúde, devem ter como resultado, melhor saúde, maior capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todas as etapas de desenvolvimento. Concluindo, o processo de aprendizagem de qualquer pessoa, família, grupo ou comunidade, possibilita o controlo dos seus determinantes de saúde (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

Os principais conceitos deste Modelo, têm por base a promoção da saúde, que é definida como um comportamento justificado pela vontade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde. De outra forma, a proteção à saúde ou prevenção de doenças é caracterizada como a vontade motivada pelo comportamento de evitar a doença, procurando detetá-la precocemente ou manter o funcionamento dentro das limitações da doença (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2014).

De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2014), o modo como qualquer pessoa se relaciona com os seus ambientes interpessoais e físicos, na busca pela sua saúde decorre da inter-relação entre três pontos principais: características e experiências individuais, cognições e afetos específicos do comportamento e resultados comportamentais.

Os fatores pessoais são classificados como: biológicos, como a idade e género; psicológicos, como a autoestima e automotivação; socioculturais, como raça e etnia, estes podem ser preditivos de um comportamento específico (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2014).

Em suma, as estratégias que requerem a promoção do bem-estar e da saúde, a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, a manutenção e construção de relações interpessoais entre Enfermeiro e pessoa cuidada, a promoção de um ambiente saudável, permitem que a pessoa seja um agente promotor da sua própria saúde (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise e conhecimento do contexto, permite interpretar os problemas existentes da população, atendendo à premissa de que os recursos humanos e materiais são escassos, pois é fundamental uma racionalização e adequada gestão. Posto isto, ao longo deste capítulo pretende-se dar a conhecer o ambiente em que foi realizado o Estágio de Intervenção, no qual foi realizado o projeto de intervenção comunitária e caracterizar os recursos humanos e materiais.

### 2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTÁGIO

O Estágio de Intervenção realizou-se numa unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do AC, mais concretamente numa zona urbana, assim como a realização deste projeto de intervenção comunitária.

O AC, que é a sub-região de Portugal, Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos III, divide-se em 14 municípios (figura nº1) (UCC ██████ 2020).

A região do Alentejo ocupa uma grande parte do território nacional, no entanto apresenta a menor densidade populacional (Fialho, Saragoça, & Silva, 2017).



Figura nº 1: Municípios do Alentejo

Fonte: Alentejo Central, obtido em: <https://www.plataformacriativa-ac.pt/Municipios.aspx>, a 23 de junho de 2021

O concelho em estudo (figura nº2) tem uma área total de 1309,0 Km<sup>2</sup>, tem 53.591 habitantes (PORDATA, 2021)

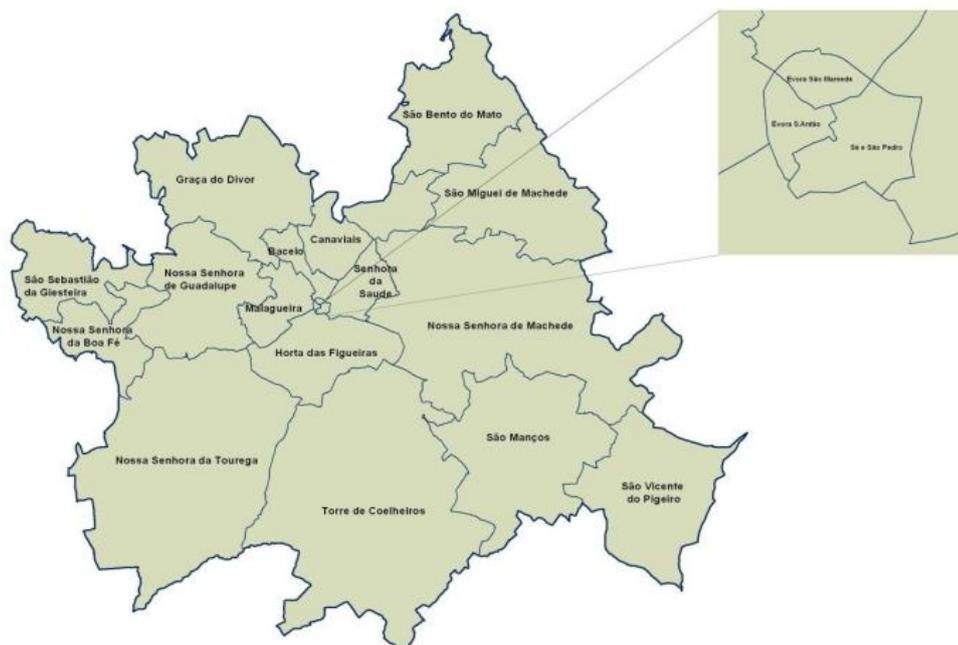


Figura nº 2: Concelho de [REDACTED] Freguesias

Fonte: Diagnóstico Social [REDACTED] 2013 | 2015, obtido em: <http://www2.cm->

[REDACTED].pt/redesocial/documentos%20pdf/2013/diagn%C3%B3stico%20social\_clase\_2013%281%29.pdf em 23 de junho de 2023

Determinados indicadores, são imprescindíveis para exprimir determinadas características socioeconómicas de um concelho.

Relativamente à taxa de mortalidade, de acordo com os dados do PORDATA em 2021, o AC era de 14,8% e no concelho em estudo de 12,9%. No ano de 2020, a taxa de mortalidade infantil, no AC de 2,7% e no concelho em estudo era de 4,6%. A taxa bruta de natalidade, em 2019 no AC 7,5% e no concelho em estudo de 9,2%, encontrando-se acima da taxa de natalidade do nosso país (PORDATA, 2021).

Por outro lado, o índice de envelhecimento apresenta-se como outro indicador relevante para caracterizar a realidade do concelho em estudo. No AC, em 2018 o índice de envelhecimento era de 212,4%, assim assistimos a um aumento do índice de envelhecimento ao longo dos anos. O concelho em estudo tem bem presente esta realidade, correspondendo a 168,5%. Tem um índice de envelhecimento superior à média regional, especialmente em função do aumento do declínio da taxa de fecundidade, sendo um fator negativo e preocupante para o desenvolvimento. Por sua vez, o aumento da esperança média de vida espelha-se diretamente no índice de envelhecimento (Fialho, Saragoça, & Silva, 2017).

No AC o índice de dependência das pessoas idosas é 42,3% e no concelho em estudo 36,7%. O índice de longevidade no AC 55,2% e no concelho em estudo 48,7%, este facto é semelhante à do nosso país (INE, 2019).

A população idosa é um grupo especialmente vulnerável à pobreza e exclusão social, dado que apresenta rendimentos reduzidos e por situações de isolamento social. No território do AC, é notável o envelhecimento progressivo da população e desertificação (CIMAC, 2017).

No concelho em estudo, em 2021 residiam 12.633 pessoas idosas. O envelhecimento da população traz consigo inúmeras preocupações, nomeadamente: sustentabilidade dos sistemas de Segurança Social e Saúde, comparativamente com um crescimento demográfico e económico débil, das regiões interiores. Representa um desafio, decorrente da verdadeira dimensão humana, não residindo apenas na problemática da rutura a nível dos equipamentos e dos sistemas de proteção social e saúde, mas também, constitui uma oportunidade de desenvolvimento e bem-estar social das comunidades (INE, 2021).

A população em estudo continua a ter tendência para o envelhecimento demográfico, consequência da baixa natalidade, aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos verificados entre 2016 e 2018. É também de referir, que este cenário nos direciona para todas as problemáticas relacionadas com um território envelhecido e em risco de desertificação humana (CCDR Alentejo, 2018).

De acordo com o Decreto-Lei nº28/2088, de 22 de fevereiro, capítulo I, artigo nº11, a UCC criada pelo ACES AC, tem como objetivo:

(...) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (p.1184).

O seu modelo de organização da sua equipa, visa a conjugação de necessidades de serviço com os interesses de aptidões dos profissionais que a integram, tendo um modelo flexível e descentralizado, realizando o seu trabalho em conformidade com o manual de procedimentos determinado para cada programa (UCC ██████, 2014).

A sua intervenção é realizada com base nos eixos de intervenção, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, designadamente: Coordenação; Programa de Qualidade e Melhoria Continua; Formação Profissional; Intervenção Comunitária e Cuidados Continuados- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A UCC tem um Plano de Ação de diversos projetos de intervenção na comunidade (UCC ██████, 2020).

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, procurando obter ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de cariz domiciliário e comunitário, particularmente a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis, que se encontrem em maior risco ou dependência física e funcional ou doença e que

necessitem acompanhamento de proximidade. Tem ainda, como missão a educação para a saúde, integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (UCC [REDACTED], 2020).

[REDACTED] RNCCI advém de uma parceria entre o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde, que foi concebida em 2006, pelo Decreto-Lei Nº101/2006, de 6 de junho. A RNCCI tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de modo continuado e integrado a pessoas que, não obstante da sua idade, estão em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados têm como foco a recuperação integral da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, de acordo com a situação de dependência em que se encontra (UCC [REDACTED], 2020).

O Cantinho do Cuidador, é um projeto de apoio a cuidadores e familiares de pessoas portadoras de doença crónica e/ou incapacitante. Os cuidadores são acompanhados individualmente, mas também são dinamizadas sessões gratuitas e abertas ao público, que possibilitam aos cuidadores aprenderem a lidar com os processos de doença e dependência; realização de técnicas ou procedimentos específicos; conhecer os recursos da comunidade e além disso, a adoção de estratégias para cuidarem de si próprios (UCC [REDACTED], 2020).

A visão da UCC passa pelo reconhecimento como uma organização de excelência, realizando acompanhamento individualizado ao utente e grupos populacionais do concelho, deste modo permite-lhe a manutenção de elevados níveis de qualidade técnico-científica e organizacional (SNS, 2021).

A UCC apresenta os seus valores como: responsabilidade, solidariedade, ética e respeito pela dignidade humana e rege-se através dos princípios de cooperação, solidariedade, trabalho de equipa e autonomia baseado na auto-organização funcional e técnica e articulação eficaz com as outras unidades funcionais do ACES AC e também em parceria com estruturas da comunidade local, na procura da melhoria contínua e de aquisição de ganhos em saúde. Desenvolve uma gestão participativa, baseada num sistema de comunicação de relações entre todos os profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional (SNS, 2021; Despacho nº 10143/2009 de 16/4, art nº4).

## 2.2 CARACETRIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A UCC tem uma equipa multidisciplinar constituída por Enfermeiros, Assistente Técnico, Assistentes Operacionais, Fisioterapeuta, Psicólogos, Nutricionista, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social (UCC [REDACTED], 2020).

A UCC incorpora a Equipa de Coordenação Local e a ECCI. A ECCI dispõe de uma equipa multidisciplinar que presta cuidados domiciliários, decorrentes da avaliação global, de cuidados

médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não necessita de internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma. Presta cuidados de cariz preventivo, curativo reabilitador e ações paliativas. É uma equipa multidisciplinar e garante um compromisso assistencial de cuidados, a um máximo de 25 utentes, sendo considerados utentes da ECCI, admitidos após o processo de referenciação, validado pela ECL (UCC Évora, 20[REDACTED])

A sua estrutura física é composta por 6 gabinetes de trabalho. Estes estão providos de material informático, onde os profissionais desempenham as suas funções e entre os quais um gabinete polivalente destinam-se à realização do atendimento aos utentes/familiares.

Outros espaços de uso comum são a copa, 3 casas de banho, 1 vestiário e 1 espaço de farmácia. Para realização de deslocações exteriores, tem 4 viaturas automóveis.

### 3. ANALISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

O estado de saúde de uma população é influenciado e determinado por fatores dinâmicos e complexos, precisando de forma crescente, de adaptações, alterações e atuações do trabalho desenvolvido em equipa para dar resposta às necessidades reconhecidas. Ao determinar essas necessidades, estudam-se alguns indicadores passíveis de medição direta de impacto, como por exemplo indicadores de morbilidade e mortalidade. Estão relacionados com a saúde global das pessoas, de modo, a serem estabelecidas áreas prioritárias de atuação (Imperatori & Giraldes, 1986).

A população em estudo é o conjunto de pessoas a quem se deseja generalizar os resultados, apresentando uma característica comum (Coutinho, 2020), visando satisfazer as necessidades prementes da mesma. Inicia-se primeiramente pelo diagnóstico de situação, constatando-se as necessidades da população em análise, adequando da melhor forma as intervenções à população a serem efetivadas (Imperatori & Giraldes, 1986).

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Como sabemos a UCC, presta cuidados de saúde e intervém na prevenção da doença e na promoção da saúde junto da população no seu domínio de influência. Os utentes inscritos na UCC são 57.092, dos quais 27.297 são homens e 29.795 são mulheres, como se pode verificar na figura nº 3.

O conhecimento das características demográficas de uma população, é um recurso elementar em qualquer país. Existindo a necessidade de estabelecer estratégias de atuação na área da saúde, sendo necessário o conhecimento do ambiente e da população. Portanto, deve ter-se em atenção as suas características demográficas, a cultura e estilos de vida, da população em questão.

O Alentejo caracteriza-se, por ser a região mais envelhecida do país. Na pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC (figura nº3), verificamos que esta tem com uma base reduzida, apresentando um baixo número de jovens, e um topo largo, representando um elevado número de pessoas idosas, inferimos que tem uma estrutura demográfica duplamente envelhecida.

Concluindo, pode-se observar a existência de grande isolamento e desertificação, devido ao envelhecimento da população, e à baixa taxa de natalidade, como analisado anteriormente (SNS,2021). Como podemos verificar na figura nº3, a percentagem de jovens é de 20,1%, comparativamente as pessoas idosas que é de 35,66%.

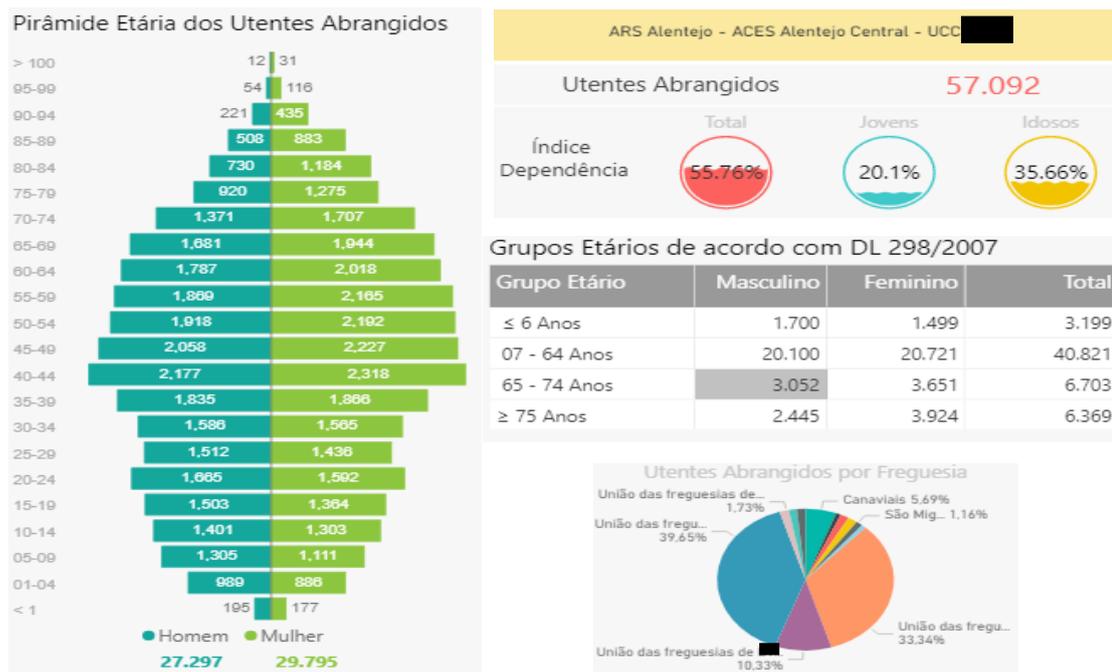


Figura nº3 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC, ARS Alentejo- ACES Central-UCC, Grupos Etários e utentes abrangidos por freguesia

Fonte: BI-CSP obtido em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070580/Pages/default.aspx> em 11 de junho de 2021

### 3.2 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), uma parte substancial da qualidade do diagnóstico estará sujeita à qualidade e quantidade da informação. Assim como, também está sujeita à correção, perfeição e profundidade do diagnóstico dependendo as etapas subsequentes do planeamento, procurando aferir a relevância fundamental dos sistemas de informação. Este deve caraterizar o nível de saúde da população, e tenciona medir o seu estado de saúde, conseguindo-se desse modo, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, eleger prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar resultados.

Os problemas da população-alvo, que foram identificados são os seguintes:

- ✓ Crescimento exponencial da população idosa;
- ✓ Pessoas idosas isoladas, isolamento físico, relacional e da própria família;
- ✓ População de utentes mais envelhecida, com mais problemas de saúde, mais dependentes;
- ✓ Sobrecarga dos CI;
- ✓ Famílias envelhecidas para cuidar do seu familiar dependente.

O diagnóstico é um processo contínuo, em espiral e de atualização constante. Sendo que, os resultados alcançados devem ser analisados com especial atenção em quatro pontos, ao efetuar a análise do problema, estamos a condicionar a solução para os mesmos, e deve ter-se atenção à forma como os colocamos; não existem medidas ideais de mortalidade e morbidade, neste caso, há que eleger aquelas que se encontram mais apropriadas em cada caso específico (Tavares, 1992; Giraldes, 1989). Devem ser identificados fatores de riscos inerentes a cada problema, bem como, as suas inter-relações e consequências; o diagnóstico de situação, seja breve ou exaustivo, deve finalizar sempre com a listagem dos problemas. Nestes vai recair a seleção dos que se tenciona solucionar ou minimizar (Tavares, 1992).

As necessidades de cuidados prestados aos utentes dependentes e pessoas idosas, aumentaram significativamente nos últimos anos e continuaram seguramente a aumentar nos próximos anos, em resultado da conjugação de diversos fatores. Como é o caso do envelhecimento demográfico da população, apresentando um crescimento intensificado de pessoas idosas com mais de 80 anos, que alguns designam por “quarta idade”, e este grupo de pessoas é onde se verifica que existe mais situações de dependência. O aumento da esperança de vida e maior longevidade, de pessoas com mais idade tendo mais carga de doença associada, resultando dos progressos da medicina, permitindo maior sobrevivência de pessoas com doenças e acidentes graves. Acrescem também, incapacidades e dependência derivados de problemas funcionais. Em consequência, crescem as dificuldades de apoio informal, pois assistimos à alteração dos modelos de família, em que mulher integra o mercado de trabalho (Sequeira, 2018). Neste sentido, as modificações na sociedade em geral e nas famílias em específico, nomeadamente no conceito, estrutura, tipologias e valores, têm comprometimentos nos cuidados informais. Estas modificações na estrutura e dinâmica da família, assim como, o papel da mulher no mercado de trabalho e políticas sociais desadequadas à transição demográfica e epidemiológica, que se verifica atualmente, são algumas das razões pelas quais, cada vez mais as pessoas idosas surgem como familiares cuidadores e frequentemente com uma condição de saúde débil (Lopes, 2007; Oliver et al., 2014; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Como referido anteriormente, o nosso país tem vindo a apresentar uma estrutura etária progressivamente mais envelhecida, pois estamos perante baixos níveis de fecundidade e mortalidade. Verificamos que o número médio de pessoas por agregado familiar, tem diminuído e temos ritmos de crescimento próximos do zero.

O enquadramento familiar em que as pessoas idosas estão inseridas tem tido um aumento crescente nas famílias clássicas, sendo estas constituídas somente por pessoas idosas. Incluem também, as denominadas famílias unipessoais e as famílias compostas por duas, três ou mais pessoas com mais de 65 anos. Posto isto, esta situação coloca vários desafios no âmbito da saúde e no âmbito social (Gonçalves, 2003; Sequeira, 2018).

O envelhecimento da população é preocupante, principalmente devido às exigências e problemáticas que daí advém, como o isolamento, a necessidade de equipamentos e ajudas técnicas e cuidados de saúde, assim como, atender à gestão dos mesmos e às carências de resposta a problemáticas emergentes, como a demência. Urge, a necessidade de dinamizar intervenções no âmbito do envelhecimento ativo (CIMAC, 2017).

Refletindo acerca da necessidade de prestar cuidados ao utente dependente, verifica-se que apesar das modificações a família continua a ser a principal responsável por prestar os cuidados ao seu familiar, sendo cuidados diretos, apoio psicológico e recursos sociais (Lopes 2007; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

É neste sentido, que quando questionamos o utente dependente se num futuro próximo vier a experimentar dependência no autocuidado, este expressa claramente a vontade de permanecer no seu domicílio, mesmo quando não estão reunidas as condições para tal. Configura-se o regresso a casa da pessoa que sofreu em evento gerador de dependência, o momento em que a família se confronta com a situação de incapacidade ou com o agravamento do seu grau de dependência e consequentemente surge a necessidade de garantir a continuidade de cuidados essenciais. Quando assistimos a políticas de saúde, que indicam que a permanência no hospital é cada vez mais breve, sendo o destino privilegiado o domicílio, é no imediato que os membros da família verbalizam frequentemente, não se sentirem preparados para assumir os cuidados que o seu familiar necessita (Lopes, 2007; Shyu, Chen, Wang & Shao, 2008; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Apesar de muitos CI, considerarem a tarefa de prestação de cuidados a um familiar dependente como algo gratificante e gerador de bem-estar e satisfação, o fato é que tal tarefa tem consequências negativas. Assim, diversos autores têm-se debruçado sobre esta problemática, nomeadamente as consequências negativas que a prestação de cuidados exerce sobre o bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores (Figueiredo, 2007). Ao analisarmos esta questão, surge o conceito de sobrecarga, que nos remete para uma diminuição de sentimentos de bem-estar, resultando no aumento de problemas de saúde (Pearlin, 1990; Figueiredo, 2007).

As solicitações do utente dependente podem sobrecarregar o cuidador, deixando este de ter tempo livre para descansar o suficiente para realizar atividades de que gostava e lhe davam prazer, interrompendo o seu projeto de vida. Confrontado com a inúmera demanda de tarefas, a pessoa que está diretamente envolvida na prestação de cuidados, detendo a maior responsabilidade no cuidar, pode originar uma situação de crise e rutura manifestando-se, através de tensão, constrangimento, fadiga, stresse, frustração, redução de convívio, depressão e modificação da autoestima. É premente, a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção da sobrecarga, merecendo da parte dos profissionais de saúde especial atenção, pois deles dependem os utentes a seu cargo, assim como, a sua permanência no seio da família e da comunidade. Por fim, fundamenta-se a necessidade de

desenvolver esforços, para identificar fatores responsáveis pelo maior ou menor êxito na prestação de cuidados, procurando aferir aqueles que estão relacionados com um melhor desempenho do papel de cuidador (Martins, 2006).

### 3.3 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

Para Imperatori e Giraldes (1982) é de extrema importância a descrição da população-alvo, constituindo-se como um elemento fundamental da caracterização do diagnóstico de situação.

A população alvo foi constituída pelos CI de utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC de um concelho do AC. Esta escolha prende-se com o fato de ser uma população que carece de ensinamentos ao nível dos autocuidados, promovendo a sua capacitação, por outro lado, apresenta sobrecarga, com necessidade de intervenção.

É indispensável selecionar prioridades, visando o planeamento a conveniência dos planos, o uso eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a alcançar pela implementação de um projeto, buscando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1992).

A população alvo são os CI da UCC que se encontram integrados na ECCI, bem como, os utentes alvo de cuidados dos CI, tendo como finalidade verificar o nível sobrecarga a que estão sujeitos os CI e os déficits de conhecimento do autocuidado a prestar ao utente alvo dos seus cuidados, que aceitaram participar, admitidos entre outubro e dezembro de 2021, sendo um total de 11 utentes. É uma amostra por conveniência, constituída por CI e utentes alvo de cuidados.

A técnica para determinação de prioridades, foi a comparação por pares, pois possibilita a comparação acerca de dois problemas de cada vez, comparando com todos os outros. Portanto, para cada par assinala-se o problema mais importante, permitindo realizar a ordenação final, de acordo com a contagem do número de vezes que cada problema foi escolhido, como sendo mais relevante (Imperatori & Giraldes, 1986).

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES				VALOR FINAL (através do número de vezes que o problema foi escolhido)	%
<b>P1</b>	P1 P2	P1 P3	P1 P4	P1 P5	P1=0	0
<b>P2</b>	P2 P1	P2 P3	P2 P4	P2 P5	P2=1	10
<b>P3</b>	P3 P1	P3 P2	P3 P4	P3 P5	P3=2	20
<b>P4</b>	P4 P1	P4 P2	P4 P3	P4 P5	P4=4	40
<b>P5</b>	P5 P1	P5 P2	P5 P3	P5 P4	P5=3	30

Quadro nº 1- Comparação por pares

Fonte: Adaptado de Pinealt e Daveluy, 1986; Tavares, 1992

P1- Crescimento exponencial da população idosa;

P2- Pessoas idosas isoladas, isolamento físico, relacional e da própria família;

P3- População de utentes mais envelhecida, com mais problemas de saúde, mais dependentes;

P4- Sobrecarga dos CI;

P5- Famílias envelhecidas para cuidar do seu familiar dependente.

Como sabemos as alterações sociais, originaram um aumento de pessoas dependentes no autocuidado, com necessidades de apoio de um CI, o desempenho deste papel pode resultar em sobrecarga e exaustão (Dixe & Querido, 2020).

Através da análise de comparação por pares (quadro nº1), podemos concluir a evidência da sobrecarga dos CI, relativamente aos outros problemas em estudo. Esta técnica possibilita a hierarquização dos problemas, portanto o segundo problema é famílias envelhecidas para cuidar do seu familiar dependente, em terceiro lugar população de utentes mais envelhecida, com mais problemas de saúde, mais dependentes e por último, pessoas idosas isoladas, isolamento físico, relacional e da própria família.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Após a execução do diagnóstico da situação e definição de problemas prioritários, tem que se proceder à fixação dos objetivos a alcançar, e relativamente a cada um desses problemas, num definido período de tempo. Constitui-se como uma etapa fundamental, dado que, somente de acordo com uma correta e quantificada fixação de objetivos, se poderá traçar uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em questão (Imperatori & Giraldes, 1986).

Os objetivos devem ser bem elaborados, estes devem facultar normas e critérios às atividades seguintes, quer do planeamento quer da própria gestão dos projetos, devendo também explanar aos participantes dos projetos os tipos de comportamentos adequados e pertinentes (Tavares, 1992).

Segundo Melo (2020), a definição de objetivos deve ser adequada para ser possível traçar o caminho das estratégias de intervenção de modo preciso, para que seja possível identificar, no estado atual da comunidade em estudo, que estado desejámos alcançar, onde e até quando. O mesmo autor considera: “Existem, no contexto da definição de objetivos, várias categorias de objetivos: finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas (Melo, 2020, p.24).

Desta forma, a finalidade remete-nos para uma grande área da temática do projeto; o objetivo geral, trata-se do foco de atenção fundamental do projeto, é aquele em que o profissional imprime o seu olhar sobre o projeto; os objetivos específicos estão intimamente correlacionados com as dimensões de diagnóstico do foco principal, por fim há a categoria de metas que se pressupõem que apontem o prazo em que se deseja alcançar cada um deles” (Melo, 2020).

Por conseguinte, foi definido como objetivo geral:

- ✓ Capacitar os CI, dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC, até ao final de 2022.

De acordo com Tavares (1992), os objetivos específicos pormenorizam, especificam, aspetos dessa situação. Deste modo, foram definidos 4 ObE (Objetivo) específicos, assim como objetivos operacionais/metapas para cada um:

- ✓ **ObE 1:** Aumentar o conhecimento dos CI, acerca dos autocuidados a prestar aos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI até janeiro de 2022;

- ✓ **ObE2:** Diminuir a sobrecarga dos CI dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC, até janeiro de 2022;
- ✓ **ObE3:** Criar um “Atelier de Expressão de Sentimentos”, inserido no “Cantinho do Cuidador” até ao final de 2021;
- ✓ **ObE4:** Implementar “Caminhadas com História”, inseridas no “Cantinho do Cuidador” até ao final de 2021.

Ao realizar a determinação dos vários critérios, que se apresentam como o nível mais rigoroso da definição de um objetivo, isto é, corresponde à indicação das metas, possibilitando a alocação dos recursos e organização das intervenções de modo mais efetivo e eficaz (Melo, 2020). Por conseguinte, tendo em consideração a ordem pela qual foram determinados os objetivos específicos e também os objetivos operacionais/metasp (quadro nº2, 3, 4 e 5) , foram definidos os seguintes:

<b>ObE1</b>		<b>Aumentar o conhecimento dos CI, acerca dos autocuidados a prestar aos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI até janeiro de 2022</b>
<b>Meta 1</b>	➤	Que 70% dos CI da ECCI, respondam aos questionários até 2022
<b>Indicador</b>	➤	Percentagem de CI da ECCI que responderam ao questionário
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\frac{\text{Nº de CI que responderam ao questionário} \times 100}{\text{Nº total de CI da ECCI}}$
<b>Meta 2</b>	➤	Avaliar a sobrecarga em 90% dos CI da ECCI até 2022
<b>Indicador</b>	➤	Percentagem de CI da ECCI avaliados
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\frac{\text{Nº de CI que avaliados} \times 100}{\text{Nº total de CI da ECCI}}$
<b>Meta 3</b>	➤	Que 70% dos CI da ECCI, demonstrem 3 princípios do autocuidado no qual apresentou deficit de conhecimento nos cuidados prestados ao utente dependente alvo de cuidados até 2022
<b>Indicador</b>		Apreensão do conhecimento adquirido dos CI
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\frac{\text{Nº de CI que aumentaram o conhecimento do autocuidado} \times 100}{\text{Nº de CI com deficit de conhecimento}}$
<b>Meta 4</b>	➤	Que 70% dos CI da ECCI, identifiquem 3 princípios de autocuidado no qual apresentou deficit de conhecimento nos cuidados prestados ao utente dependente alvo de cuidados até 2022
<b>Indicador</b>		Nível de conhecimento dos CI
<b>Fórmula de cálculo</b>		$\frac{\text{Nº de CI que aumentaram o conhecimento do autocuidado} \times 100}{\text{Nº de CI com deficit de conhecimento}}$

<b>Meta 5</b>	➤ Que 70% dos CI da ECCI, participe nas atividades para aumentar os conhecimentos acerca do autocuidado a prestar ao utente dependente alvo de cuidados até 2022
<b>Indicador</b>	Participantes nas atividades para aumentar os conhecimentos
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de CI que participaram nas atividades} \times 100}{\text{Nº total de CI}}$

Quadro nº 2 - Metas e Indicadores do ObE1

Fonte: Elaboração própria.

<b>ObE2</b>	<b>Diminuir a sobrecarga dos CI dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC, até janeiro de 2022</b>
<b>Meta 6</b>	➤ Diminuir a sobrecarga dos CI em 20% da ECCI até 2022
<b>Indicador</b>	Diminuição da sobrecarga dos CI
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de CI que que diminuíram a sobrecarga} \times 100}{\text{Nº total de CI com sobrecarga}}$
<b>Meta 7</b>	➤ Que 70% dos CI da ECCI, participe nas “Caminhadas com história” e sessões de educação para a saúde no “Cantinho do Cuidador” para diminuir a sobrecarga até 2022
<b>Indicador</b>	Participantes nas atividades para diminuir a sobrecarga
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de CI que participaram nas atividades} \times 100}{\text{Nº total de CI com sobrecarga}}$

Quadro nº 3 - Metas e Indicadores do ObE2

Fonte: Elaboração própria.

<b>ObE3</b>	<b>Criar um “Atelier de Expressão de Sentimentos”, inserido no “Cantinho do Cuidador”, até ao final de 2021</b>
<b>Meta 8</b>	➤ Preparar a implementação do “Atelier de Expressão de Sentimentos”, até 2021
<b>Indicador</b>	Criação do “Atelier Expressão de Sentimentos”

Quadro nº 4 - Metas e Indicadores do ObE3

Fonte: Elaboração própria.

<b>ObE4</b>	<b>Implementar “Caminhadas com História”, inseridas no “Cantinho do Cuidador”, até ao final de 2021</b>
<b>Meta 9</b>	➤ Preparar a implementação das “Caminhadas com História” até 2021
<b>Indicador</b>	Criação das “Caminhadas com história”

Quadro nº 5 - Metas e Indicadores do ObE4

Fonte: Elaboração própria.

## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Para que os objetivos fossem alcançados, serão descritas as atividades efetuadas refletindo sobre cada uma em concreto e qual a sua importância para todo o projeto.

Para Melo (2020), estratégia de intervenção é uma fase crucial no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária. O mesmo autor, afirma que para triunfar no alcance das metas e a produção de indicadores de resultado e de processo, com um aprimorar dos indicadores de estrutura, está sujeita a uma forma rigorosa como são planeadas as estratégias de intervenção.

### 5.1 METODOLOGIA

Recorreu-se à metodologia do planeamento em saúde para dar suporte à realização deste projeto de intervenção comunitária. O planeamento é essencialmente uma aplicação lógica à tomada de decisões, neste caso concreto no domínio da saúde, defendendo-as com vista á transformação da realidade para que esta se processe de forma mais eficiente (Tavares, 1992).

A metodologia questiona o que está na retaguarda, os fundamentos dos métodos, as filosofias que lhes estão implícitas e que, como observamos previamente, influenciam sempre as opções que o investigador faz (Coutinho, 2020). O mesmo autor, citando Kaplan (1998), clarifica ainda, que o objetivo da metodologia é auxiliar-nos a compreender, no sentido mais abrangente do termo, não apenas os resultados do método científico, mas sim o próprio processo em si.

Com o propósito de conhecer a realidade dos CI e dos utentes dependentes alvo dos seus cuidados, foram escolhidas escalas de avaliação, bem como, questionário de caracterização do CI. Todas as Escalas foram traduzidas e validadas para Portugal, e autorizadas pelos respetivos autores.

As escalas aplicadas ao utente alvo de cuidados foram:

**Mini-Mental State Examination** (Apêndice 1), avalia de forma estruturada algumas funções cognitivas, é de salientar que no decorrer da sua aplicação, elogiam-se os sucessos e ignoram-se as falhas, desta forma evita-se reações emocionais que possam comprometer a cooperação e o desempenho. Permite avaliar o funcionamento cognitivo e realizar o rastreio de quadros demenciais.

**Blessed Dementia Scale** (Apêndice 2), permite avaliar o desempenho das atividades diárias, hábitos de vida, personalidade e interesses e motivações, encontra-se dividida em três partes, mudanças no desempenho das atividades diárias, mudanças de hábitos e mudanças de personalidade e conduta.

**Escala de Solidão** (Apêndice 3), é constituída por 16 itens, que se dividem em duas subescalas. Considera a solidão como um estado psicológico, ou seja, pessoas diferentes podem experienciar sentimentos de solidão, ao longo de diferentes percursos de tempo, em distintas circunstâncias da sua vida.

Os instrumentos de recolha de dados aplicados aos CI foram:

**Questionário de Caracterização do Cuidador** (Apêndice 4)

Permite a caracterização do CI, realizando uma avaliação sociodemográfica a população em estudo, caracterizando as patologias e conhecimento acerca do estatuto do CI.

**Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (ENACI)** (Apêndice 5)

Permite saber quais as necessidades que os CI têm na prestação do autocuidado ao utente dependente.

**Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)** (Apêndice 6)

Trata-se de um instrumento de avaliação, que possibilita avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI e por outro lado permite obter informações sobre (...) “saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento” (Sequeira, 2010, p.11).

Os dados obtidos pelas escalas e dados para a caracterização do CI, foram organizados de acordo com uma matriz codificada, e analisados estatisticamente, utilizando para o efeito o software Microsoft Office Excel, estas foram aplicadas numa primeira avaliação e replicadas no final da intervenção, para realizar a avaliação.

No que se refere às questões éticas, foi realizada uma reunião para dar a conhecer o tema pretendido a ser tratado, com Coordenadora da UCC e Enfermeira Supervisora Clínica, tendo sido dado aval positivo. No decorrer do Estágio de Intervenção, o projeto em questão integrou o estudo da Universidade de Évora (UÉ) “Diagnóstico dos Cuidadores Informais”. Foi dado a conhecer os objetivos e o diagnóstico realizado anteriormente, à Coordenadora da UCC, Enfermeira Supervisora Clínica e ECCI, que se mostraram respetivos em colaborar. Posto isto, foi dado conhecimento ao ACES AC da integração do estudo “Diagnósticos dos Cuidadores Informais” e o projeto que se pretendia desenvolver. Seguidamente foi solicitada autorização à Comissão de Ética da ARSA (Administração Regional de Saúde do Alentejo) (Anexo 1) e posteriormente à Comissão de Ética da UE, tendo as mesmas autorizado o estudo.

Como nos descreve a Declaração de Helsínquia (2013, p.3), “O protocolo de investigação deve ser submetido, para apreciação, comentários, orientação e aprovação, à respetiva comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar”. Desta forma, o projeto seguiu todos os tramites necessários para assegurar o referido.

Inicialmente na realização do projeto, o primeiro contacto foi realizado pela Enfermeira Supervisora Clínica, no sentido de conhecer a vontade e respetiva autorização do CI e utente alvo de

cuidados em poder referenciar os mesmos, para mestranda principal como potenciais participantes. Este contacto teve também como objetivo, realizar a apresentação da mestranda principal e do projeto aos CI. Foi entregue no domicílio, pela mestranda, em momento oportuno de deslocação da própria ECCI minimizando os eventuais custos de deslocação, o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE), quer da ARSA (Apêndice 7 e 8), quer da UE a ambos (Apêndice 9), em visita domiciliária a agendada com o CI e utente dependente.

De acordo com a Declaração de Helsínquia (2013), devem ser asseguradas todas as precauções para proteger a privacidade de cada indivíduo no decorrer da investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais.

Salvaguardou-se, a participação voluntária e que caso o utente dependente e/ou CI estivesse cansado ou mudassem a sua opinião em participar no estudo, ou não fosse a sua vontade de continuar a participar no mesmo, poderiam fazê-lo a qualquer momento ou retomar o mesmo quando considerassem oportuno. Além disso, foi assegurada a confidencialidade, do anonimato e dos dados, os mesmos foram utilizados, exclusivamente no âmbito da investigação. Caso os CI e o utente dependente concordassem e aceitassem participar, leram, e assinaram, salvaguardando-se que caso não soubessem ler e/ou assinar podiam colocar a impressão digital e este podia ser lido pela mestranda e entregar de novo CILE, conjuntamente com os instrumentos de recolha de dados preenchidos, colocando-os dentro de um envelope branco devidamente selado que lhes foi cedido e entregar à mestranda, que os reuniu numa caixa fechada e preparada para o efeito. Foi ainda tido em consideração que caso o utente dependente não pretendesse participar no estudo, este não seria inviabilizado, podendo apenas participar o CI.

Como critério de exclusão, foram os CI que não aceitem participar, não falassem fluentemente português, com idade inferior a 18 anos, e utentes dependentes com idade inferior a 65 anos.

De salientar que, somente foram entregues instrumentos de avaliação aos CI e utentes alvo dos seus cuidados, não existindo, por isso, outra pessoa envolvida no projeto. Todas as intervenções previstas, cumpriram as normas do plano de contingência institucional devido à pandemia por Covid-19.

Os documentos de recolha de dados utilizados, foram anónimos, posto isto, não foi registada informação que permita a identificação dos participantes. A informação recolhida, teve uma matriz codificada pela mestranda, pois no estudo em causa foram apenas solicitadas as informações pertinentes. Os dados recolhidos, ficaram na posse da mestranda que os guardou sigilosamente, num cofre próprio e em local que só a própria conhece. A própria só utilizou os mesmos, exclusivamente no âmbito da investigação.

Foi efetuado o pedido de autorização, ao Encarregado da Proteção de Dados EU (Apêndice 10), solicitando a confidencialidade de todos os dados passíveis de identificar os intervenientes, presentes

no Relatório de Estágio de Intervenção. No que se reporta à gestão da segurança da informação, considerando a proteção de dados informaticamente, a não identificação dos titulares dos dados recolhidos, a mestranda responsabilizou-se que os mesmos ficam salvaguardados de forma codificada, recorrendo à atribuição de números e letras, no seu computador pessoal, com necessária colocação de palavra-passe para iniciar o uso do equipamento, a mesma é apenas do conhecimento da mestranda. A informação recolhida será destruída uns anos após a discussão do Relatório de Estágio de Intervenção, em 2023.

Ficaram a cargo da mestranda os custos com a recolha de dados decorrentes da implementação do projeto, bem como os recursos a utilizar.

Foi assegurado que todo o planeamento traçado foi executado através da realização de atividades no âmbito da educação para a saúde e todas as atividades planeadas desenvolvidas tendo por suporte o diagnóstico/identificação do problema, no âmbito da minimização/resolução dos problemas identificados, com o propósito de capacitar os CI no autocuidado a prestar ao utente dependente e diminuição da sobrecarga do mesmo, que foram posteriormente avaliadas.

## 5.2 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Com a definição de estratégias, pretendeu-se que estas fossem inovadoras e criativas, tencionando-se propor novas formas de operar, que possibilitassem atingir os objetivos fixados e incidir sobre a tendência de evolução natural dos problemas de saúde. A etapa da seleção de estratégias, é considerada uma das etapas mais relevantes num processo de planeamento. É através da mesma, que se produz um processo mais apropriado para reduzir os problemas de saúde prioritários (Imperatori & Geraldes, 1986).

Tavares (1992), considera que são passíveis distintas combinações de abordagem do problema em questão. Estas combinações devem ser acompanhadas, de modo a escolher a mais apropriada. Sendo assim, a análise de custo-benefício ou de recursos disponíveis, podem ser preponderantes na tomada de decisão entre distintas alternativas.

De encontro a esta ideia, Imperatori e Giraldes (1986), aponta para que em muitas situações, o estudo detalhado de uma estratégia poderá conduzir à revisão dos objetivos fixados, por comprovar a falta de recursos humanos, materiais ou financeiros.

Para a implementação das estratégias pretendidas, recorreu-se ao modelo de promoção da saúde. Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2015), os principais objetivos da promoção da saúde são ajudar as pessoas a manterem-se saudáveis, otimizar a saúde em casos de doença crónica ou deficiência, e criar ambientes saudáveis. Para atingir estas metas é necessário elaborar estratégias que

não se foquem apenas em melhorar a saúde das pessoas dentro do contexto familiar e comunidades, mas também, tenham em conta os ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e tem os seus momentos de lazer. Para contribuir para a saúde dos CI, deve apostar-se na promoção e prevenção da doença, tornando-se uma prioridade recorrendo a abordagens inovadoras, parcerias e capacitação dos mesmos. Os mesmos autores, reconhecem que os profissionais de saúde, devem ter em conta a necessidade de mudar o contexto da promoção da saúde e prevenção, e comecem a encontrar novas estratégias para ajudar as pessoas a permanecerem saudáveis.

É de realçar que os CI que na sua maioria são familiares têm a responsabilidade de desenvolver competências no autocuidado a prestar cuidados ao utente dependente, devem promover a resiliência dos membros da família, incluindo valores e objetivos compartilhados, devem fornecer recursos sociais e físicos aos membros da família e promover um ambiente saudável, mantendo a coesão familiar (Peace & Lutz, 2009; Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Por outras palavras, pode-se dizer que a promoção da saúde está subjacente à prestação de cuidados por parte do CI ao utente dependente. Pois, daí advém a necessidade de ter um CI capacitado e seguro, sem sobrecarga, no decorrer da sua prestação de cuidados, que se pretende que seja um ambiente saudável.

A preparação do CI para cuidar é um domínio central para a enfermagem e descrito na literatura, sendo apresentada como uma preocupação com a prestação de cuidados pelos mesmos, para substituir, assistir ou apoiar o utente dependente na gestão das atividades de autocuidado. Assim, é fundamental uma reflexão acerca do tipo de preparação que o CI precisa, pois, os cuidados inerentes aos papéis de ensino/orientação e de ajuda pelos Enfermeiros, constituem-se como um elemento de sucesso, para o desenvolvimento de intervenções seguras e proporcionam grande confiança aos CI (Benner, 2001; Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016). Também, há que ter em conta como o utente dependente está a vivenciar a sua transição saúde/doença. O CI necessita de desenvolver mestria na prestação de cuidados e, em simultâneo, de viver a sua própria transição situacional, ou seja, de integrar esta tarefa na sua própria vida (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Desta forma, estes profissionais devem ter um olhar prudente sobre os CI com intervenções adaptadas às suas necessidades, procurando evitar compromissos no seu bem-estar e qualidade de vida relacionados às exigências de cuidar. As pessoas idosas mais dependentes, necessitam de cuidados mais complexos. Os cuidados a prestar são intervenções no âmbito de substituir ou assistir: na higiene, alimentação, assistir na marcha/transferências, posicionamentos, acompanhar o utente dependente às consultas, exames, promover ou manter condições para o sono e repouso, prestar cuidados específicos sob orientação da equipa de saúde, em cuidados simples, na gestão do regime terapêutico e vigiar situações particulares (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

A promoção da saúde e prevenção de doenças está a cargo dos profissionais de saúde, principalmente do Enfermeiro, pois o deficit de conhecimentos apresenta-se como um risco para a

prestação de cuidados, uma vez que, prestar cuidados a alguém é ter a responsabilidade sobre essa pessoa, e para além disso, é preciso que a pessoa designada para cuidar esteja saudável e bem consigo mesma (Santos, Freitas, Sousa, Oliveira, & Santos, 2019).

Quando temos um diagnóstico de sobrecarga do cuidador, devemos ter especial atenção às variáveis como: a nível de necessidades de cuidados do utente, o grau de dependência nas atividades de vida diárias, as dificuldades relacionadas com o cuidar, duração do cuidado e o número de horas diárias de cuidados, a capacidade do cuidador, no que concerne aos conhecimentos, estado de saúde, predisposição, recursos, competências/ habilidades, etc.). Os fatores de risco a ter em conta são: a codependência, carência de apoio social e/ou familiar, impossibilidade de descanso do cuidador, inexistência de atividades sociais e de distração, in experiência na prestação de cuidados, estado de saúde do cuidador, o contexto em que têm a interação, etc. (Sequeira, 2018).

Portanto, as intervenções efetuadas tiveram como objetivo capacitar o cuidador para o seu papel de CI, para que este assumi-se na integra o seu papel e fosse capaz de o realizar, adotando uma transição saudável e dessa forma a reduzir a sobrecarga. Foi escolhido o momento da visita domiciliária para a realização de ensinamentos personalizados realizados individualmente. Através da sistematização da informação clínica em Enfermagem, foram implementados planos de cuidados (Apêndice 11), de acordo com a linguagem comum e uniformizada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem criteriosamente efetuados. Foi planeada a realização de sessões de educação para a saúde (Apêndice 12), bem como os planos de sessão (Apêndice 13) correspondentes e caminhadas (Apêndice 14), com o mesmo propósito de reduzir a sobrecarga do CI.

### 5.3 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Considerando a problemática em estudo e como referido anteriormente, o envelhecimento da sociedade é uma realidade incontornável, originando uma maior longevidade, deste facto advêm consequências como é o caso de maiores índices de dependência, que acarreta maior carga de doença e uma maior vulnerabilidade do utente dependente. Anteriormente a família era o suporte dos cuidados, no entanto sofreu modificações significativas nas últimas décadas, pois a mulher, que era a principal cuidadora presentemente trabalha, constituindo dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio. Tendo em conta o exposto, esta nova realidade exige, pensar formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do utente dependente, preferencialmente no domicílio, e que não sobrecarreguem a família, de modo a reduzir a sua vulnerabilidade física e psicológica (Sequeira, 2018).

“Após as etapas referidas anteriormente é necessário planear operacionalmente a execução do projeto” (Tavares, 1992, p. 163). Como o autor refere, nesta fase pretende-se efetivar o planeamento, dando corpo ao que se pretende realizar.

É fundamental planear operacionalmente a execução do projeto, pois daí advém os conceitos de programa e projeto. Programa é um conjunto de atividades essenciais à execução de uma estratégia, e projeto é um conjunto de atividades que auxiliam a execução de um Programa, que se desenvolve num período de tempo bem definido (Tavares, 1992).

Para dar resposta à preparação operacional, foi traçada uma preparação ativa, que interliga o planeamento à fase de execução, sendo a gestora do projeto a mestranda.

Tendo em conta o que foi explanado, foram realizadas ações que foram fundamentais para uma boa evolução do projeto em questão.

Partindo dos conceitos mencionados, pretendeu-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção na comunidade desenvolvido com os CI e utentes admitidos em ECCEI, o qual tinha em vista a capacitação dos CI e reduzir a sobrecarga. Se por um lado se pretende a capacitação dos CI ao nível dos autocuidados a prestar ao utente dependente, por outro também se pretende reduzir a sobrecarga a que estão sujeitos, implementando o “Atelier de Expressão de Sentimentos” e “Caminhadas com História”, proporcionando a partilha de emoções e sentimentos em grupo e momentos de lazer. Sendo posto em prática através do planeamento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária, recorrendo à metodologia do planeamento em saúde.

Conforme os objetivos definidos e as metas propostas, procurou-se através das seguintes estratégias elegidas dar resposta ao diagnóstico de situação identificado e aos problemas prioritizados:

**Trabalho em parceria com as instituições:** Foram realizadas três reuniões em primeiro lugar, com os responsáveis da UCC, para dar a conhecer o projeto e os seus objetivos, assim como, a obtenção das autorizações necessárias para a realização do mesmo. Em segundo lugar, foi criada uma parceria com a UÈ, de modo a integrar o estudo “Diagnóstico dos Cuidadores Informais” através da realização de uma reunião. Esta possibilidade de os projetos conjugarem esforços para identificarem as necessidades de apoio aos CI, melhorando as suas experiências, saúde e bem-estar e a assunção do papel de cuidador (Sousa, 2021), foi uma mais-valia permitindo a utilização de escalas de acordo com a necessidade do projeto em questão, no entanto, também foram utilizadas escalas para recolher dados acerca dos utentes dependentes, visto que, os cuidados ao CI, repercutem-se na saúde e bem-estar dos utentes cuidados e o estudo “Diagnóstico dos Cuidadores Informais” também apresenta esse objetivo. De modo consequente, ao integrar este projeto foram recolhidos dados relativamente ao utente dependente e ao CI, tendo sido trabalhado principalmente os dados dos mesmos, pois o projeto em questão incide sobretudo sobre os CI. Foram recolhidos dados de 11 cuidadores, utilizando a ENACI, ESC e Questionário de Caracterização do Cuidador. Em terceiro lugar foi realizada uma reunião

com os membros da UCC, para comunicar o resultado do diagnóstico de situação, tendo sido possível obter a participação ativa dos mesmos, permitindo a discussão conjunta das estratégias. As reuniões permitiram ao projeto tomar corpo, pois o conhecimento destes profissionais elencou as intervenções a implementar, adequando os mesmos à população-alvo e sendo uma mais-valia para o desenvolvimento do seu trabalho no futuro. Foi planeada a criação de uma parceria com a Câmara Municipal (CM) para desenvolver caminhadas com os CI, através de percursos históricos, pois estamos no coração do Alentejo, que tem uma herança rica e variada em património cultural, que foi construído e se encontra preservado, sendo classificado Património Cultural da Humanidade.

**Trabalho em parceria com a equipa:** Foi estimulado o comprometimento da equipa multidisciplinar, designadamente a ECCI, Enfermeiros, Assistente Social, Terapeuta da fala, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Psicóloga, que trabalham diretamente ou indiretamente com os CI e ao utente alvo de cuidados, de modo, a promover um bom relacionamento entre todos os elementos da equipa, aumentando o sentimento de pertença e de envolvimento neste projeto, partilhando opiniões e experiências que fossem úteis e pudessem ajudar a implementação do projeto;

**Educação para a saúde:** Promoção da capacitação dos CI, de acordo com a sua vontade e tomada de decisão, compreendendo as suas necessidades e prioridades de aprendizagem, assim como, a gestão dos cuidados que prestam. Foi também, questionada a ECCI, para verificar se existia necessidades de aprendizagem comuns aos CI. Sendo realizadas sessões de educação para a saúde individualmente e em grupo. Segundo Pender (2011), entende que a enfermagem coopera com a comunidade, sujeitos e famílias para conceber um ambiente que promova a saúde e bem-estar, tem em atenção a saúde, como comportamos que englobam o autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes que favorecem um ambiente saudável e estruturado. Posto isto, Pender (2011) ajuda-nos a compreender a necessidade de ensinamentos para a saúde acerca do autocuidado, no desempenho do papel de CI, pois é necessário compreender as suas dificuldades e receios, permitindo maior segurança na prestação de cuidados, quanto mais capacitado estiver.

✓ **Sessões de Educação para a Saúde dirigidas aos CI em grupo:**

No “Cantinho do Cuidador”, pretende-se realizar um atelier que tem como principal finalidade a expressão de emoções, ajuda mútua do grupo e permitir a realização de perguntas sem receio de julgamento, em colaboração com a Psicóloga, sendo designado como “Atelier Expressão de Sentimentos”, no qual se tenciona realizar 4 sessões de educação para a saúde, cujos temas são:

- Pandemia vs Isolamento Social;
- Comunicação com a Pessoa Idosa;
- Cuidar;

- Angústia do Cuidador.

✓ **Ensinos Individuais:**

Foi realizada observação na prestação de cuidados pelos CI, partindo desse pressuposto e dos dados recolhidos através da ENACI, foram elaborados planos de cuidados personalizados. Desse modo, foi efetuada demonstração e ensinos em visitas domiciliárias agendadas, permitindo o esclarecimento de dúvidas acerca dos ensinos realizados.

**Criação de um logotipo para o projeto (Apêndice 15):** Foram dados a conhecer os sentimentos que se pretendia transmitir com o projeto, para que este transmitisse os objetivos que se encontravam elencados ao mesmo, e em colaboração com designe gráfica, foi possível criar um logotipo que pudesse cativar, transmitir segurança e otimismo aos CI e a todos os intervenientes.

**Realização de “Caminhadas com história”:** Integradas no “Cantinho do Cuidador”, sendo denominadas “Caminhadas com História” e pretende-se a realização de diversos percursos pela cidade de 2 em 2 meses, com o objetivo de proporcionar um momento de lazer e diminuir a sobrecarga dos CI. No decorrer das caminhadas, seria entregue fitas porta-chaves para identificar os participantes e um lanche de acordo com o patrocínio do supermercado Recheio Cash & Carry;

**Estabelecimento de parceria para a divulgação do projeto:** Foi divulgado o projeto, primeiramente através de contacto telefónico para dar a conhecer o mesmo e os seus objetivos. Posteriormente foi realizada visita domiciliária, para aplicação de escalas e questionário ao CI e ao utente alvo de cuidados. Pretendeu-se a divulgação na Rádio Telefonia do Alentejo, Jornal Diário do Sul, página de Facebook do “Cantinho do Cuidador”, de cartazes afixados nas unidades de saúde e entrega de convites para as sessões de Educação para a saúde.

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), considera que a especificação pormenorizada de atividades, que são efetuadas na fase de processo de planeamento, consiste principalmente em definir mais concretamente os resultados a atingir com o projeto; preparar uma lista de atividades do projeto e determinar como cada uma dessas atividades deve ser efetuada; estipular especificamente as necessidades dos recursos ao longo do tempo; e estabelecer um calendário pormenorizado da execução do projeto. É de referir que o projeto tem um carácter dinâmico e está sob avaliação constante.

Tavares (1992), ainda nos diz que no início desta etapa deverão ser especificadas as atividades constituintes do projeto. Sendo definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas atividades que não dão resposta aos objetivos previamente estabelecidos, pois tal situação conduz ao desperdício de recursos.

Desta forma foram realizadas as seguintes atividades:

1. Estabelecido contacto telefónico para apresentar o projeto e os seus objetivos;
2. Aplicadas escalas de avaliação de conhecimentos acerca dos autocuidados a prestar ao utente dependente e acerca da sobrecarga do cuidador, bem como questionário de caracterização do cuidador;
3. Realizada visita domiciliária agendada previamente para aplicar os instrumentos de recolha de dados;
4. Realizados ensinios aos CI através de planos de cuidados, de modo personalizado, de acordo com o/os deficit/s detetados no autocuidado a prestar ao utente dependente, tendo realizado 1 a 2 sessões, conforme as necessidades;
5. Criado o “Atelier Expressão de Sentimentos”, para que sejam realizadas sessões de educação para a saúde através do “Cantinho do cuidador”;
6. Implementadas caminhadas com história integradas no “Cantinho do Cuidador”, pretendendo a realização de caminhadas por percursos históricos;
7. Divulgar nos meios de comunicação ao dispor o “Atelier de Expressão de Sentimentos” e as “Caminhadas com História”;
8. Aplicadas novamente os instrumentos de recolha de dados.

#### 5.4 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

As perspetivas de obtenção de recursos necessários, são analisadas aquando da formulação do projeto. Nesta fase será importante especificar para cada atividade o tipo de recurso necessário, a fonte preferencial para a sua obtenção e as datas previstas em que o recurso é necessário (Imperatori & Giraldes, 1986). Outro autor (Tavares, 1992), ainda nos refere que se deve proceder ao reconhecimento e inventário dos recursos quer humanos, quer materiais e igualmente financeiros, sendo imperioso, pois influenciará todo o processo de planeamento do projeto. Deste modo, o projeto dificilmente é exequível se os recursos previamente referidos não se encontrarem à disponíveis.

Foram realizadas várias reuniões com os stakeholders do projeto (Quadro nº6), tendo a duração de cerca de 20 minutos cada. Desta forma, dá-se a conhecer quais as reuniões realizadas, os objetivos e as conclusões das mesmas, como se pode observar na tabela seguinte:

Planeamento das Reuniões com os Stakeholders						
Participantes	Intervenções	Duração	Datas	Dinamizador	Estratégia	Resultados alcançados
Responsáveis da UCC	- Dar a conhecer o projeto; - Pedir autorização para diagnóstico de situação.	20 min.	maio de 2021	Enfermeira: Marisa Godinho	Apresentação <i>Power Point</i> ; Discussão.	- Obtida autorização.
Reunião com UÉ (Professores)	Conhecer os objetivos do estudo “Diagnóstico dos Cuidadores Informais”; - Discutir estratégias; - Averiguação de pontos de convergência dos projetos.	20 min.	junho de 2021	Enfermeira: Marisa Godinho	Apresentação <i>Power Point</i> ;	- Recolha de dados aos CI e utentes dependentes; - Na realização do projeto em questão, utilização dos dados obtidos somente dos CI; - Colocação dos dados recolhidos na plataforma Multidimensional Integrated Assessment Platform for Elderly;
Reunião com os membros da UCC	- Dar a conhecer o projeto; - Apresentar o diagnóstico de situação; - Discutir estratégias.	20 min.	setembro de 2021	Enfermeira: Marisa Godinho	Apresentação <i>Power Point</i> ; Discussão.	- Os membros da UCC, comprometeram-se a colaborar no projeto.
Reunião com a ARSA	- Dar a conhecer o projeto; - Pedir autorização para realização do projeto.	20 min.	junho de 2021	Enfermeira: Marisa Godinho	Apresentação <i>Power Point</i> ; Discussão.	- Autorizada a realização do estudo.
Reunião com a CM	- Dar a conhecer o projeto; - Apresentar o diagnóstico de situação; - Discutir estratégias, nomeadamente caminhadas.	20 min.	junho de 2021	Enfermeira: Marisa Godinho	Apresentação <i>Power Point</i> ; Discussão.	- Obtenção da parceria, para implementar as “Caminhadas com História”, disponibilizando historiador.
Reunião com Recheio Cash & Cary	- Dar a conhecer o projeto; - Apresentar o diagnóstico de situação; - Explicar a importância de fornecer bens alimentares aos participantes nas caminhadas.	20 min.	junho de 2021	Enfermeira: Marisa Godinho	Expositiva	- Obtenção da parceria, para fornecer bens alimentares para o lanche dos participantes nas caminhadas.
Design Gráfica	- Dar a conhecer o projeto; - Explicar o que o logotipo pretende transmitir acerca do projeto.	20 min.	junho de 2021	Enfermeira: Marisa Godinho	• Expositiva	- Obtenção da parceria, para a realização do logotipo do projeto.

Quadro nº6 - Planeamento das Reuniões com os Stakeholders

Fonte: Elaboração própria

Assim foram construídos os quadros nº 7 e 8, referentes aos recursos humanos, materiais e físicos, que foram utilizados para a execução do projeto:

<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeira Mestranda, Enfermeira Supervisora Clínica, ECCI (Enfermeiros, Fisioterapeuta, Terapeuta da fala, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Psicóloga), CI, utentes alvo de cuidados.
-------------------------	--

Quadro nº7 - Recursos humanos do projeto

Fonte: Elaboração própria

<b>Recursos Materiais e Físicos</b>	Equipamento informático: Computador, Impressora, Pen Drive, Projetor, Tela para Projeção e Telemóvel. Recursos financeiros: Suportados pela mestranda.
<b>Material utilizado nas sessões de Educação para a Saúde</b>	Cama, almofadas, Cadeira, Creme, Produtos de higiene, Luvas, Folhas A4, Canetas, Impressora, Internet, fita porta-chaves.
<b>Material utilizado nas caminhadas</b>	Fita porta-chaves, saco de tecido, lanche (1 peça de fruta, 1 pacote de bolachas, 1 sumo e garrafa de água).
<b>Material consumível</b>	Folhas A4, Cartolina, Canetas, Lápis, Blocos, Toneres de Impressão e viatura própria da UCC.

Quadro nº8- Recursos materiais e físicos do projeto

Fonte: Elaboração própria

## 5.5 CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Conforme descrito anteriormente, para cada uma das atividades foram analisadas as parcerias de colaboração no projeto. Desta forma, foram estabelecidas as seguintes parcerias com:

- CM;
- Jornal Diário do Sul;
- Rádio Telefonía do Alentejo;
- UÉ;

Foram também estabelecidos patrocínios, como forma de financiamento de algumas atividades programadas:

- Supermercado Recheio Cash & Carry;
- Designe Gráfica Andreia Martins.

Após o estabelecimento das parcerias e patrocínios envolvidos, foi preponderante a realização de uma reunião com os membros da UCC para apresentar o projeto, os objetivos e expectativas das parcerias e patrocínios, desta forma pretendeu-se mobilizar ativamente cada um dos intervenientes. Foi importante também, obter o apoio dos mesmos, promover o envolvimento no projeto, dar a conhecer os temas a abordar, para que fosse possível a standardização de conteúdos e práticas. Deste modo, foi obtido o empenho de todos os intervenientes, tendo estes participado no desenvolvimento do projeto desde o primeiro momento, nomeadamente auxiliando na determinação das intervenções a realizar.

## 5.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, nomeadamente questionário de caracterização dos CI, ENACI e ESC, procedeu-se ao tratamento dos dados obtidos.

Todo e seja qual for o tipo de investigação, seja ela de índole quantitativa, qualitativa ou multimetodológico exige uma recolha de dados originais por parte do investigador (Coutinho, 2020).

Os dados que foram recolhidos são apresentados em forma de gráficos, recorreu-se ao programa informático Microsoft Excel, para efetuar o tratamento estatístico.

Foram recolhidos dados em dois momentos, numa avaliação inicial e no fim das intervenções numa avaliação final, tendo sido replicadas as escalas.

Constatou-se que os CI são predominantemente homens, com idades compreendidas entre os 40 e 70 anos. O cuidador tem uma relação conjugal, sendo esposo e coabita com o utente cuidado. Quanto à sua escolaridade possuem principalmente entre o 9º ano e 12º ano, e apresentam diversas patologias 63,6%. A maioria dos CI, referiu uma ou mais patologias, tendo predominância as doenças do sistema circulatório (36,4%) e também doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (27,2%), representando um total de CI com patologias de 63,6% e sem patologias 36,4%. No que diz respeito à sua situação laboral 45,5% dos cuidadores são reformados, 36,3% são ativos e 18,2% encontram-se desempregados. Despendem em média, diariamente 19,7 horas para cuidar do utente dependente.

O utente dependente tem em média 78,8 anos, pertence ao sexo feminino 54,5% e 45,5% ao sexo masculino. As patologias que apresentam maior relevância são por ordem decrescente as doenças do aparelho circulatório (72,7%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (63,6%); e doenças do sistema osteomuscular (54,5%). Ao nível da funcionalidade cerca de 81% dos utentes dependentes

apresentam comprometimento moderado a grave (autocuidado andar, higiene, vestir-se e eliminação).

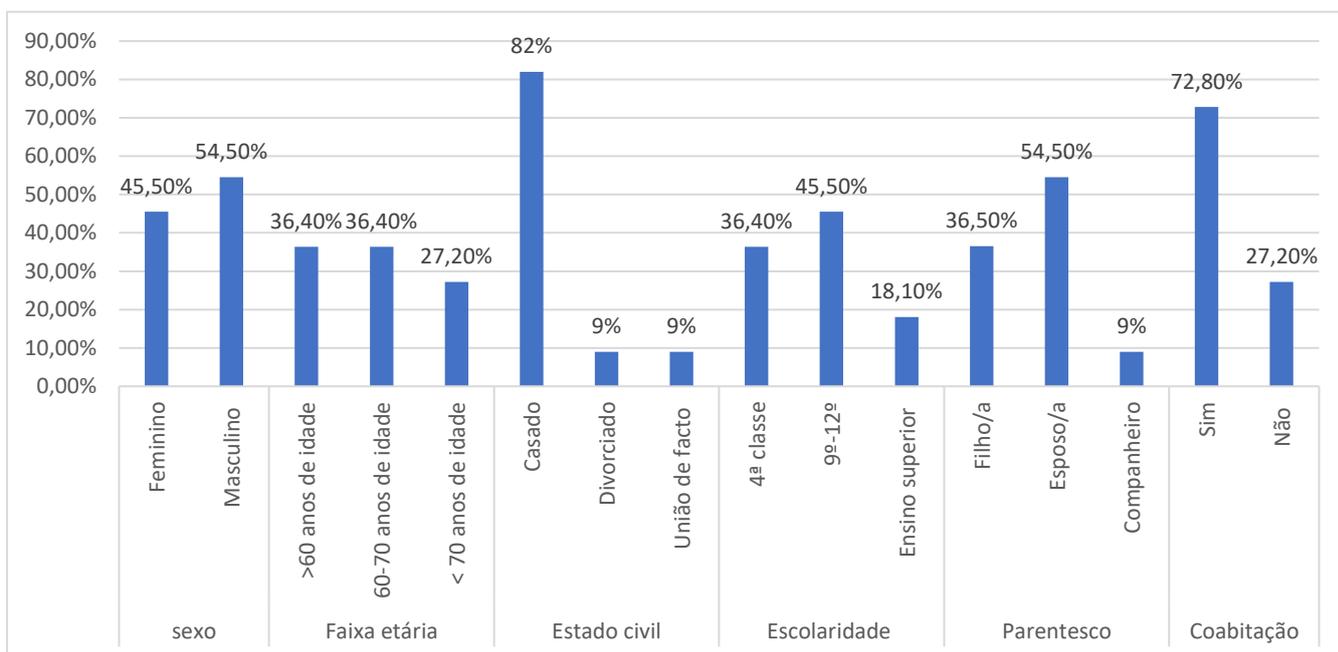


Gráfico nº 1- Caracterização sociodemográfica dos Cuidadores Informais

Fonte: Elaboração própria

Como se verifica no gráfico nº1, e contrariamente ao que nos referem vários estudos, o sexo masculino 54,5% é na sua maioria quem cuida do utente dependente, ao comparar a realidade analisada pelo estudo: dados preliminares sobre caracterização do Perfil de CI (Sousa, 2021), verifica-se que 26,5% são homens que cuidam, sustentando que na sua maioria são as mulheres que assumem este papel. Tradicionalmente, assiste-se a diferenças entre o género masculino e feminino, sendo a mulher a principal responsável pelo cuidar, a quem é atribuída esta função, dado que, integra um espeto regular da vida de alguns dos membros da família especialmente do sexo feminino e dos mais idosos (Sequeira, 2018). É notório um aumento da proporção de homens que exercem o papel de CI. Apesar das mulheres integrarem o mercado de trabalho, e os homens não se responsabilizarem pelo cuidado na mesma proporção, presencia-se uma mudança global do perfil de género dos CI. Este é motivado pelo carinho, compromisso e obrigação familiar, ressaltando que não é importante o género quando se trata de filho e cônjuge. O vínculo familiar dos mesmos, é um dos determinantes de motivação de obrigação social e moral na prestação de cuidados (Moherdai, Fernandes, & Soares, 2019).

A faixa etária dos CI, em média é de 68,1 anos, ao debruçamo-nos sobre o assunto, verifica-se que os cuidadores destinados a cuidar, são idosos que cuidam de idosos. O idoso destinado para cuidar do utente dependente é um membro da família, em particular, o esposa/o também idoso. Estes cuidadores, muitas vezes esquecem de cuidar de si próprios, e frequentemente negligenciam a sua

própria saúde, em função dos cuidados de saúde a prestar ao utente dependente (Santos, Freitas, Sousa, Oliveira, & Santos, 2019). Tornar-se cuidador na velhice, ou envelhecer a prestar cuidados, pode significar confrontar-se com mais desafios de agentes stressantes, dado que, para enfrentar o quotidiano da prestação de cuidados é necessário acrescentar mais recursos, os quais podem ser escassos ou insuficientes na velhice, dificultando as respostas adaptadas apropriadas. Estes cuidadores, de modo global, cuidam de alguém da sua faixa etária, o que os predispõem a lidar ao mesmo tempo com a progressiva dependência do utente alvo de cuidados, e frequentemente, têm que investir muito esforço físico em tarefas fatigantes para um corpo, que também está em processo de envelhecimento, aumentando o risco de adoecer (Alves, Flesch, Cachioni, & Neri, 2018).

Por outro lado, ao analisar os dados preliminares do estudo, este apresenta uma idade média dos cuidadores de 54,5 anos, sendo discrepante do constatado no estudo referido anteriormente, pois este foi realizado em zonas rurais, nestas ainda existe uma rede de cuidadores mais alargada, pois apresentam uma maior responsabilização pelos mais idosos, como filhos, sobrinhos, que se encarregam pelo cuidar e estando a esperança de vida em meio urbano subjacente a mais recursos (Sousa, 2021).

O cuidador é um familiar, nomeadamente o esposo 82%, encontrando-se unido pelos laços do matrimónio, o que também acontece nos dados preliminares do estudo, mas com menos expressividade 54,3%, o cuidador destinado a cuidar do utente dependente é um membro da família, a esposa (Santos, Freitas, Sousa, Oliveira, & Santos, 2019). Pensa-se que o cuidado pelos cônjuges, será cada vez mais importante dadas as tendências que incluem o aumento da esperança de vida, a diminuição das relações de apoio na velhice, a diminuição de coresidência entre pais e filhos, as mulheres trabalharem fora do domicílio, a diminuição do número de filhos, e melhoria da saúde do género masculino (Alves, Flesch, Cachioni, & Neri, 2018).

No que toca à escolaridade 63,6% não têm a escolaridade obrigatória, possuindo um baixo nível de escolaridade, contudo 81,9% frequentaram a escola. Nos dados preliminares do estudo 77,8%, frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior. É importante salientar, que a população idosa teve pouco acesso ao ensino, pois não constituía uma prioridade, influenciando negativamente a prestação de cuidados e alguns estudos demonstram que quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade para prestarem cuidados. Estes apresentam pouco conhecimento, motivação e baixas competências, tendo dificuldade em aceder, entender a informação em saúde, estando condicionados em tomar decisões no seu dia-á-dia acerca dos cuidados de saúde (DGS, 2018; Kobayasi, et al., 2019).

O CI, como referido anteriormente tem uma relação de parentesco próxima e coabita 72,8% com o utente dependente. No entanto, também pode acontecer o mesmo residir separadamente do utente que recebe os cuidados (Kalia, Sarita, & Vig, 2021). Assim, pode afirmar-se que o CI é a pessoa, da rede social do utente dependente, com relação significativa que cuida de outra, numa situação de doença

crónica, originando dependência e assume a responsabilidade do cuidado, tendo um grau de envolvimento maior que os restantes membros da família (Dixe & Querido, 2020).

O número de horas a cuidar do utente dependente é de 19,7 horas. Este número de horas a cuidar, provoca que os CI tenham pouco tempo para cuidar de si e pode aumentar a sobrecarga. Ao consideramos as horas despendidas a cuidar, que são na sua maioria de 24 horas diárias restam somente 8 horas para dormir, desta forma não permite o descanso do cuidador, pelo que há que considerar o desenvolvimento de estruturas de apoio ao descanso do cuidador (Dixe & Querido, 2020).

As patologias apresentadas pelos utentes dependentes remetem para a necessidade de técnicos diferenciados para dar resposta às suas especificidades, pois só uma equipa multidisciplinar consegue prestar cuidados integrais ao utente em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não conseguem deslocar-se de forma autónoma, apresentando doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que têm condições no domicílio que possibilitem a prestação dos cuidados (DGS, 2018).

Ao analisar a funcionalidade verifica-se que nos dados preliminares do estudo permite conhecer, que mais de 50% tem a funcionalidade comprometida de moderada a grave. Neste estudo são 81% dos indivíduos que apresenta comprometimento moderado a grave, pois estamos a analisar uma população idosa, abarcando tudo o que foi referido anteriormente ao nível da caracterização sociodemográfica.

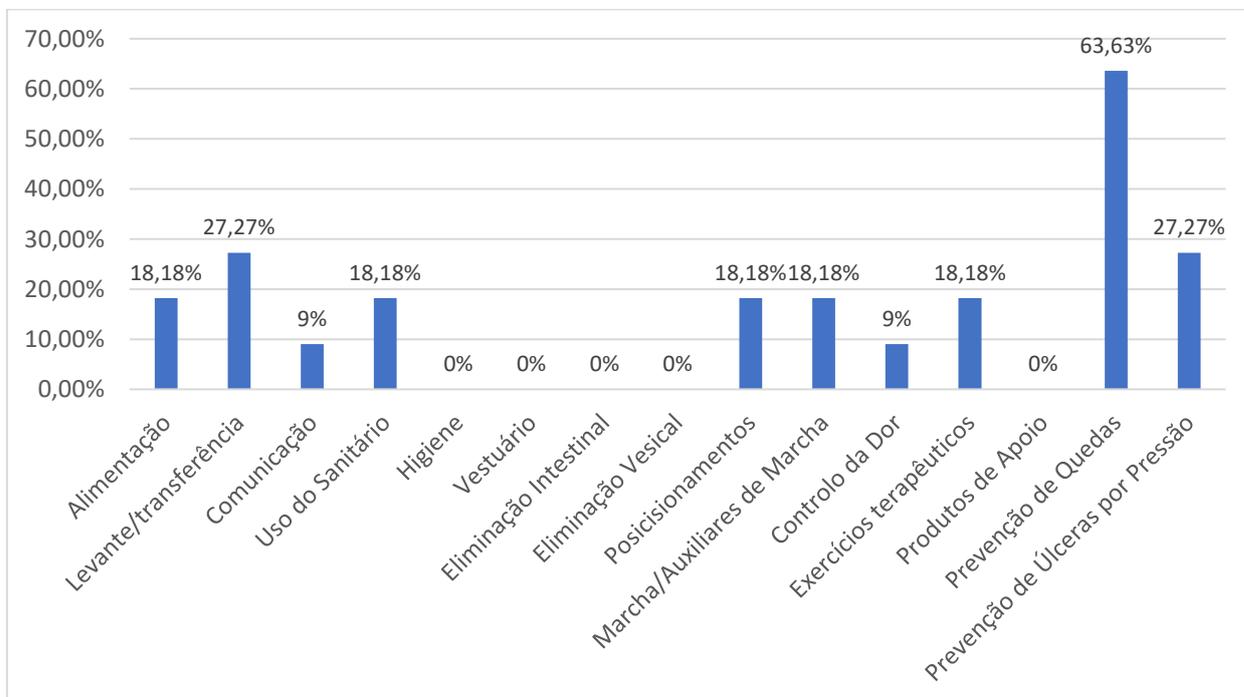


Gráfico nº2- Necessidades de aprendizagem dos Cuidadores Informais, avaliação inicial  
Fonte: Elaboração própria

Como se pode observar no gráfico nº2, sobre as necessidades de aprendizagem moderadas a graves de educação constituem-se primeiramente pela prevenção de quedas (63,63%), e de forma idêntica levante/transferências (27,27%) e prevenção de úlceras por pressão (27,27%). O estudo dos dados preliminares salienta necessidade de aprendizagem moderadas de exercícios terapêuticos, corrobora com a prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão.

Salientando a questão do risco de queda, é um forte determinante para a população idosa, pois pode originar sobrecarga (Mello, et al., 2017).

Os Enfermeiros são os profissionais de saúde habilitados a ajudar e assistir os CI no desempenho do seu papel e naturalmente promover melhores cuidados ao utente dependente. Desta forma, estes profissionais devem ter um olhar prudente sobre os CI com intervenções adaptadas às suas necessidades, procurando evitar compromissos no seu bem-estar e qualidade de vida relacionados às exigências de cuidar. As pessoas idosas mais dependentes, necessitam de cuidados mais complexos. Os cuidados a prestar são intervenções no âmbito de substituir ou assistir: na higiene, alimentação, assistir na marcha/transferências, posicionamentos, acompanhar o utente dependente às consultas, exames, promover ou manter condições para o sono e repouso, prestar cuidados específicos sob orientação da equipa de saúde, em cuidados simples, na gestão do regime terapêutico e vigiar situações particulares (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

A promoção da saúde e prevenção de doenças está a cargo dos profissionais de saúde, principalmente do Enfermeiro, pois o deficit de conhecimentos apresenta-se como um risco para a prestação de cuidados, uma vez que, prestar cuidados a alguém é ter a responsabilidade sobre essa pessoa, e para além disso, é preciso que a pessoa designada para cuidar esteja saudável e bem consigo mesma (Santos, Freitas, Sousa, Oliveira, & Santos, 2019).

Como referido anteriormente, ao otimizarmos o autocuidado relativamente às atividades de vida diárias: na mobilização dos diferentes seguimentos corporais; na marcha/ auxiliares de marcha; no equilíbrio e prevenção de quedas; na diminuição da dependência e do controlo sintomático e ainda a facilitação de acesso a recursos da comunidade, na otimização do papel do CI e na motivação, permitindo diminuir a sobrecarga do cuidador. É claramente evidente que o investimento na capacitação do CI, numa lógica de continuidade de cuidados, é um recurso muito benéfico para as famílias, para a comunidade e sociedade em geral, dado o aumento de utentes dependentes no autocuidado. Os ganhos em saúde são efetivos para os utentes dependentes, bem como, na saúde dos CI, quer a nível físico, psicológico, do bem-estar social e ainda na satisfação com os cuidados (Instituto da Segurança Social, 2022).

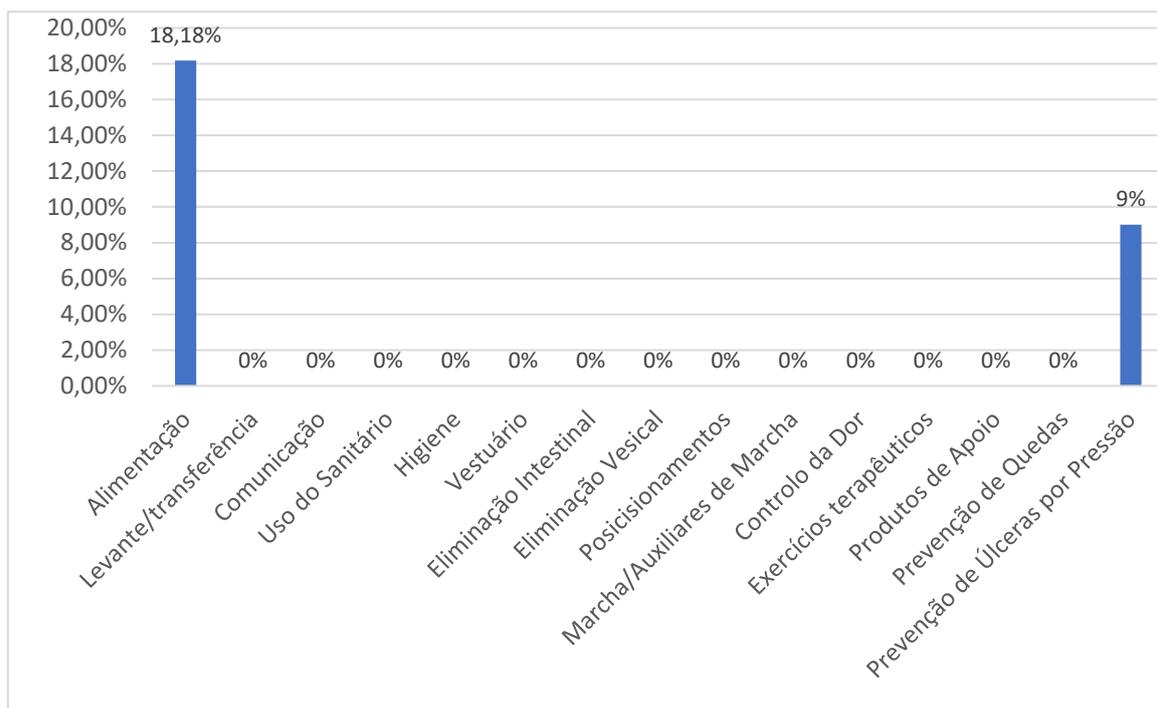


Gráfico nº 3- Necessidades de aprendizagem dos Cuidadores Informais, avaliação final

Fonte: Elaboração própria

Posto isto, ao analisar a intervenção realizada junto dos CI, os ganhos em saúde são evidentes pois os objetivos propostos foram alcançados e são demonstrados pelo gráfico nº3, se anteriormente existia maioritariamente deficits de conhecimento ao nível da prevenção de quedas e levante/transferências estes foram ultrapassados com os ensinamentos personalizados realizados individualmente, através da implementação de planos de cuidados criteriosamente efetuados. No entanto persistem deficits de conhecimento ao nível da alimentação e prevenção de úlceras por pressão, que se deve a diversos fatores, como a predisposição e motivação do CI para aprender e apreender, os conhecimentos e modificar as suas crenças que se encontravam bastante enraizadas. Estes CI devem continuar a ser acompanhados de outras formas, nomeadamente projetos que deem suporte e informação permitindo a continuidade ao trabalho desenvolvido.

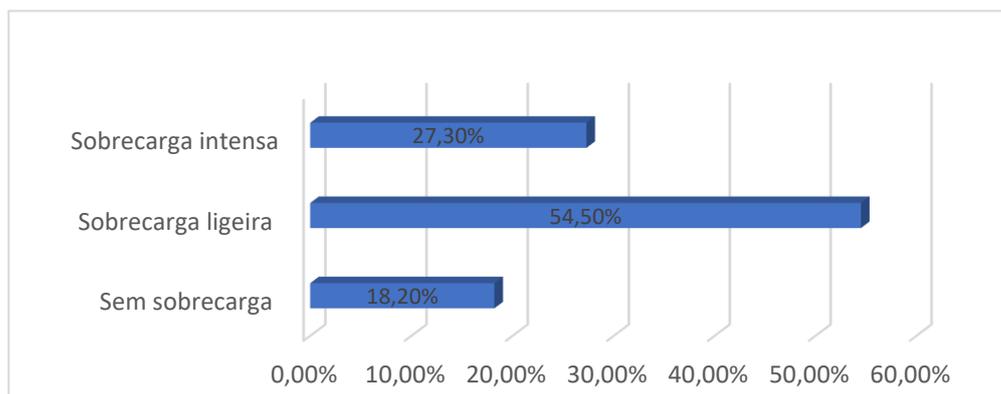


Gráfico nº4- Sobrecarga do Cuidador Informal, avaliação inicial

Fonte: Elaboração própria

O gráfico nº4, demonstra que os CI estudados apresentam sobretudo sobrecarga ligeira 54,5% corroborando com a literatura; seguido de 27,3% sobrecarga intensa e 18,2% sem sobrecarga. Comparativamente com os dados preliminares do estudo, apercebemo-nos que 55,5% não apresentam sobrecarga, 31,5% tem sobrecarga intensa e 13% sobrecarga ligeira. As ilações que podemos retirar são: os CI que residem em zona urbana, têm mais acesso a recursos da comunidade, no que toca a apoio de serviços ao domicílio, privilegiando o apoio à higiene, fornecimento de alimentação e também, têm a possibilidade de integrar outras respostas, permitindo o descanso do cuidador, tempo de lazer e manutenção do seu posto de trabalho. A equipa multidisciplinar, com diferentes técnicos, colabora com os CI na sua capacitação, e asseguram que os utentes dependentes consigam atingir melhores níveis de funcionalidade. Acrescentar ainda, que pertencer ao sexo feminino é um dos fatores predisponentes de sobrecarga do cuidador, estando relacionado com a negligência no autocuidado em prol dos cuidados a prestar ao utente dependente, de acordo com o papel social esperado pelo sexo feminino (Moherdau, Fernandes, & Soares, 2019).

Assim podemos afirmar, que a sobrecarga produzida pelo ato de cuidar está relacionada com o desgaste físico emocional, desestruturação familiar, o isolamento social e a perda de identidade do cuidador, sendo fundamental a avaliação da sobrecarga para planear cuidados e oferecer o apoio adequado ao utente dependente e ao CI (Kobayasi, et al., 2019). Estudos demonstram, que quanto maior foi a dependência do utente alvo de cuidados, maior a sobrecarga do CI (Kobayasi, et al., 2019), apesar de encontrarmos valores de funcionalidade de 81%, a sobrecarga não vai além de ligeira, pois a rede de suporte social é fundamental para os CI, bem como, o exposto anteriormente.

É necessário ter atenção ao isolamento social, em função da demanda de atividades desenvolvidas pelos cuidadores idosos, pois ao prestarem cuidados sem apoio de outros membros da família, sem partilha de responsabilidade, ficando o cuidado centralizado numa única pessoa, origina de imediato sobrecarga e repercussões sociais, físicas e psicológicas, as quais tornam o cuidado uma

tarefa negativa e ininterrupta (Santos, Freitas, Sousa, & Oliveira, 2019). Observando as características sociodemográficas, verifica-se que existe maior sobrecarga para os cônjuges, uma vez que, ao casamento pode estar associada uma relação de obrigação de cuidar, porque existe um projeto de vida em comum, manifestado pelo matrimónio e o compromisso de estar juntos na saúde e na doença. Apesar de satisfeitos com o desempenho do papel, estão sujeitos a diversas fontes de stress, resultantes das definições de tarefas para as quais frequentemente não estão devidamente preparados, trazendo repercussões no seu quotidiano. A idade do CI, está relacionada com os domínios de eficácia e controle e satisfação com o papel e família, isto significa que quanto mais velho o cuidador, maior é a sobrecarga (Martins & Santos, 2020).

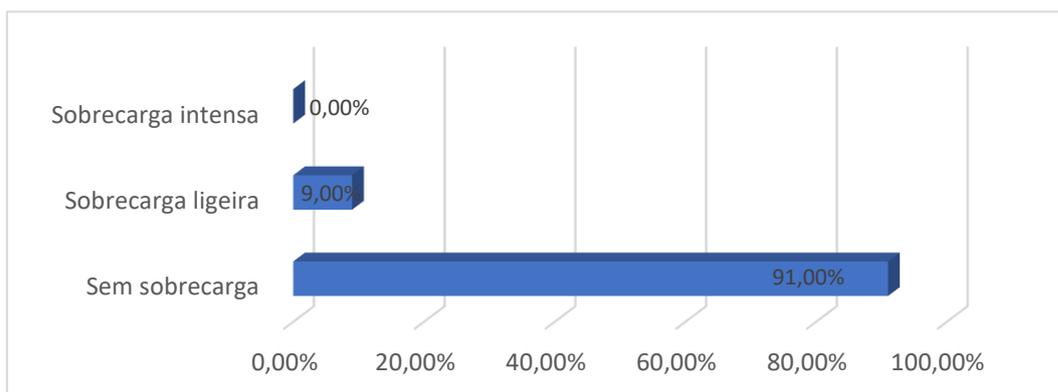


Gráfico nº 5- Sobrecarga do Cuidador Informa, avaliação final  
Fonte: Elaboração própria

Assim sendo, ao capacitarmos o CI, mediante as suas necessidades, e capacidades, promovemos a diminuição da sobrecarga, pois no gráfico nº5, podemos verificar que a sobrecarga ligeira cai para 9% e 91% encontra-se sem sobrecarga, demonstrando a necessidade fundamental de apoio destes cuidadores, para que se sintam mais motivados, maximizando as suas capacidades. Estes mostram um maior controlo sobre a situação, pois a formação, permite prestar cuidados de qualidade. E consequentemente uma maior segurança no desempenho do papel, pode prevenir possíveis acidentes no decorrer da prestação de cuidados, sendo os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro um facilitador na aquisição de competências (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

Destacando a importância de uma equipa multidisciplinar, no suporte de toda a domiciliação de cuidados, portanto, receber informações de intervenções necessárias sobre a doença e sobre a forma como cuidar do utente dependente é fundamental para diminuir os níveis de sobrecarga, principalmente no domínio do autocuidado vestuário, alimentação, sanitário, transferências e gestão do regime terapêutico (Dixe & Querido, 2020).

## 5.7 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), torna-se fulcral calcular o custo global de cada estratégia caso se trate de estratégias novas e originais, no entanto caso surjam modificações das atividades atuais será apenas essencial calcular os custos adicionais. A estimativa dos custos é realizada distinguindo entre despesas de capital, isto é, despesas de bens de longa duração (edifícios, máquinas, equipamentos e veículos automóveis), e despesas correntes (papel, compressas, canetas, etc.) e o pagamento de encargos gerais (renda de habitação, eletricidade, telecomunicações, água, etc.).

No quadro nº9 apresentado, é possível o orçamento do projeto, os recursos, o valor de cada material, e no final é dado a conhecer o valor total estimado para a consecução do presente projeto.

Desta forma, o orçamento foi o seguinte:

Tipo De Recursos	Recursos	Quantidade	Custo
Informáticos	Computador	0,25	200€
	Projetor	0,25	160€
	Tela para projeção	1	60€
	Telemóvel	1	180€
	Impressora	0,25	60€
Imagem e Markting	Logotipo	1	80€
Material Informativo	Folhas A4	100	15€
	Impressão de Convites	70	20€
	Impressão de Cartazes	4	150€
	Toner impressora	1	50€
Material Promocional do Projeto e Ofertas	Canetas	45	75€
	Blocos	45	60€
	Lápis	45	60€
	Fita porta-chaves	25	30€
	Sumos	25	15€
	Fruta	25	10€
	Bolachas	25	8€
Recursos Humanos	Enfermeiros	300 horas	3300€
	Psicóloga	20 horas	220€
Combustível	Carrinha Serviço	0,36€/200km	72€
Despesas Gerais	Internet/Telefone/ Eletricidade	1	300€
<b>TOTAL PREVISTO</b>			<b>5125€</b>

Quadro nº 9- Cálculo de Custos do Projeto

Fonte: Elaboração própria

## 5.8 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

A finalidade de um cronograma de atividades é a programação tendo em conta o horizonte temporal, sendo uma ferramenta de grande utilidade, pois sem o mesmo arriscar-se-á ao desfasamento da ação com os objetivos ou à divergência do planeado com o executado.

Imperatori e Giraldes (1986), reforça a utilidade do mesmo, pois refere que possibilita a visualização conjunta de distintas tarefas ou atividades que fazem parte do projeto, na fase preparatória avisa-nos da acumulação ou repartição de tarefas em determinados períodos, e durante a execução, do atraso e progresso existente na realização.

Para a realização deste projeto, foi concebido um cronograma das atividades (Apêndice 16), no mesmo são apresentadas as atividades que foram efetuadas.

## 5.9 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A divulgação do projeto permite que a população que se pretende atingir, tenha conhecimento acerca do mesmo, possibilitando estar mais atento para o projeto na qual está inserida, tendo oportunidade de participar e colaborar. Pretende-se a divulgação nos meios de comunicação ao dispor página de Facebook “Cantinho do Cuidador”, rádio Telefonía do Alentejo, Jornal Diário do Sul, através de cartazes afixados nas Unidades de Saúde (Apêndice 17) e convites (Apêndice 18).

De modo a divulgar o projeto realizado, foi elaborado um artigo científico (Apêndice 19), tendo a intenção que no futuro seja publicado numa revista científica.

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Tavares (1992), explica que não é apenas no final do projeto que se deve realizar uma avaliação, esta deve ser efetuada a cada etapa do processo de planeamento, sendo uma forma de envolver os elementos que integram o projeto. Para efetuar uma correta monitorização de um projeto este realiza-se através de um sistema de retroação, pois ao avaliar a estrutura do processo e dos resultados, é plausível inserir as necessárias acções corretivas, reestruturando e reorganizando caso necessário. Relembrar ainda que apenas uma correta avaliação e controlo dos projetos possibilita comparar o estado inicial e o estado final da população-alvo, portanto antes e após a implementação de um projeto, efetuando uma análise das atividades concretizadas com os recursos utilizados e ajustando a pertinência dos objetivos traçados com as necessidades identificadas.

### 6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

De acordo com Imperatori e Giraldes, consideram que avaliar é sempre comparar algo com um exemplo ou modelo e acarreta uma finalidade operativa que é corrigir. Ao estudar este conceito permite-nos conjuntamente determinar o objetivo e o objeto da avaliação: aferir a importância de uma intervenção naquilo que nos orienta para a tomada de uma decisão. Isto é, possibilita conhecer os progressos alcançados com as atividades realizadas, sendo verificados conjuntamente com a situação inicial e com objetivos e metas delimitadas anteriormente. Há que ter em atenção, que é crucial, uma determinação zelosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas úteis.

O projeto “Juntos no Cuidar”, foi elaborado com o objetivo geral de capacitar os CI dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC, até ao final de 2022. Para que este projeto fosse realizado, foi necessário desenvolver diversas atividades, com vista a alcançar as metas delineadas para os objetivos específicos estabelecidos.

### 6.2 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDAS CORRETIVAS

#### INTRODUZIDAS

Segundo Nunes, Ruivo e Ferrito (2010), uma das particularidades da metodologia de projeto é exatamente o facto de ter uma avaliação contínua (Leite et al., 1989), e dessa forma possibilitar uma

retroação com a intenção de facilitar a redefinição dos objetivos, ações e seleção de meios, assim como a análise de resultados (Carvalho et al.,2001).

Os mesmos autores, referem que a avaliação deve oferecer os elementos necessários para intervir com vista a melhorar a coerência (associação entre projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios considerando os objetivos) e à eficácia (associação entre a acção e os resultados).

A avaliação como um processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos estabelecidos no início e os objetivos alcançados. Nesta perspetiva, a avaliação deve ser rigorosa (Nogueira, 2005; Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010).

As atividades efetuadas procuram melhorar a capacitação dos CI, para prestarem cuidados seguros e adequados ao utente dependente. Neste sentido, as atividades definidas foram realizadas, pelo que se considera que o plano traçado foi cumprido, assim como o cronograma de atividades. É possível afirmar, que a taxa de execução das atividades programadas comparativamente às previstas foram praticamente atingidas na sua globalidade, como se pode verificar nos quadros seguintes:

<b>ObE1</b> <b>Aumentar o conhecimento dos CI, acerca dos autocuidados a prestar aos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI até janeiro de 2022</b>	
Metas	Indicadores de Avaliação
1. Que 70% dos CI da ECCI, respondam aos questionários até 2022	$(11/11) \times 100\%=100\%$ Superada
2. Avaliar a sobrecarga em 90% dos CI em ECCI até 2022	$(11/11) \times 100\%=100\%$ Superada
3. Que 70% dos CI da ECCI, demonstrem 3 princípios de autocuidado no qual apresentou deficit de conhecimento nos cuidados prestados ao utente dependente alvo de cuidados até 2022	$(8/11) \times 100\%=72,7\%$ Superada
4. Que 70% dos CI da ECCI, identifiquem 3 princípios de autocuidado no qual apresentou deficit de conhecimento nos cuidados prestados ao utente dependente alvo de cuidados até 2022	$(8/11) \times 100\%=72,7\%$ Superada
5. Que 70% dos CI da ECCI, participe nas atividades para aumentar os conhecimentos acerca do autocuidado a prestar ao utente dependente alvo de cuidados até 2022	$(11/11) \times 100\%= 100\%$ Superada

Quadro nº10- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE1

Fonte: Elaboração própria

A obtenção da participação dos CI no estudo, na sua maioria mostraram-se disponíveis em contribuir prontamente, considerando a sua participação uma mais-valia para a prestação de cuidados e colaboraram na recolha de dados.

Com a intenção de alcançar as metas dos objetivos traçados (quadro nº 10), foram realizadas visitas domiciliárias, permitindo estar presente aquando da prestação de cuidados por parte do CI ao utente dependente, compreendendo a realidade e o contexto dos mesmos, o que ajudou todo o processo. No decorrer das visitas domiciliárias, ao verificar as condições e dificuldades em que são prestados os cuidados, este facto foi fundamental para conseguir propor estratégias facilitadoras e a realização e a possibilidade de conhecer os receios e anseios, bem como, exposição dúvidas destes cuidadores. Assim, foram criados planos de cuidados de acordo com os deficits de conhecimentos aferidos, e realizados ensinamentos personalizados, permitindo a melhoria da prestação de cuidados e segurança nos mesmos.

ObE2 Diminuir a sobrecarga dos CI dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC, até janeiro de 2022	
Metas	Indicadores de Avaliação
6. Diminuir a sobrecarga dos CI em 20% da ECCI, até 2022	(10/11) x 100%=90,9% Superada
7. Que 30% dos CI da ECCI, participe nas “Caminhadas com História” e sessões de educação para a saúde no “Cantinho do Cuidador”, para diminuir a sobrecarga até 2022	Ficou preparado para ser implementado após situação pandémica

Quadro nº11- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE2

Fonte: Elaboração própria

Ao conhecer a sobrecarga a que os CI estão expostos, somos conhecedores que esta realidade está presente no seu quotidiano, subjacente à prestação de cuidados, e as estratégias para dar resposta a esta necessidade permitiram reduzir substancialmente a sobrecarga. Contudo, salienta-se o facto de apesar de algumas atividades estarem planeadas não foi possível cumpri-las, em virtude das restrições no âmbito do combate à pandemia Covid-19, tendo sido decretado estado de calamidade no decorrer do Estágio de Intervenção (quadro nº11).

ObE3 Criar um “Atelier de Expressão de Sentimentos”, inserido no “Cantinho do Cuidador”, até ao final de 2021	
Metas	Indicadores de Avaliação
8. Preparar a implementação do “Atelier de Expressão de Sentimentos”, até 2021	100% Atingida

Quadro nº12- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE3

Fonte: Elaboração própria

Reforçado a ideia das circunstâncias vividas devido à pandemia Covid-19, salvaguardou-se que a preparação para a implementação do “Atelier de Expressão de Sentimentos” foi efetuada (quadro nº12). Considerando também, que o “Cantinho do Cuidador” onde se pretendia dinamizar as sessões de educação para a saúde encontrava-se desativado, ficando preparado para a UCC, implementar quando as condições pandémicas o permitirem, pois, todo o processo de constituição de parceria e mobilização de profissionais da UCC, bem como, a construção de materiais para as sessões de educação para a saúde, foi realizado.

ObE4 Implementar “Caminhadas com História”, inseridas no “Cantinho do Cuidador”, até ao final de 2021	
Metas	Indicadores de Avaliação
9. Preparar a implementação do “Caminhadas com História”, até 2021	100% Atingida

Quadro nº13- Metas e Indicadores de Avaliação para o ObE4

Fonte: Elaboração própria

Foi constituída a parceria, e criado um protocolo com a CM (Apêndice 20), que disponibilizou um historiador. Da mesma forma, foi pedido patrocínio para a entrega de um lanche, no decorrer das caminhadas. Foram também, criados porta-chaves identificativos para os participantes nas caminhadas. Como referido anteriormente, ficando preparadas as caminhadas (quadro nº13) para a ECCI, implementar quando as condições pandémicas o permitirem, pois, todo o processo de constituição de parceria e patrocínio, bem como, a construção de materiais para as caminhadas, foi realizado.

O desenvolvimento deste projeto pressupõe o acompanhamento dos CI e do utente dependente, para que se avalie continuamente as suas necessidades após a implementação do plano de cuidados,

pois a sua realidade altera-se rapidamente no que concerne à prestação de cuidados. Constata-se este facto, pois a evolução da doença dos utentes dependentes, tende a alterar-se a curto prazo e também a sobrecarga inerente aos CI. Desta forma, cabe ao Enfermeiro a avaliação das necessidades de aprendizagem constantemente.

Assistiu-se na maior parte dos cuidadores a uma grande adesão aos ensinamentos efetuados, tendo alterado a sua forma de prestação de cuidados, obtendo ganhos em saúde a curto prazo, contudo, também se verifica a persistência ou renitência em alterar o modo de prestação de cuidados em alguns cuidadores, mantendo-se a necessidade de encontrar outras estratégias.

De realçar ainda, os momentos de avaliação que foram realizados no decorrer da realização do projeto. Foram realizadas reuniões com a supervisora clínica, para avaliar o que se estava a desenvolver e a necessidade de realizar medidas corretivas. Estas reuniões foram uma mais-valia, possibilitando a construção e otimização do projeto.

Outra forma, de compreender como a implementação do projeto estava a desenrolar-se foi a realização de reuniões com a ECCI, primeiramente apresentando o projeto, e pedindo a sua colaboração para realizar as visitas domiciliárias. As visitas domiciliárias, permitiram a recolha de dados e implementação do plano de cuidados e realização de ensinamentos. Foi fundamental o envolvimento da ECCI e conhecer a sua opinião, permitindo uma reflexão constante de como estava a decorrer o projeto.

Através dos quadros apresentados, verifica-se que somente a meta que reporta à realização de caminhadas inserida nas “Caminhadas com História”, é que não foi possível realizar, devido à situação pandémica por Covid-19 que se vivenciava aquando da realização do Estágio de Intervenção, no entanto as restantes metas e objetivos delineados foram atingidos.

O cronograma estabelecido foi cumprido, no entanto algumas visitas domiciliárias sofreram alterações devido à ECCI ter sido fustigada pela pandemia Covid-19, ficando a trabalhar em mínimos, realizando apenas as visitas domiciliárias imprescindíveis e mantendo o contacto telefónico com os utentes. Esta situação exigiu, alteração de datas para recolha de dados (Avaliação Final), alterando a recolha de dados presencial, recorrendo a outras vias, nomeadamente às novas tecnologias, diminuindo os contactos, aguçando a mestria e engenho, para concluir esta etapa.

As constatações imediatas, acerca da realização deste projeto prendem-se com o facto de os ganhos em saúde atualmente serem pouco expressivos, pois foi visível uma parte das intervenções realizadas, ficando outra parte planeada para mais tarde ser efetuada. Considera-se que a mudança de comportamentos nos CI, é um processo a longo prazo, que necessita de acompanhamento diariamente por parte do Enfermeiro e equipa multidisciplinar. Desta forma, só com a continuação do projeto será possível vislumbrar os ganhos em saúde desejados.

Uma linha orientadora a ter em conta no futuro, passa pela aplicação das escalas na admissão dos utentes, nomeadamente ENACI, possibilitando um diagnóstico atempado e o desenvolvimento de intervenções com base no mesmo, de modo planeado. A ter em conta também, que ao realizar o diagnóstico e implementar o plano de cuidados, este tem como finalidade a realização de avaliações intermédias, permitindo primeiramente a avaliação do plano implementado e posteriormente a reformulação dos objetivos, bem como das estratégias em execução.

## 7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O atual capítulo, tem como objetivo a realização de uma reflexão sobre as competências adquiridas no decorrer do percurso académico, nomeadamente através da revisão da literatura, bem como a realização do projeto de intervenção comunitária, com maior destaque nas atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio de Intervenção. Desse modo, realizou-se uma reflexão crítica acerca do processo de aquisição e mobilização de competências comuns do Enfermeiro Especialista, acerca das competências do Enfermeiro em ECSP e por último sobre as competências referentes à aquisição do Grau Mestre, resultantes da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem.

### 7.1 COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atualmente os cuidados de saúde e de modo consequente, os cuidados de Enfermagem, assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, existindo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, como uma realidade que abarca a globalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº.140/2019).

As competências comuns que o Enfermeiro Especialista deve possuir, compreendem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº.140/2019, p. 4744).

Stanhope e Lancaster (1999), dão-nos a conhecer que é imprescindível para que a Enfermagem tenha um impacto positivo e significativo, os Enfermeiros estarem deveras envolvidos na adoção de estratégias aliadas à promoção da saúde e prestação de cuidados a nível comunitário. Tendo em consideração, o envelhecimento da população, e a constatação crescente de que os custos da prestação de cuidados, são cada vez mais elevados. É necessária a gestão de cuidados, capacitando o indivíduo, grupos e comunidade, e nunca foi tão importante centrar os cuidados numa abordagem da promoção da saúde e prevenção da doença.

A considerar os quatro domínios de competências comuns, que são: “a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; c) Competências do domínio da gestão dos cuidados; d) Competências do domínio das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº.140/2019, p. 4745).

Todo o percurso, traçado e percorrido para a realização do Curso de Mestrado em ECSP, foi fundamental para a aquisição e mobilização de competências intrínsecas a cada um dos domínios mencionados. Ressalvando que o desenvolvimento e aquisição de todos os conhecimentos ao longo do curso, nas diversas unidades curriculares, permitiram o desenvolvimento de competências fundamentais a todo o processo de formação.

Analisando o processo em questão, constata-se que todo o percurso académico foi sedimentado, primeiramente com a realização das unidades curriculares, Estágio de Intervenção e realização do projeto de intervenção comunitária, o que permitiu o aprimorar de uma prática profissional e ética, tendo presente as normas legais, assim como, dos princípios éticos e deontológicos da profissão, pois foi realizado um processo de investigação com seres humanos. Foram estabelecidas parcerias com os CI e utente dependente, tendo sempre presente os princípios éticos e dos direitos humanos, com o objetivo de resolver os problemas identificados. Ao longo de todo o Estágio de Intervenção, foi possível verificar que os cuidados e procedimentos assentaram nos pressupostos elencados, onde se integra o projeto de intervenção comunitária. O projeto, teve sempre presente a promoção e defesa dos direitos humanos, no qual se inclui a responsabilidade e prática profissional, sendo fundamentada e avaliada permanentemente. Atendendo às questões éticas relativas ao projeto de intervenção comunitária, assim como, a garantia de segurança da informação escrita, confidencialidade, dignidade, privacidade e o direito à autodeterminação dos indivíduos.

Ao longo do Estágio de Intervenção, foi possível participar na operacionalização de projetos e programas da unidade funcional, permitindo a mobilização de conhecimentos e aptidões e desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica, tendo como propósito, a melhoria continua da qualidade e garantia de um ambiente terapêutico e seguro, centrado na pessoa e no seu bem-estar.

Para que fosse exequível o desenvolvimento desta competência, foi implementado o projeto de intervenção comunitária, o mesmo implicou a realização de um diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos e metas, seleção de estratégias e processos de avaliação, assim foram criadas intervenções de acordo com o conhecimento de determinantes individuais e contextuais. Participando em projetos de intervenção nomeadamente da ECCI, em visitas domiciliárias, colaborando em reuniões semanais nas quais eram discutidos os planos individuais dos utentes, cooperando ativamente com a equipa multidisciplinar. Atendendo à pandemia por Covid-19, a participação em programas e projetos a vigorar na UCC encontrava-se restringido, no entanto foi permitido o conhecimento dos mesmos junto dos profissionais que os desenvolvem. A vivencia do trabalho realizado em UCC, através da equipa multidisciplinar, a recolha de informação e as reflexões constantes com a Enfermeira Supervisora Clínica, permitiram o conhecimento dos programas e

projetos em que a UCC se encontra inserida. Este percurso sedimentou, os conhecimentos dando bases para o trabalho realizado.

Acompanhar a ECCI no 3º Encontro Nacional de CI, no qual apresentou o seu projeto “Cantinho do Cuidador”, constitui-se como um momento de aprendizagem para a mestranda, por conhecer a realidade mais aprofundada dos CI no nosso país e no mundo, e como os diferentes profissionais desenvolvem o seu trabalho de excelência.

No que concerne às competências da gestão dos cuidados, para a implementação e gestão do projeto de intervenção comunitária, foi necessário assumir a liderança e potenciar os recursos humanos e materiais imprescindíveis para a concretização das atividades planeadas. Para a execução do mesmo contribuíram as reuniões com a equipa multidisciplinar, solicitando a sua colaboração. Verificou-se que a mesma, é uma equipa motivada, que partilha os mesmos objetivos e reconhece o valor individual de cada elemento, sendo uma equipa unida, trabalhando de forma eficiente e produtiva. É de salientar, que a previsão de recursos efetuada no princípio foi apropriada, assim como, a gestão do tempo necessário para consecução das atividades, ressaltando que foi necessário que a criatividade imperasse, nesta época em que vivemos, devido à pandemia por Covid-19.

Todos os participantes se mostraram disponíveis e não houve problema ao nível da gestão de cuidados.

Para que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pode-se ser bem conseguida, foi necessário, elencar através dos conhecimentos possuídos na área, como referido anteriormente decorrentes das aulas teóricas, Estágio de Intervenção e de extrema importância a partilha de conhecimentos constante com a Enfermeira Supervisora Clínica e equipa multidisciplinar da UCC. Foi fomentada uma prática reflexiva, permitindo o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, dado que a mestranda desenvolve a sua atividade profissional em contexto hospitalar. Esta prática, possibilitou a criação de interesse por parte da equipa multidisciplinar no projeto desenvolvido, criando um espírito de cooperação com a mesma e mantendo a motivação para o desenvolvimento das aprendizagens. É de realçar que as mesmas aprendizagens, foram sustentadas através da pesquisa bibliográfica de forma permanente, suportando a base teórica do presente relatório. Saliento o facto, de ter adquirido competências na utilização do aplicativo informático de apoio aos registos clínicos “S-clínico”, tendo sido imprescindível para a realização dos planos de cuidados.

A elaboração de um artigo de revisão integrativa da literatura, e a submissão de um resumo para apresentar uma comunicação livre num seminário, constituíram-se como momentos de desenvolvimento e aquisição de competências, pois a escrita com carácter científico exige pensar, planear e reescrever, mas também impõe a necessidade de saber estruturar, submeter e rever o artigo. Por outro lado, também foi desenvolvida a escrita com clareza, precisão, não descorando a qualidade

da apresentação. Ao escrever o artigo de revisão integrativa da literatura, bem como o resumo para submissão num seminário, esta produção científica assentou na evidência científica mais recente, permitindo aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes dois momentos de aprendizagem, foram o culminar de todo o trabalho efetuado, ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

Por conseguinte, considera-se que foram alcançadas as competências comuns do Enfermeiro especialista.

## 7.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

O Enfermeiro Especialista em ECSP deverá ser detentor de determinadas competências específicas, de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas. É reconhecida a imperatividade de especificar as competências de acordo com a população alvo e contexto de intervenção. Os cuidados de saúde primários têm sofrido uma evolução presentemente, admitindo uma dimensão progressivamente mais importante no tratamento da doença, como também, e com considerável relevância, na sua prevenção (Regulamento nº428/2018, p.19354).

O Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista nº140/2019, de 6 de fevereiro, capítulo I, secção II, artigo nº3, p.4745, define as competências específicas como:

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

Tendo por base as competências específicas, o Regulamento nº428/2018 de 16 de julho de 2018, do diário da república 2ª série, artigo 2º, p.19354-19357, define como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública:

- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:
  - Proceda à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
  - Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade;
  - Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

A metodologia utilizada para a consecução do projeto “Juntos no Cuidar” sobrecarga dos cuidadores informais de utentes dependentes numa ECCI no Alentejo, teve como base as etapas de Metodologia do Planeamento da Saúde. Tavares (1992), afirma que o planeamento é essencialmente uma aplicação da lógica à tomada de decisões, concretamente na área da saúde, fundamentando-as no sentido de que a transformação da realidade se processe de forma mais eficiente. Desse modo, foi realizado o diagnóstico de situação, tendo permitido avaliar o estado de saúde da comunidade. Foi necessário efetuar uma pesquisa intensiva, em bases de dados eletrónicas, recorreu-se à pesquisa de dados no programa de apoio aos registos, bem como, nos documentos realizados pela UCC e disponibilizados por outras entidades referentes ao diagnóstico social. Assim sendo, estes instrumentos foram de grande importância, pois permitiram a determinação da população do concelho e conhecer a realidade do contexto. Seguidamente, efetuou-se a determinação de prioridades, na qual se apresentaram e categorizaram os problemas identificados. Recorreu-se à técnica comparação por pares, constatando-se que a Sobrecarga dos CI é uma das áreas prioritárias de intervenção. Desta forma, estabeleceram-se os objetivos, foram selecionadas estratégias, preparou-se a elaboração do projeto de intervenção comunitária e posteriormente executou-se o mesmo. Por último, efetuou-se a monitorização e avaliação dos resultados da intervenção realizada.

- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:
  - Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
  - Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;
  - Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

Tendo como fio condutor, empoderar e capacitar a população alvo na gestão da sua saúde, desenvolvendo as suas capacidades individuais, promovendo o seu autocuidado, prevenindo o aparecimento de complicações tardias, com vista à obtenção ganhos em saúde, através da implementação do projeto de intervenção comunitária. A promoção da saúde e prevenção de doenças está a cargo dos profissionais de saúde, principalmente do Enfermeiro, pois o deficit de conhecimentos apresenta-se como um risco para a prestação de cuidados, uma vez que, prestar cuidados a alguém é ter a responsabilidade sobre essa pessoa, e para além disso, é preciso que a pessoa designada para cuidar esteja saudável e bem consigo mesma.

O projeto em questão integrou um estudo desenvolvido pela UÉ “Diagnóstico dos Cuidadores Informais”, para que fosse possível a sua execução, foram realizadas reuniões quer com elementos da equipa da UÉ, bem como elementos da ECCL, Coordenadora da UCC e Enfermeira Supervisora Clínica, para que fossem definidas, discutidas e apropriadas as estratégias a implementar. Estas foram fundamentadas na prática clínica, conhecimentos e saberes de ambas as equipas. Ao implementar os planos de cuidados, e realizar ensinamentos, possibilitou o aprimorar de capacidades e habilidades por parte dos CI. As intervenções adaptadas às necessidades dos mesmos, procurando evitar compromissos no seu bem-estar e qualidade de vida relacionados às exigências de cuidar, são fundamentais. Estes puderam prestar cuidados acompanhados, esclarecendo dúvidas, sentindo-se apoiados, promovendo a sua capacitação. Este processo foi muito proveitoso, pois promoveu o envolvimento no planeamento dos cuidados e na tomada de decisão.

- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Descritivo:
  - Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde- Revisão e Extensão a 2020 da Direção Geral da Saúde (p.14), tem como eixo estratégico cidadania em saúde, no qual se reflete “desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença”, assumindo claramente que o indivíduo deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de defender a proteção da sua saúde individual e da saúde coletiva, este tem de estar devidamente informado, de modo a assimilar tal informação e manifestar-se na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e caso necessite na gestão da doença.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde- Revisão e Extensão a 2020 da Direção Geral da Saúde, considera que dois dos princípios orientadores que se constituem como desafio compreende a promoção e proteção da saúde e a capacitação dos cidadãos. A promoção e proteção da saúde, tem enfoque na criação de condições para que as pessoas, individualmente ou coletivamente possam atuar sobre os principais determinantes da saúde, permitindo potencializar ganhos em saúde, colaborando para a redução das desigualdades e construindo capital social (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997). A capacitação dos cidadãos, deve ser promovida através de ações de literacia, permitindo a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e apela a que os indivíduos tenham um papel mais interventivo, no funcionamento do Sistema de Saúde, com a premissa da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment).

Portanto, a Sobrecarga dos CI, é um problema hodierno, o qual necessita que esteja presente a capacitação dos CI, possibilitando que estes maximizem as suas capacidades, demonstrem um maior controlo sobre a situação, pois a formação permite prestar cuidados de qualidade. E consequentemente, uma maior segurança no desempenho do papel, pode prevenir acidentes no decorrer da prestação de cuidados, sendo particularmente o Enfermeiro um facilitador da aquisição de competências.

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico:
  - Proceda à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Como referido anteriormente, recorreu-se à utilização do aplicativo informático de apoio aos registos clínicos “S-clínico” e ao aplicativo de Monitorização da RNCCI, o que possibilitou a monitorização.

Foi também, exequível a realização do diagnóstico de saúde, e consequentemente a construção de um diagnóstico epidemiológico de uma população no que se refere à Sobrecarga dos CI, recorrendo à aplicação dos instrumentos de recolha de dados, à pesquisa de dados sociodemográficos e a análise de indicadores, caracterizando a população e o seu estado de saúde. Ao ser possível efetuar a identificação e interpretação dos dados recolhidos, empregou-se técnicas estatísticas, compreendendo a amplitude do problema, tornando-se também possível cooperar na vigilância epidemiológica. Foi crucial a identificação de problemas, para a determinação de estratégias e para as intervenções a implementar.

### 7.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o DL nº65/2018 de 16 de agosto do Diário da República, 1ª série capítulo III artigo 15, p.4162, que regulamenta a atribuição do grau de mestre:

- Detenha conhecimento, capacidade de compreensão, adquiridos ao nível do 1º ciclo e desta forma, de acordo com os mesmos desenvolve e aprofunda;
- Conseguir recorrer aos seus conhecimentos, capacidade de entendimento e de resolução de problemas em circunstâncias novas e desconhecidas, em contextos amplos e multidisciplinares;
- Demonstra capacidade para integrar conhecimentos, resolvendo questões complexas, desenvolvendo respostas ou exprimir juízos em situações em que a informação disponível é diminuta ou incompleta;

- Consegue comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a ela implícitos, a especialistas e não especialistas, de modo inteligível e sem equívocos;
- Evidencia competências que lhe admitem uma aprendizagem ao longo da vida, de forma, fundamentada auto-orientada ou autónoma.

Conforme o explanado, as competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em ECSP, verificou-se o desenvolvimento de competências para a atribuição do grau de mestre. Para obter as competências inerentes ao grau de mestre, recorreu-se à mobilização de conhecimentos adquiridos anteriormente e ao longo deste percurso, as mesmas permitiram o desenvolvimento de conhecimentos para solucionar problemas a nível académico e profissional.

Com a realização do projeto em questão, as pessoas autoperceberam que são possuidores de recursos e forças para comandar o rumo das suas vidas e a resposta para os seus próprios problemas, com à implementação de planos de cuidados e educação para a saúde, por parte do Enfermeiro. De destacar também, a relação terapêutica criada, promovendo a parceria estabelecida com o CI, respeitando as suas capacidades e valorizando a pessoa.

Recapitulando, as unidades curriculares, assim como o Estágio de Intervenção, foram fundamentais, pois, permitiram a aplicação na prática clínica dos conhecimentos teóricos, com rigor científico, que por seu turno foram de grande importância, na procura de uma prestação de cuidados de excelência no decorrer do exercício profissional.

Para dar resposta à implementação do projeto de intervenção e durante o curso de Mestrado, foi necessário a utilização de fundamentação teórica com base na evidencia científica mais recente e ainda, foi realizado o processo de revisão da literatura e investigação. Foi tida em consideração, a legislação vigente e políticas de saúde para sustentar as intervenções, a tomada de decisão e assegurar a excelência dos cuidados prestados.

Em relação ao modelo teórico utilizado a escolha recaiu sobre o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, possibilitando a validação e construção de intervenções de enfermagem. A utilização do mesmo, no campo da promoção da saúde facilita a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, norteia para as soluções que dão resposta às necessidades das pessoas intervenientes, desenvolvendo o profissional de Enfermagem competências com base num modelo conceptual, sustentando a prática clínica.

Com a realização do Estágio de Intervenção, foram desenvolvidas competências comunicacionais de duas dimensões, isto é, com os CI, estabelecendo uma relação terapêutica; com a equipa

multidisciplinar e parceiros através de reuniões. Foi possível experimentar o sentimento, de ser um elemento integrante da ECCI.

Devido à pandemia por Covid-19, surgiram algumas dificuldades, no entanto foram sempre contornadas com bastante criatividade e engenho, tirando-se sempre partido das adversidades, e encontrando soluções de modo racional, tendo por base a responsabilidade e autonomia. Neste percurso, existiram vários momentos que puseram à prova a vontade de concretizar o projeto com as linhas orientadoras iniciais, tendo sido deveras fortalecedoras do projeto. Foi desafiador, a criação da parceria com a UÉ e realização do protocolo de investigação para aprovação pela ARSA. No entanto, não foi possível realizar duas atividades previstas, de qualquer modo, foram concebidos quer o “Atelier de Expressão de Sentimentos”, quer as “Caminhadas com História”, podendo ser realizadas as atividades, assim que possível.

O ambiente de estágio foi favorecedor a toda a aprendizagem, permitindo um crescimento quer a nível pessoal e profissional, aumentando os conhecimentos, e apelando a um reflexão constante, despertando uma visão crítica sobre a evolução demográfica da população e entendimento dos problemas de saúde que acarretam a sua evolução.

Por fim, constituiu-se como um momento de grande aprendizagem, consolidação de conhecimentos, mas principalmente foi uma experiência significativa por crescer, ainda mais certezas de que este percurso sedimentou uma vontade enorme de abraçar a ECSP na sua plenitude. Com a convicção de que a excelência se faz, procurando assegurar, maior qualidade de vida às pessoas, grupos e comunidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente relatório, é de realçar como a qualidade dos cuidados prestados por parte dos CI, está diretamente relacionada com os seus conhecimentos. A prestação de cuidados pelos CI está na ordem do dia, e na prática diária dos Enfermeiros, uma vez que atualmente a população está cada vez mais envelhecida, necessitando de maior número de cuidados de saúde, e conseqüentemente existe a necessidade da existência de CI. A nossa sociedade é cada vez mais exigente, no que respeita à qualidade dos cuidados prestados, o mesmo se aplica aos cuidados de saúde prestados pelos CI.

Como estratégia em saúde, a família deve ser parte integrante dos cuidados por parte do Enfermeiro, alcançando a formação e o fortalecimento do vínculo, sob o ponto de vista, de acompanhar e orientar da melhor forma o cuidar do utente dependente, dando informações coerentes, acerca dos recursos disponíveis, consultas regulares e, entre outras práticas para a promoção e plenitude da prestação de cuidados direcionado tanto ao utente dependente, quanto ao respetivo cuidador.

Torna-se evidente a necessidade de acesso à informação e formação, bem como suporte, a prestar aos CI e ao utente dependente, de forma, a prevenir a sua sobrecarga e melhorar a qualidade dos cuidados. A identificação dos CI com elevados níveis de sobrecarga, bem como, conhecer os fatores que estão associados á mesma, é fundamental para a prática de cuidados, para que as intervenções sejam adequadas e personalizadas.

Os ganhos em saúde advindos da capacitação e diminuição da sobrecarga, são a satisfação na prestação de cuidados, melhorar a saúde e bem-estar do CI e do utente dependente, e por conseguinte melhor gestão e controlo de sintomas da doença, é de extrema importância e valorizado por esta díade poder protelar a decisão de institucionalizar o utente dependente.

A elaboração do relatório em questão, pretende dar resposta a uma necessidade de saúde que foi identificada pela evidência científica e pela experiência profissional, ao passo que tenta contribuir para uma melhor qualidade de cuidados no âmbito da promoção da saúde, o que robustece os conhecimentos de todos os intervenientes, designadamente, CI, utentes dependentes, família, comunidade e sociedade.

Foram seguidas as etapas da Metodologia do Planeamento da Saúde, para a realização deste estudo, definindo-se objetivos concretos a alcançar, para os quais foram criadas atividades e escolhidas estratégias de ação, assim como, formas de monitorização e de avaliação do plano traçado.

É importante destacar, que no decorrer do todo o projeto, os CI demonstraram-se recetivos acerca da temática abordada, demonstrando interesse e cooperação, destacando a participação mais proativa dos CI do sexo masculino. Com a realização do projeto, foi possível obter a participação e envolvimento dos CI o que foi bastante profícuo.

Foi possível verificar que os utentes dependentes são predominantemente do sexo feminino, com cerca de 80 anos, com um nível de funcionalidade de 81%. As patologias que apresentam maior relevância são aparelho circulatório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças do sistema osteomuscular. Quanto aos CI, a maioria é do sexo masculino, frequentaram a escola, mas não detêm a escolaridade obrigatória, são casados, cônjuges e filhos, vivem com o utente dependente. Verifica-se uma relação significativa, entre a sobrecarga percebida pelo CI e as características sociodemográficas dos CI. As necessidades de aprendizagem, moderadas a graves de educação constituem-se primeiramente pela prevenção de quedas e de forma idêntica levante/transferências e prevenção de úlceras por pressão.

Compreende-se que ao capacitarmos o CI, mediante as suas necessidades, e capacidades, promovemos a diminuição da sobrecarga, demonstrando a necessidade fundamental de apoio destes cuidadores, para que se sintam mais motivados, maximizando as suas capacidades.

Este estudo apresenta algumas limitações, especialmente no que diz respeito ao tamanho reduzido da amostra, não permitindo a generalização dos dados recolhidos, pois traduzem unicamente a realidade desta população em concreto.

No que concerne a investigações futuras, entende-se que seria adequado replicar o estudo noutros contextos, nomeadamente noutras UCC primeiramente no Alentejo e estender ao resto do país.

É ainda relevante mencionar, o quanto foi importante o estabelecimento da parceria com o estudo “Diagnóstico dos Cuidadores Informais” da UÉ, pois esta sedimentou todo o percurso efetuado no Estágio de Intervenção, trazendo uma nova perspetiva e possibilidade de aperfeiçoamento do projeto traçado pela mestranda. Ao constatar-se a relevância, da constituição da parceria no desenvolvimento do projeto, é reconhecido como a estratégia delineada, facilitou a construção do mesmo e a sua inovação. De modo consequente, os resultados obtidos demonstram benefícios para ambas as partes, fomentando um percurso promissor, atendendo que a discussão dos contributos esperados desta relação, é indiscutivelmente benéfica, pois a conjugação de esforços permitiu otimizar o que se pretendia efetuar. Assim, destaca-se a sinergia no trabalho, a obtenção de resultados ampliados consistentes para ambas as partes, o desenvolvimento efetivo do projeto e o comprometimento dos intervenientes para alcançar os resultados pretendidos, nomeadamente o conhecimento do Professor Luís Sousa e Professora Lara Pinho.

O Enfermeiro especialista em ECSP desempenha, assim, um papel preponderante, visto que as competências que lhe são impostas, possibilitam atuar em diferenciados contextos, enquanto profissional de referência nas equipas multidisciplinares, recorrendo a instrumentos que o ajudam na tomada de decisão. Deste modo, julga-se ter conseguido elaborar um projeto de acordo com as necessidades da população alvo, e alcançando o objetivo proposto. Com a realização deste trabalho, que é também uma reflexão crítica, com suporte numa revisão da literatura, contribuiu para uma visão mais ampla do tema em estudo. Também teve como intuito, a aquisição e mobilização de competências na área da ECSP, que a mestranda deveria demonstrar no decorrer do Estágio de Intervenção, finalizando com a elaboração de um projeto de intervenção comunitária e elaboração de um Relatório de Estágio.

Durante o curso de Mestrado, foi possível desenvolver competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados especializados, de acordo com os princípios éticos e legais. Pelo que se considera, que foi demonstrado o desenvolvimento e consolidação das competências necessárias para a obtenção do título de especialista em ECSP e do grau de Mestre.

Analisando o percurso traçado, desde o delinear do projeto, à consecução de cada etapa do plano, das atividades realizadas e da partilha de conhecimentos e saberes com todos os intervenientes, foram vários os momentos de aprendizagem, constituindo-se como um contributo importante para o meu crescimento a nível pessoal e profissional.

O meu interesse pelos CI, aumentou considerável, após a realização do Estágio de Intervenção, pois devemos ter em consideração aqueles que precisam e aqueles prestam cuidados, constituindo-se como uma responsabilidade de todos, os direitos que lhes assistem e nos deveres a que estão sujeitos, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva, consciente e responsável no que respeita a um problema que é de todos (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

Salientar ainda, que não é apenas o resultado final, mas o caminho percorrido que é importante, pois sem as dificuldades, angústias, ansiedade e incertezas não teria o mesmo significado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E., Flesch, L., Cachioni, M., & Neri, A. (2018). A dupla vulnerabilidade de idosos cuidadores: Multimorbidade e sobrecarga percebida e suas associações com fragilidade. *Revista Brasileira de Gerontologia*.
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA] (2016). *Relatório de Avaliação, Contratualização em Cuidados de saúde primários- Unidades de Cuidados na comunidade*. Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia. Princípios Éticos para a investigação Médica em Seres Humanos*. Helsínquia: Associação Médica Mundial. Disponível em: [http://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia\\_2013.pdf](http://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf)
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA] (2016). *Relatório de Avaliação, Contratualização em Cuidados de saúde primários- Unidades de Cuidados na comunidade (UCC)*. Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- Bangerter, L., Liu, Y., & Zarit, S. (2019). *Longitudinal Trajectories of subjective care stressors: the role of personal, dyadic, and family resources*. *Aging & Mental Health*.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). *Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental*. *Revista de Enfermagem Referência*.
- CME. (2012). Conselho local de acção social de Évora. *Diagnóstico Social Évora 2013 | 2015*.
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo [CCDR Alentejo] (2018). *Boletim Trimestral 28*. Alentejo Hoje, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional, 10.
- Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central [CIMAC] (2017). *Referencial Estratégico para o desenvolvimento social do Alentejo central*. Relatório I- Diagnóstico Social do Alentejo Central.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing.
- Coutinho, C. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2ª Edição ed.)*. Coimbra: Almedina.

- Declaração de Jacarta (1997). *Declaração de Jakarta, 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Jacarta., República da Indonésia, 21 a 25 de julho de 1997. Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Portugal, Direção Geral da Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisão-e-Extensão-a-2020.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2015-2017*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº12427/2016).
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Dixe, M., & Querido, A. (2020). *Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga*. Revista de Enfermagem Referência, 1-8.
- Fialho, J., Saragoça, J., & Silva, C. (2017). *Diagnóstico social no terceiro setor. A radiografia das Misericórdias do distrito*. Disponível em: <http://sensores.e.se.ipp.pt/?p=10866>
- Figueiredo. (2007). *Cuidadores familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Garbaccio, J., & Tonaco, L. (2019). *Characteristics and Difficulties of Informal Caregivers in Assisting Elderly People*. Cuidado é fundamental.
- Instituto da Segurança Social. (2021). *Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados. Disponível em: [https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2015). *Dia mundial da população: Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019). *Região Alentejo em números-2017* (p.1-59). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. Disponível em: [https://www.ine.pt/ine\\_novidades/RN2017/alentejo/2/](https://www.ine.pt/ine_novidades/RN2017/alentejo/2/)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021). *Nº de residentes*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021). *Pessoa Residentes*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. Disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0)

Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (2ª edição ed.). Lisboa: Obras Avulsas.

Kalia, P., Sarita, S., & Vig, D. (2021). *An appraisal of burden of stress among family caregivers of dependent elderly*. Indian Journal of Health and Well-being, 111-115.

Kobayasi, D., Rodrigues, R., Fhon, J., Silva, L., Souza, A., & Chayamiti, E. (2019). *Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso*. Avances en Enfermería.

Laverack, G. (2022). *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Católica.

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral- Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Martins, R., & Santos, C. (2020). *Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença*. Gestão e Desenvolvimento.

Martins, T., Araújo, M., Peixoto, M., & Machado, P. (2016). *A pessoa dependente & o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Mello, J., Macq, J., Van, T., Cès, S., Spruytte, N., Audenhove, L., & Leuven, B. (2017). *The determinants of informal caregivers burden in the care of frail older persons: a dynamic and role-related perspective*. Aging Mental Health.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

Mendes, P., Figueiredo, M., Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. (2019). *Physical, emotional and social burden of elderly patients informal caregivers*. Acta Paul Enferm, 88.

Ministério da Educação e da Ciência (2018). Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de agosto. Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.ª série. nº157. P.4162-4163. Disponível em:

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Ministério da Saúde (2006). *Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de junho*. Diário da República, 1.ª série. n.º109. p. 3856-3865. Disponível em: <http://dre.pt/application/conteudo/353934>

Ministério da Saúde (2008). *Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro*. Diário da República, 1.ª série. n.º38. p. 1182-1189. Disponível em: <http://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Ministério da Saúde (2009). *Despacho n.º10143/2009 de 16 de abril*. Diário da República, 2.ª série. p. 15438-15440. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>

Ministério da Saúde (2015). *Regulamento n.º348/2015 de 19 de junho*. Diário da República, 2.ª série. nº118. p.16481-16486. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/06/118000000/1648116486.pdf>

- Moherdau, J., Fernandes, C., & Soares, K. (2019). *O que leva homens a se tornar cuidadores informais: um estudo qualitativo*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
- Nunes, A. (2017). *Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde*. Revista Kairós- Gerontologia, 49-71.
- Nunes, L., Ruivo, K., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 24-29.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º26. p.4744-4750. Disponível em: <http://dre.pt/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. Diário da república, 2.ª série, artigo 2º. p.4744-4750. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2021). *Tendências demográficas, estatísticas e dados sobre o envelhecimento*. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/demographic-trends,-statistics-and-data-on-aging>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: OMS.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6 ed ed.). Harlow: Pearson.
- PORDATA (2021). *Desempregados Inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%)*. Disponível em; <http://www.pordaata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5823323>
- PORDATA (2021). *Taxa bruta de mortalidade*. Disponível em; <http://www.pordaata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5823145>
- Presidência do Conselho de Ministros (2022). *Decreto regulamentar n.º 1/2022 de 10 janeiro*. Diário da República, 1.ª série. p.21-35. Disponível em: <http://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>
- Ramos, E., Morales, A., & Castaño, A. (2019). *Sobrecarga del cuidador del adulto mayor en el barrio tierra firme de Ibagué (Colombia)*. Salud Uninorte, 35.
- Santos, D. O. (2017). *Maus-tratos contra a Pessoa Idosa: Modelo Integrado de Policiamento de Proximidade- Realidade ou Ficção?*. (Projeto realizado no âmbito da Licenciatura em Criminologia). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto. Portugal. Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6897/1/PG\\_Daniela%20Santos.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6897/1/PG_Daniela%20Santos.pdf)

- Santos, W., Freitas, F., Sousa, V., Oliveira, A., & Santos, J. (2019). *Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes*. Revista Cuidarte.
- Sequeira, S. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Simões, A., & Sapeta, P. (2017). *Envelhecimento Individual*. Revista Kairós- Gerontologia.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS] (2019). *Sistema Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/>
- Sistema Nacional de Saúde [SNS] (2021). *UCC. BI-CSP*. Disponível em: <http://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070580/Pages/default.aspx>
- Sousa, L. (2021). *Programas de capacitação dos cuidadores informais na comunidade e a sua efetividade. Envelhecimento: Perspetivas e Desafios*. Évora.
- Sousa, L. (2021). *3º Encontro Nacional de Cuidadores Informais*. Estudo: dados preliminares sobre caracterização do Perfil de Cuidadores Informais. Évora.
- Stanhope, M., & Lencaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- UCC. (2014). *Plano Acção 2014*. Local X: UCC.
- UCC. (2020). *Manual de Acolhimento*. Local X: ACES Alentejo Central.
- Valle-Alonso, M., Hernández-López, L., & Zúniga-Vargas, M. (2014). *Sobrecarga y Burnout en Cuidadores Informales*. Enfermería Universitária.
- Vandepitte, S., Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016). *Effectives of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized an Non- Rpnandomized Controlled Trials*. Journal of Alzheimer’s Disease.

## APÊNDICES

## Apêndice 1- Mini Mental State Examination

**Mini mental**

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Pergunta	Resposta	Pontuação
Em que ano estamos?		
Em que mês estamos?		
Em que dia do mês estamos?		
Em que dia da semana estamos?		
Em que estação do ano estamos?		
Em que país estamos?		
Em que distrito vive?		
Em que terra vive?		
Em que casa estamos?		
Em que andar estamos?		

Nota: \_\_\_\_

2. **Retenção** (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Palavras	Pontuação
Pêra	
Gato	
Bola	

Nota: \_\_\_\_

3. **Atenção e cálculo** (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar”

30 \_ 27 \_ 24 \_ 21 \_ 18 \_ 15 \_

Nota: \_\_\_\_

4. **Evocação** (um ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar”

Palavras	Pontuação
Pêra	
Gato	
Bola	

Nota: \_\_\_\_

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

- a. “Como se chama isto” Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

Nota: \_\_\_\_

- b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: \_\_\_\_

- c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Ação	Pontuação
Pega com a mão direita	
Dobra ao meio	
Coloca onde deve	

Nota: \_\_\_\_

- d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

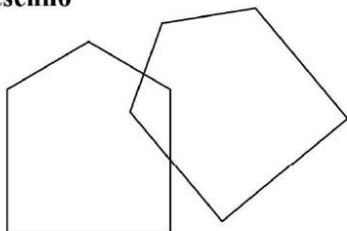
Nota: \_\_\_\_

- e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: \_\_\_\_

6. **Habilidade construtiva** (um ponto pela copia correta). Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

**Desenho**



**Cópia**

**Total:** \_\_\_\_

## Apêndice 2- Blessed Dementia Scale

**Escala de Demência de Blessed**

**A. Vida Quotidiana**

Item	Atividade	Total	Parcial	Nenhuma
1	Dificuldade em realizar tarefas domésticas (cozinhar, tratar da roupa, fazer limpezas, jardinar, etc)	1	0,5	0
2	Dificuldade em manusear pequenas quantias de dinheiro (no café, pequenas compras, conferir trocos...)	1	0,5	0
3	Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras, números de telefone)	1	0,5	0
4	Dificuldade de localizar-se dentro de casa (quer ir para a sala e entra na cozinha, fica parado a procurar a divisão da casa para onde quer ir...)	1	0,5	0
5	Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas (quer ir a uma loja e dirige-se para o lado oposto, tem dificuldade em retomar o percurso correto para casa...)	1	0,5	0
6	Dificuldade de reconhecer o meio (lar, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	1	0,5	0
7	Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...)	1	0,5	0
8	Tendência para remoer sobre o passado (fala mais de acontecimentos passados do que do presente, recorda factos da sua infância de uma maneira que não era habitual...)	1	0,5	0

**B. Mudança de Hábitos**

	Pontuação
<b>9 - Alimentação</b>	
Alimenta-se: de forma limpa, com talheres adequados	0
De forma desleixada, apenas com colher	1
De sólidos simples (sem talheres)	2
Precisa ser alimentado	3
<b>10 - Vestuário</b>	
Veste-se: sem ajuda	0
Ocasionalmente com abotoamento errado, etc.	1
Em sequência incorreta; frequentemente esquece-se de alguns itens	2
Incapaz de vestir-se	3
<b>11 – Controle dos esfínteres</b>	
Normal	0
Incontinência urinaria ocasional	1
Incontinência urinaria frequente	2
Duplamente incontinente	3

**C. Mudanças de personalidade e conduta**

Item	Característica	Presente	Ausente
12	Flexibilidade diminuída (rigidez mental, comportamento infantil: quando lhe dizem, por exemplo, que hoje tem que ir ao médico, não descansa enquanto não sai de casa e pergunta consecutivamente “então não vamos?”)	1	0
13	Egocentrismo aumentado (comportamento infantil: tem comportamentos de chamada de atenção sobre si; amealha tudo, não quer dar nada,...)	1	0
14	Diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros (diz coisas ofensivas ou que magoam os outros sem se preocupar nada com isso,...)	1	0
15	Aplanamento dos afetos (durante o dia está sempre com o mesmo humor, não mostra reação diferente perante acontecimentos tristes ou alegres,...)	1	0
16	Diminuição do controlo emocional (irritabilidade exacerbada)	1	0
17	Hilariedade em situações inapropriadas (ri, sem motivo que o justifique)	1	0
18	Embotamento das respostas emocionais (não mostra alegria se vê alguém de quem gostava,...)	1	0
19	Comportamento sexual bizarro (comportamentos sexuais diferentes do seu habitual)	1	0
20	Abandono dos interesses (“hobbies”) (deixou de fazer renda, costurar, ler, jogos,...)	1	0
21	Diminuição da iniciativa (apatia)	1	0
22	Hiperactividade (sem finalidade) - (levanta-se e senta-se frequentemente, mexe e remexe gavetas, sem justificação,...)	1	0

TOTAL: A \_\_\_\_ + B \_\_\_\_ + C \_\_\_\_ = \_\_\_\_ (Pontuação Máxima = 28)

### Apêndice 3- Escala de Solidão

**Escala de Solidão – UCLA – Pocinho e Farate (2005)**

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 – Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 – Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
4 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
5 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
6 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
7 – Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
8 – Sente-se abandonado	4	3	2	1
9 – Sente-se completamente só	4	3	2	1
10 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
11 – As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
12 – Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
13 – Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
15 – É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
16 – Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1

**SUB ESCALAS**

UCLA	Itens
UCLA-16 – Escala de Solidão-Versão Portuguesa UCLA	[UCLA <sub>1</sub> UCLA <sub>2</sub> UCLA <sub>4</sub> UCLA <sub>5</sub> UCLA <sub>7</sub> UCLA <sub>8</sub> UCLA <sub>9</sub> UCLA <sub>10</sub> UCLA <sub>11</sub> UCLA <sub>12</sub> UCLA <sub>13</sub> UCLA <sub>15</sub> UCLA <sub>16</sub> UCLA <sub>17</sub> UCLA <sub>18</sub> UCLA <sub>19</sub> ]
IsoS – Isolamento Social	[UCLA <sub>7</sub> UCLA <sub>8</sub> UCLA <sub>9</sub> UCLA <sub>10</sub> UCLA <sub>12</sub> UCLA <sub>13</sub> UCLA <sub>15</sub> UCLA <sub>16</sub> UCLA <sub>17</sub> UCLA <sub>18</sub> UCLA <sub>19</sub> ]
Afin - Afinidades	[UCLA <sub>1</sub> UCLA <sub>2</sub> UCLA <sub>4</sub> UCLA <sub>5</sub> UCLA <sub>11</sub> ]

**SCORES**

pontuação global >32 indicativa de sentimentos negativos de solidão (UCLA-16 – Escala de Solidão-Versão Portuguesa UCLA)

## Apêndice 4-Questionário de Caracterização do Cuidador

**Dados caracterização cuidador**

**Código:** \_\_\_\_\_

**Idade** \_\_\_\_

**Sexo**

1. Feminino
2. Masculino

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Altura:** \_\_\_\_\_

**Estado civil**

1. Solteiro
2. Casado/união de facto
3. Viúvo
4. Divorciado/Separado

**Escolaridade**

1. Não sabe ler nem escrever
2. Não frequentou a escola, mas sabe ler nem escrever
3. Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior. Se sim, quantos anos andou na escola? \_\_\_\_\_
4. Ensino Superior

**Patologias**

1. Neoplasias (tumores)
2. Doenças do sangue e desordens do sangue
3. Doenças do sistema nervoso
4. Doenças do sistema circulatório
5. Doenças do trato respiratório
6. Doenças do trato digestivo
7. Afecções dos tecidos capilares e subcutâneos
8. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas
9. Doenças do sistema musculoesquelético
10. Doenças do aparelho geniturinário
11. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
12. Transtornos mentais e comportamento
13. Sem qualquer patologia

**Conhece o estatuto do cuidador informal?**

1. Sim
2. Não

**Já solicitou o estatuto do cuidador informal?**

1. Sim
2. Não

**Já foi reconhecido/a como cuidador/a informal?**

1. Sim
2. Não

**Está em condições de ser reconhecido/a como cuidador/a informal?**

1. Sim
2. Não

**Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador informal?**

1. Sim
2. Não

## Apêndice 5- Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

## Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (NACI)

### DESCRIÇÃO DOS ITENS

**1 – Alimentação** – O cuidador apresenta capacidade para alimentar/hidratar a pessoa; sabe identificar as suas necessidades nutricionais, bem como os cuidados a ter (p.e. em relação à consistência dos alimentos no caso de a pessoa apresentar disfagia, ou ao evitar determinados produtos devido a restrições alimentares); reconhece situações de risco (p.e. dificuldades na deglutição); e possui conhecimentos sobre como manusear uma sonda nasogástrica (SNG) ou uma gastrostomia (PEG) ou jesjunostomia (PEJ) percutânea, caso a pessoa apresente algum destes dispositivos.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**2 - Levante/ Transferência** – O cuidador apresenta capacidade para assistir a pessoa no levantar/transferência, reconhece a sua importância e, realiza-o quando indicado, utilizando a técnica adequada e os produtos de apoio adequados.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**3 – Comunicação** – O cuidador reconhece possíveis dificuldades que a pessoa possa apresentar na comunicação (p.e. afasia, disartria, surdez), utiliza estratégias adaptativas para comunicar com a mesma (p.e. linguagem, verbal, escrita ou gestual) e/ou consegue manter uma comunicação eficaz com a pessoa cuidada.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**4 - Uso do Sanitário** – O cuidador apresenta capacidade para assistir a pessoa no uso do sanitário, identificando as suas necessidade nas funções da eliminação, utilizando dispositivos adequados e, promovendo sempre que possível a sua autonomia (deslocação ao sanitário).

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**5 – Higiene** – O cuidador consegue assistir a pessoa na realização da sua higiene pessoal, nomeadamente no que respeita ao lavar e secar todas as partes do corpo utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem adequados, bem como assiste a pessoa a cuidar das partes do corpo (unhas, genitais, couro cabeludo, cara, etc.) e utiliza os produtos de apoio necessários.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**6 – Vestuário** – O cuidador apresenta capacidade para assistir a pessoa no vestir/despir, utilizando técnicas adequadas para pôr e tirar roupa e calçado, reconhecendo as restrições de movimento que a pessoa possa apresentar e recorrendo-se de produtos de apoio e vestuário/calçado adaptado sempre que necessário.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**7 - Eliminação intestinal** – O cuidador possui conhecimentos sobre possíveis alterações no padrão de eliminação intestinal (p.e. obstipação), reconhece medidas para prevenção e controlo das mesmas (p.e. uso de laxantes, treino intestinal), utiliza procedimentos corretos para a higiene e limpeza da pele, e utiliza absorventes adequados e outro material, se necessário (p.e. fraldas, sacos de colostomia).

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**8 - Eliminação vesical** – O cuidador possui conhecimentos sobre possíveis alterações no padrão de eliminação vesical (p.e. disúria, anúria) e sobre possíveis complicações (p.e. infeções urinárias), reconhece medidas de prevenção das mesmas (p.e. hidratação, higiene e limpeza da pele), utiliza procedimentos corretos para a higiene e limpeza da pele, utiliza absorventes adequados, se necessário; e caso a pessoa possua algália, manuseia o dispositivo de forma adequada; e possui conhecimento sobre treino vesical (caso se justifique).

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**9 – Posicionamento** – O cuidador apresenta capacidade para assistir a pessoa nos posicionamentos, utilizando técnicas adequadas (incluindo a postura corporal do mesmo) e produtos de apoio adequados (p.e. almofadas, cama articulada) e, reconhecendo a importâncias dos posicionamentos para prevenir complicações resultantes da imobilidade no leito.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**10 - Marcha/ Auxiliares de Marcha** – O cuidador apresenta capacidade para assistir a pessoa na marcha e no uso de auxiliares de marcha adequados (p.e. andarilho, cadeira de rodas, tripé, canadianas, etc) e de forma adequada, reconhecendo as suas limitações de movimento e procurando prevenir possíveis complicações de uma marcha ineficaz (p.e. quedas, traumas, etc).

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**11 - Controlo da Dor** – O cuidador consegue reconhecer que a pessoa apresenta dor, identificando a sua intensidade (p.e. através das queixas da pessoa ou aplicando escala numérica) e identificando estratégias para alívio da mesma (p.e. terapêutica farmacológica, massagem ou posição de conforto).

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)

**5. Problema Completo (96-100%)**

**12 - Exercícios terapêuticos** – O cuidador apresenta capacidade para assistir a pessoa na realização de exercícios terapêuticos indicados pelo enfermeiro de reabilitação e, possui conhecimentos relativamente às técnicas que deve utilizar para a realização dos mesmos, bem como em relação aos cuidados que deve ter (p.e. condições de segurança, postura corporal correta, respeitar o limite da dor, a tolerância ao esforço e a amplitude de movimento da pessoa, bem como a intensidade, velocidade e duração indicadas para cada exercício).

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**13 - Produtos de Apoio** – O cuidador apresenta conhecimento sobre os vários produtos de apoio existentes, sobre as ajudas existentes para os poder adquirir, e apresenta conhecimento e capacidade para os utilizar de forma adequada.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**14 - Prevenção de Quedas** – O Cuidador apresenta conhecimentos sobre prevenção de quedas, implementa medidas para prevenção de quedas (p.e. uso de calçado antiderrapante), e identifica as complicações que podem advir de uma queda (p.e. fraturas, lesões corporais, etc).

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)
3. Problema Moderado (25-49%)
4. Problema Grave (50-95%)
5. Problema Completo (96-100%)

**15 - Prevenção de Úlceras por Pressão** – O cuidador reconhece possíveis alterações na pele da pessoa (p.e. zonas de pressão ou soluções de continuidade) e apresenta conhecimentos sobre a prevenção de úlceras por pressão, nomeadamente no que respeita a posicionamentos, promoção da mobilidade, hidratação da pele, utilização de produtos de apoio (p.e. colchão de pressão alternada, almofada de gel, etc.), nutrição e hidratação; apresentando também capacidade para aplicar esses conhecimentos.

1. Não há Problema (0-4%)
2. Problema Ligeiro (5-24%)

3. **Problema Moderado (25-49%)**
4. **Problema Grave (50-95%)**
5. **Problema Completo (96-100%)**

## **AVALIAÇÃO**

6. **Não há Problema (0-4%)** – Apresenta conhecimentos e competências práticas que lhe permitem satisfazer todas as necessidades da pessoa cuidada. E/ou não existe necessidade de formação nesta área.
7. **Problema Ligeiro (5-24%)** – Apresenta conhecimentos e competências práticas que lhe permitem satisfazer quase todas as necessidades da pessoa cuidada.
8. **Problema Moderado (25-49%)** - Apresenta alguns conhecimentos e competências práticas. No entanto, tem dificuldades no cuidado, não conseguindo satisfazer as necessidades da pessoa cuidada.
9. **Problema Grave (50-95%)** – Apresenta alguns conhecimentos, mas não tem quaisquer competências práticas que lhe permitam satisfazer as necessidades da pessoa cuidada.
10. **Problema Completo (96-100%)** – Não apresenta qualquer conhecimento ou competência prática.

## Apêndice 6- Escala de Sobrecarga do Cuidador

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

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

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

® Escala de sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007; 2010)

## Apêndice 7- Consentimento Informado Livre e Esclarecido ARSA, Cuidador Informal

### MESTRADO EM ENFERMAGEM

Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para realização de Projeto de Intervenção na Comunidade “*Juntos no cuidar*” - *sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo*

Exmo.(a), Sr.(a),

Eu, Marisa Isabel Martins Madeira Godinho, com a cédula profissional [REDACTED], presentemente a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, no ano letivo 2020/2021. Encontro-me a desenvolver o meu Estágio Final, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sob a orientação do Professor Edgar Manuel Duarte Canais e da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Susana Maria Pedro Saruga, com início a 17 de Maio de 2021 a Fevereiro de 2022.

Pretende-se desenvolver um diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com a metodologia em saúde, razão pela qual solicito a sua participação voluntária no preenchimento de Dados de caracterização do Cuidador, e escalas Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal e Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal com vista a obter um maior entendimento sobre o problema, identificar prioridades e fixar objetivos. Inicialmente na realização do estudo, o primeiro contacto é realizado pela Supervisora clínica, no sentido de conhecer a vontade e respetiva autorização do Cuidador Informal e utente alvo de cuidados em poder referenciar os mesmos, para investigadora principal como potenciais participantes. Este contacto tem também como objetivo, realizar a apresentação da investigadora principal e do projeto aos cuidadores informais. Caso seja no domicílio, tal será entregue pela Enfermeira Marisa Godinho, em momento oportuno de deslocação da própria equipa de saúde minimizando os eventuais custos de deslocação. Caso tal não se verifique, o utente é informado que se optar por outro local para a colheita de dados responsabiliza-se pelas despesas que daí advenham. A proposta de tema de projeto de intervenção comunitária é “*Juntos no cuidar*” - *sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo*.

Neste projeto espera-se contribuir para reduzir a sobrecarga dos Cuidadores Informais e diminuir os déficits acerca dos autocuidados a prestar ao utente alvo de cuidados do mesmo, acompanhados pela equipa de ECCI.

[Redacted]

(Marisa Godinho)

[Redacted]

Enfermeira Especialista Susana Saruga  
(Na qualidade de orientadora de Estágio)

[Redacted]



Professor Edgar Canais  
(Na qualidade de Orientador de Estágio)

Realço que serão respeitados todos os requisitos e procedimentos éticos neste projeto com o parecer da Comissão de Ética da ARSA de acordo com a Norma ng. 015/2013 atualizada a 04/11/2015.

### **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

O seu consentimento é essencial para o diagnóstico da situação de saúde do grupo e para o sucesso do projeto e a sua implementação. Contudo a sua participação é voluntária e sem custos para o próprio, não havendo qualquer consequência caso se recuse a participar.

Os dados resultantes, serão analisados de forma sempre agregada, mantendo a confidencialidade dos participantes.

O consentimento livre e esclarecido é entregue pela Enfermeira Marisa Godinho, em formato de impresso e preenchido em duplicado, uma via para a estudante e uma via para o participante. O tempo médio previsto para a aplicação das Escalas é de 15 minutos aproximadamente.

Informo também que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento que entenda necessário durante o Estágio Final, através dos seguintes contactos: Marisa Godinho-madeira.marisa@gmail.com e Enfermeira Susana Saruga- [Redacted]

Para esclarecimento em relação ao tratamento de dados, poderá entrar em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da ARS Alentejo através do e-mail [Redacted] e Encarregado da Proteção de Dados da Universidade de Évora através do e-mail [Redacted]

Caso pretenda apresentar reclamação Comissão Nacional de Proteção de Dados deverá apresentar a mesma através do e-mail [Redacted]

Com expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço antecipadamente a mesma.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações transmitidas pela(as) pessoa(as) que acima assinaram, tendo ainda tempo para refletir e esclarecer dúvidas.

Foi-me garantida a possibilidade de recusar ou anular a participação no projeto, sem consequências.

Desta forma, aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados de forma voluntária, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo, para o relatório de estágio e divulgação em eventos científicos, com garantia de confidencialidade que me foi assegurada pela estudante e orientadores.

Deste modo, estou disponível a aceitar dar o meu testemunho, no âmbito do projeto *“Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo* a ser realizado pela estudante, Marisa Isabel Martins Madeira Godinho, no âmbito do mestrado em associação, sob a orientação da Sr<sup>a</sup> Enfermeira Especialista Susana Saruga e do Professor Edgar Canais.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Apêndice 8- Consentimento Informado Livre e esclarecido ARSA, utente

### MESTRADO EM ENFERMAGEM

Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para realização de Projeto de Intervenção na Comunidade “*Juntos no cuidar*” - *sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo*

Exmo.(a), Sr.(a),

Eu, Marisa Isabel Martins Madeira Godinho, com a cédula profissional 73058, presentemente a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, no ano letivo 2020/2021. Encontro-me a desenvolver o meu Estágio Final, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sob a orientação do Professor Edgar Manuel Duarte Canais e da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Susana Maria Pedro Saruga, com início a 17 de Maio de 2021 a Fevereiro de 2022.

Pretende-se desenvolver um diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com a metodologia em saúde, razão pela qual solicito a sua participação voluntária no preenchimento das escalas, Mini Mental State Examination, Blessed Dementia Scale, Escala de solidão, com vista a obter um maior entendimento sobre o problema, identificar prioridades e fixar objetivos. A proposta de tema de projeto de intervenção comunitária é “*Juntos no cuidar*” - *sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo*.

Neste projeto espera-se contribuir para reduzir a sobrecarga dos Cuidadores Informais e diminuir os déficits acerca dos autocuidados a prestar ao utente alvo de cuidados do mesmo, acompanhados pela equipa de ECCI.

\_\_\_\_\_  
(Marisa Godinho)

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Especialista Susana Saruga  
(Na qualidade de orientadora de Estágio)

\_\_\_\_\_  
Professor Edgar Canais  
(Na qualidade de Orientador de Estágio)



Realço que serão respeitados todos os requisitos e procedimentos éticos neste projeto com o parecer da Comissão de Ética da ARSA de acordo com a Norma ng. 015/2013 atualizada a 04/11/2015.

O seu consentimento é essencial para o diagnóstico da situação de saúde do grupo e para o sucesso do projeto e a sua implementação. Contudo a sua participação é voluntária e sem custos para o próprio, não havendo qualquer consequência caso se recuse a participar.

Os dados resultantes, serão analisados de forma sempre agregada, mantendo a confidencialidade dos participantes.

O consentimento livre e esclarecido é entregue pela Enfermeira Marisa Godinho, em formato de impresso e preenchido em duplicado, uma via para a estudante e uma via para o participante. O tempo médio previsto para a aplicação das Escalas é de 20 minutos aproximadamente.

Informo também que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento que entenda necessário durante o Estágio Final, através dos seguintes contactos: Marisa Godinho-madeira.marisa@gmail.com e Enfermeira Susana Saruga- [REDACTED]

Para esclarecimento em relação ao tratamento de dados, poderá entrar em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da ARS Alentejo através do e-mail [REDACTED] e Encarregado da Proteção de Dados da Universidade de Évora através do e-mail [REDACTED]

Caso pretenda apresentar reclamação Comissão Nacional de Proteção de Dados deverá apresentar a mesma através do e-mail [REDACTED]

Com expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço antecipadamente a mesma.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações transmitidas pela(s) pessoa(as) que acima assinaram, tendo ainda tempo para refletir e esclarecer dúvidas. Foi-me garantida a possibilidade de recusar ou anular a participação no projeto, sem consequências.

Desta forma, aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados de forma voluntária, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo, para o relatório de estágio e divulgação em eventos científicos, com garantia de confidencialidade que me foi assegurada pela estudante e orientadores.

Deste modo, estou disponível a aceitar dar o meu testemunho, no âmbito do projeto “*Juntos no cuidar*” - *sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo*, a ser realizado pela estudante, Marisa Isabel Martins Madeira Godinho, no âmbito do mestrado em associação, sob a orientação da Sr<sup>a</sup> Enfermeira Especialista Susana Saruga e do Professor Edgar Canais.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Apêndice 9- Consentimento Informado Livre e esclarecido UÉ

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(a)s Sr(a)s

Uma equipa de investigadores da Universidade de Évora, em parceria com a Câmara Municipal de Évora e com o Projeto Vidas Ativas 4G da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Évora está a realizar um estudo de diagnóstico dos cuidadores informais do concelho de Évora. Os objetivos do estudo são:

- conhecer a realidade dos cuidadores informais e dos respetivos dependentes a cargo;
- identificar a rede de cuidadores informais e principais constrangimentos e necessidades de intervenção;
- produzir documento diagnóstico que identifique recomendações para possíveis ações/projetos a desenvolver no concelho de ██████████

Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos que regulamentam a pesquisa com humanos (nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos).

O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informamos ainda que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: Manuel José Lopes – 266 730 300.

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

Grato pela atenção,

*Manuel Lopes*

*Professor Coordenador com Agregação*

*Escola Superior de Enfermagem/Universidade de Évora*



(Assinatura do Investigador Coordenador)

---

(Assinatura do entrevistador)

Évora \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do estudo intitulado **“Diagnóstico dos Cuidadores Informais”**, coordenado pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

Nome do cuidador informal: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa cuidada: \_\_\_\_\_

Assinatura (quando aplicável): \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Apêndice 10- Autorização do Encarregado de Proteção de dados da UÉ

Exmo. Sr. Encarregado da Proteção de Dados da Universidade de Évora,

Chamo-me Marisa Isabel Martins Madeira Godinho e sou aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o número de aluna [REDACTED]. No âmbito dos estágios do curso citado, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora - ACES Alentejo Central, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária “*Juntos no cuidar*” - *sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI do Alentejo*, estando ao abrigo do projeto “*Diagnóstico dos Cuidadores Informais*” da Universidade de Évora. Para a elaboração do Diagnóstico de Situação, pretende-se colher dados suscetíveis de fornecer informações necessárias para a consecução do projeto, através Escalas que avaliem o utente alvo de cuidados, nomeadamente Ederly Nursing Core Set, Mini Mnetal State Examination, Blessed Dementia Scale e Escala de solidão, também pretendendo recolher dados com recurso a Escalas a aplicar aos cuidadores Informais, Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal, Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal e por último a recolha de dados para a caracterização do Cuidador. Salguardo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial, e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido, sendo que todos os dados obtidos serão apenas utilizados e divulgados no âmbito académico. Os documentos de recolha de dados dos participantes serão anónimos, não sendo registada informação que possibilite a sua identificação. A informação adquirida será estudada apenas pela investigadora, na forma de dados agregados, serão solicitados apenas os dados relevantes para o estudo em causa e não serão criadas bases de dados que possibilitem a identificação dos envolvidos. Um ano após a discussão do relatório de estágio em 2022, todos os dados recolhidos serão destruídos pela investigadora. Deste modo, e como Encarregado da Proteção de Dados da Universidade de Évora, venho por este meio solicitar-lhe colaboração no direito dos participantes à proteção dos seus dados pessoais. Saliento ainda que envio em anexo a este e-mail, os instrumentos de avaliação. Agradeço desde já pela sua atenção dispensada, ficando a aguardar a vossa resposta.

e estando ao dispor para eventual esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos,

Atenciosamente

Marisa Godinho



Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

---

### Mestrado em Enfermagem pedido de proteção de dados

---

Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

20 de outubro de 2021 às 22:33

Para: epd(  )

Boa noite,  
Sou aluna de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.  
Encontro-me a desenvolver o meu estágio na UCC (  ) estando ao abrigo do projeto "Diagnóstico dos Cuidadores Informais", da Universidade de Évora.  
Deste modo, envio em anexo a carta a solicitar o pedido de autorização de proteção de dados, bem como as escalas a utilizar e o projeto que pretendo desenvolver.

Atentamente,

Marisa Godinho



Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

---

## Mestrado em Enfermagem pedido de proteção de dados

---

epd( [REDACTED] )  
Para: Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

21 de outubro de 2021 às 09:51

Prezada Enf.<sup>a</sup> Marisa!

1 | Dou nota do presente. Partilho do seu entusiasmo e segue aplauso pela ideia e pelo [REDACTED]

2 | Anexei Uma avaliação sumária (word anexo) que em IV pressupõe os modelos de consentimento ou de explicação para a recolha (anónima: dissociação irreversível com o titular dos dados | pseudonimizada: existência de chave com explicação sobre cautelas).

Percebi pela leitura do «Estudo» que parte substancial do que inquiri está no trabalho e que já procedeu à consulta da Comissão de Ética da UEv e da ARS (e DPO?), cf. p. 77 (alerto para uma gralha em p. 75: Concelho ao invés de Conselho).

3 | Compreendo que existem dois grupos de visados com inquéritos (cuidadores e pacientes). Dois modelos então. O problema que se me coloca é se vai usar aqueles para obter os dados (o que me parece inevitável). **Em suma, preciso dos modelos sumários de consentimento e de compromisso de confidencialidade e de integridade pelas tarefas por banda dos cuidadores ou de quem vai recolher dados.** Eis o que anuncia mas não juntou.

### Quanto aos anexos:

«Dados caracterização cuidador» (qual é o interesse do estado civil?)

«Elderly Core Set» (é intrusivo, extenso, anacrónico e não é anónimo nem pseudonimizado: começa imediatamente com a identificação do n.º de utente e os dados cruzados permitem identificação. Pior, as respostas colocam em causa a avaliação dos cuidadores, podendo ser estes (?) a recolher os dados, com diminuição de credibilidade)). Precisa mesmo deste «instrumento» ou poderá 'suavizá-lo' no que é intrusivo e anacrónico face ao facto de ser anterior ao quadro legislativo da proteção de dados (Regulamento Geral de Proteção de Dados e Lei de Proteção de Dados Pessoais)?

É necessário ter em mente que a maioria dos inquéritos ponderados até 2016 não contemplavam o RGPD, com os estritos respetos pela minimização absoluta de dados, adequação aos objetivos traçados e explicitação dos mecanismos de identificação.

Contudo, se necessitar de ampliar objetivos não previstos e conexos resta possível invocar o § 50 dos considerandos do RGPD (meta consentimento), com uma justificação sumária do ‘benefício’.

Fico a aguardar, e, creia-me, à disposição para o auxílio que me for possível.

Uma vez mais, parabéns pelo esforço beneficente do que se propõe que, a meu ver, excede os requisitos de excelência para um Mestrado.

Cordialmente,

j.



Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

---

### Mestrado em Enfermagem pedido de proteção de dados

Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

21 de outubro de 2021 às 18:11

Para: epd@[REDACTED]

Boa noite,

O projeto tem o parecer da comissão de ética da ARSA (condicionado, apenas por alguns pormenores), da Universidade de Évora e foi solicitado parecer ao ACES Alentejo Central.

Em anexo envio o protocolo redigido para ARSA, penso que ajuda a melhor compreensão do mesmo.

Envio também os 2 consentimentos, para Cuidadores Informais e utentes alvo de cuidados.

Consultei a Professora Lara Pinho, para verificar se a escala em questão tem mesmo necessidade de ser aplicada.

No que se refere ao estado civil do Cuidador Informal, é importante aferir para compreender na globalidade a sobrecarga.

Atentamente,

Marisa Godinho



Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

---

### Mestrado em Enfermagem pedido de proteção de dados

epd@[REDACTED]

22 de outubro de 2021 às 10:51

Para: Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

Prezada Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Marisa Godinho!

Não pretendo deixar de dar nota do presente. Conforme ficou ajustado na exaustiva conversa telefónica de há pouco, aguardarei que me envie «mail» confirmando a materialização das retificações projetadas, com a preocupação possível da minimização dos dados pessoais a recolher e a restrição dos questionários aos que são efetivamente anónimos, sentido em que asseguro já de forma desburocratizada, a declaração de conformidade que ratificarei.

Não deixe de prosseguir com celeridade a instrução do projeto logo após.

Cordialmente,





Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

---

## Mestrado em Enfermagem pedido de proteção de dados

2 mensagens

---

Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

22 de outubro de 2021 às 18:31

Para: epd@[REDACTED]

Boa tarde Dr. João Vaz Rodrigues,  
Na sequência da nossa conferência telefónica de hoje e após ter analisado os Consentimentos informados livres e esclarecidos, que do utente e cuidador informal, fica então assente retirar o modelo mais controverso Ederly Nursing Set Core e manter, o modelo de recolha de dados dos cuidadores informais, sendo anónimo, dissociando a identificação do respondente o cuidador informal.  
Nesse sentido avanço hoje com a instrução do processo e aguardarei a sua identificação.  
Em anexo, envio o Consentimento Informado Livre e Esclarecido para o utente, em conformidade com as escalas a aplicar. Envio também, o protocolo para a comissão de Ética da ARSA retificado, retirando a escala em questão

Bem haja pelo seu trabalho.

Atentamente,

Marisa Godinho

---

epd@[REDACTED]

25 de outubro de 2021 às 09:16

Para: Marisa Madeira <madeira.marisa@gmail.com>

Prezada Mestranda, Enfermeira Marisa Madeira!

Dou nota do presente.

1 | Após ter-me inteirado de toda a extensa documentação inerente ao seu projeto de investigação, incluindo o ‘draft’ alargado do projeto de Tese (sobre a qual reitero, em termos pessoais, a minha impressão favorável).

2 | Dou por reproduzida toda a correspondência trocada no decurso da instrução do processo.

3 | Analisados os questionários, cumpridas todas as comunicações (ARS, Comissões de Ética envolvidas, etc.).

4 | Sublinho nada vislumbrar em matéria de Segurança da Informação a justificar a intervenção correspondente.

por fim,

5 | Verifico a redução e cautelas nos aspetos mais controversos suscitados pelo tratamento dos dados pessoais (cf. o seu «mail infra»),

Cumpra concluir:

A | Nenhum receio tenho relativamente ao bom curso da sua investigação em linha com as exigências da LPDP e RGPD, pelo que, **quanto à proteção de dados formulo desde já o meu parecer favorável de conformidade no que concerne a uma adequação entre os propósitos e os meios empregues (de onde sublinho a anonimização), propondo ratificar o que tiver adiantado em cumprimento de prazos..**

B | Impõe-se que dê conhecimento superior deste parecer a quem, na Universidade de Évora, cabe em última instância, acatar (expressa ou tacitamente) ou suscitar eventualmente o esclarecimento de alguma dúvida ou reticência. A saber: a nossa Magnífica Reitora, o que faço em bcc.

C | **Neste último sentido, atendendo à urgência, creio que o presente fica ratificado, caso decorram 48 horas sem notícia de obstáculo. Poderá exibir junto das entidades envolvidas, incluindo, obviamente, o orientador.**

Aceite os meus cumprimentos e votos de êxito,

Cordialmente,

João Vaz Rodrigues

## Apêndice 11- Planos de cuidados

Plano Individual de Cuidados

Utente: D101

Idade: x

Data da admissão: x

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data de início	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervinentes	Data de fim
Transferir-se	27/10/2021	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir o utente dependente	Transferir-se dependente, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instruir o prestador de cuidado para o uso de dispositivos para transferir-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para transferir</li> <li>- Treinar o prestador de cuidados a transferir</li> </ul>	Fisioterapeuta e Enfermeiro	24/11/2021
Avaliar risco de úlcera de pressão	27/10/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlceras de pressão</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento</li> </ul>	Enfermeiro	24/11/2021

Plano Individual de Cuidados

Data da admissão: x

Idade: x

Utente: D202

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
Avaliar risco de queda	05/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda		- Assistir a identificar condições de risco de queda - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas - Instruir o prestador de cuidados a prevenir queda	Enfermeiro	3/12/2021
Avaliar risco de úlcera de pressão	05/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão		- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão	Enfermeiro	3/12/2021

Risco de aspiração	5/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre risco de aspiração	Risco de aspiração, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlceras de pressão</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento</li> </ul>	Enfermeiro, terapeuta da fala	3/12/2021
Posicionar-se	5/11/2021	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para posicionar o utente dependente	Posicionar-se dependente, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de aspiração</li> <li>- Avaliar risco de aspiração</li> <li>- Elevar cabeceira da cama</li> <li>- Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração</li> <li>- Vigiar refeição</li> </ul>	Enfermeiro	3/12/2021
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir no posicionar-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para assistir no posicionar-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para posicionar-se</li> <li>- Providenciar dispositivos para posicionar-se</li> <li>- Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se</li> <li>- Treinar o prestador de cuidados a posicionar-se</li> </ul>		

Plano Individual de Cuidados

Idade: x Data da admissão: x

Utente: D303

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data	Diagnóstico Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
Transferir-se	28/10/2021	Potencial melhorar capacidade prestador de cuidados para transferir o utente dependente	Transferir-se dependente, em grau elevado	- Instruir o prestador de cuidado para o uso de dispositivos para transferir-se - Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se - Instruir o prestador de cuidados para transferir - Treinar o prestador de cuidados a transferir	Fisioterapeuta e Enfermeiro	26/10/2021
Alimentar-se	28/10/2021	Potencial melhorar capacidade prestador de cuidados alimentar-se	Alimentar-se dependente, em grau elevado	- Alimentar - Assistir no alimentar-se - Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação - Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se - Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se	Enfermeiro e terapeuta da fala	26/10/2021

Plano Individual de Cuidados

Idade: x Data da admissão: x

Utente: D404

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
Transferir-se	29/10/2021	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir o utente dependente	Transferir-se dependente, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir o prestador de cuidado para o uso de dispositivos para transferir-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para transferir</li> <li>- Treinar o prestador de cuidados a transferir</li> </ul>	Fisioterapeuta e Enfermeiro	26/11/2021
Posicionar-se	29/10/2021	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para posicionar o utente dependente	Posicionar-se dependente, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir no posicionar-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para assistir no posicionar-se</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados para posicionar-se</li> <li>- Providenciar dispositivos para posicionar-se</li> <li>- Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se</li> </ul>	Enfermeiro	26/11/2021

Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	29/10/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor		- Treinar o prestador de cuidados a posicionar-se - Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor - Monitorizar a dor - Vigiar dor	Enfermeiro	26/11/2021
---	------------	--	--	---	------------	------------

Plano Individual de Intervenção

Data da admissão: x

Idade: x

Utente: D505

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data de início	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenção	Intervenientes	Data de fim
<p>Avaliar risco de queda</p>	<p>3/11/2021</p>	<p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a identificar condições de risco de queda</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados a prevenir queda</li> </ul>	<p>Enfermeiro</p>	<p>01/12/2021</p>
<p>Andar com o auxiliar de marcha</p>	<p>3/11/2021</p>	<p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com o auxiliar de marcha</p>	<p>Andar com o auxiliar de marcha, comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento e ensinar sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</li> <li>- Instruir sobre o andar com auxiliar de marcha</li> </ul>	<p>Enfermeiro, fisioterapeuta</p>	<p>01/12/2021</p>

Transferir-se	3/11/2021	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir o utente dependente	Transferir-se dependente, em grau elevado	- Instruir o prestador de cuidado para o uso de dispositivos para transferir-se - Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se - Instruir o prestador de cuidados para transferir - Treinar o prestador de cuidados a transferir	Enfermeiro, fisioterapeuta	01/12/2021
---------------	-----------	---	---	--	----------------------------	------------

Plano Individual de Cuidados

Utente: D606  
 Cuidador Principal: x  
 Gestores de caso: x  
 Idade: x  
 Data da admissão: x

Foco de Atenção	Data	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
Avaliar risco de queda	04/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a identificar condições de risco de queda</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados a prevenir queda</li> </ul>	Enfermeiro	02/12/2021
Avaliar risco de úlcera de pressão	04/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão</li> </ul>	Enfermeiro	02/12/2021

- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão

Plano Individual de Cuidados

Utente: D707

Idade: x

Data da admissão: x

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data de início	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
Avaliar risco de queda	27/10/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a identificar condições de risco de queda</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados a prevenir queda</li> </ul>	Enfermeiro	24/11/2021
Conhecimento não demonstrado, realização de exercícios terapêuticos	27/10/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados, para incentivar a realização de exercícios terapêuticos		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar o prestador de cuidados, acerca da importância da realização de exercícios terapêuticos</li> <li>- Motivar o prestador de cuidados, para realizar com o utente dos exercícios terapêuticos</li> <li>- Incentivar a realização de exercícios terapêuticos</li> </ul>	Enfermeiro, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional	24/11/2021
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	27/10/2021	Potencial para melhorar a	Auto Cuidado: uso do	- Assistir no uso do sanitário	Enfermeiro	24/11/2021



Plano Individual de Cuidados

Data da admissão: x

Idade: x

Utente: D808

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data de início	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
Avaliar risco de queda	03/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a identificar condições de risco de queda</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados a prevenir queda</li> </ul>	Enfermeiro	01/12/2021
Andar com o auxiliar de marcha	03/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com o auxiliar de marcha	Andar com o auxiliar de marcha, comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento e ensinar sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</li> <li>- Instruir sobre o andar com auxiliar de marcha</li> </ul>	Enfermeiro, fisioterapeuta	01/12/2021

Plano Individual de Cuidados

Utente: D909

Idade: x

Data da admissão: x

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
Avaliar risco de queda	09/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a identificar condições de risco de queda</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados a prevenir queda</li> </ul>	Enfermeiro	07/12/2021
Conhecimento não demonstrado, realização de exercícios terapêuticos	09/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para incentivar a realização de exercícios terapêuticos		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar o prestador de cuidados, acerca da importância da realização de exercícios terapêuticos</li> <li>- Motivar o prestador de cuidados, para realizar com o utente dos exercícios terapêuticos</li> <li>- Incentivar a realização de exercícios terapêuticos</li> </ul>	Enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional	07/12/2021

Plano Individual de Cuidados

Utente: D11011

Idade: x

Data da admissão: x

Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data de início	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenedores	Data de fim
Avaliar comunicação	26/11/2021	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para otimizar a comunicação		- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para otimizar a comunicação - Ensinar o prestador de cuidados sobre a comunicação	Enfermeiro, terapeuta da fala	24/12/2021
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	26/11/2021	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: Uso do Sanitário	Auto Cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado	- Assistir no uso do sanitário - Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário - Instruir o prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário - Treinar o prestador de cuidados a assistir no uso do sanitário	Enfermeiro	24/12/2021

Plano Individual de Cuidados  
 Idade: x  
 Data da admissão: x

Utente: D12012  
 Cuidador Principal: x

Foco de Atenção	Data	Diagnóstico de Enfermagem	Grau de dependência	Intervenções	Intervenientes	Data de fim
<p>Avaliar risco de queda</p>	<p>23/12/2021</p>	<p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a identificar condições de risco de queda</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</li> <li>- Instruir o prestador de cuidados a prevenir queda</li> </ul>	<p>Enfermeiro</p>	<p>14/01/2022</p>

## Apêndice 12- Sessões de Educação para a saúde

5º Mestrado em Associação em Enfermagem em Associação Enfermagem de saúde Comunitária e de Saúde Pública Unidade Curricular

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
UNIVERSIDADE DE BEJA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE VISEU  
UNIVERSIDADE DE PORTO  
UNIVERSIDADE DE VILA REAL  
UNIVERSIDADE DE GUARDA  
UNIVERSIDADE DE CASTELHO DE BRANCO  
UNIVERSIDADE DE SANTARÉM  
UNIVERSIDADE DE TROFA

“Juntos no Cuidar”

**Pandemia vs Isolamento Social**

Mestranda: Marisa Godinho  
Psicóloga: Isabel Fernandes

JUNTOS NO CUIDAR  
Cuidadores Informais



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
UNIVERSIDADE DE BEJA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE VISEU  
UNIVERSIDADE DE PORTO  
UNIVERSIDADE DE VILA REAL  
UNIVERSIDADE DE GUARDA  
UNIVERSIDADE DE CASTELHO DE BRANCO  
UNIVERSIDADE DE SANTARÉM  
UNIVERSIDADE DE TROFA

5º Mestrado em Associação em Enfermagem em Associação Enfermagem de saúde Comunitária e de Saúde Pública Unidade Curricular

JUNTOS NO CUIDAR  
Cuidadores Informais

**Comunicação com a pessoa Idosa**

Mestranda: Marisa Godinho  
Psicóloga: Isabel Fernandes



5º Mestrado em Associação em Enfermagem em Associação  
Enfermagem de saúde Comunitária e de Saúde Pública Unidade Curricular

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE VISEU  
UNIVERSIDADE DE BEJA  
UNIVERSIDADE DE ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE ALentejo

“Juntos no Cuidar”

# Cuidar

Mestranda: Marisa Godinho  
Psicóloga: Isabel Fernandes



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE VISEU  
UNIVERSIDADE DE BEJA  
UNIVERSIDADE DE ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE ALentejo

5º Mestrado em Associação em Enfermagem em Associação  
Enfermagem de saúde Comunitária e de Saúde Pública Unidade Curricular

# Angústia do Cuidador



“JUNTOS NO CUIDAR”

Mestranda: Marisa Godinho  
Psicóloga: Isabel Fernandes



## Apêndice 13- Planos de Sessão

PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Pandemia vs isolamento social		<b>Oradores:</b> Marisa Godinho e Psicóloga Isabel Fernandes	
<b>Local:</b> a designar		<b>Data:</b> a designar	
<b>Duração da sessão:</b> 60 min.	<b>Destinatários:</b> Cuidadores informais		
	<b>Professor orientador:</b> Prof. Edgar Canais <b>Supervisora Clínica:</b> Susana Saruga		
<b>Objectivo Geral:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender como é vivenciada a situação pandémica e consequentemente o seu isolamento.</li> <li>Que a população no final da sessão:</li> <li>- Identifique sentimentos durante a pandemia</li> <li>- Identifique dois benefícios da utilização das novas tecnologias</li> <li>- Mencione as regras da Organização Mundial de Saúde para a prevenção da Covid19</li> </ul>		
<b>Objectivos Específicos:</b>			
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios Auxiliares</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da mestrandra</li> <li>- Apresentação do tema</li> <li>- Fundamentação da escolha do tema</li> <li>- Apresentação dos objetivos da sessão</li> </ul>	Expositiva	Data-show e Diapositivos
			Oradores
			Tempo
			15 min

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pandemia por Covid 19</li> <li>- Diretrizes emanadas pela Organização Mundial de Saúde</li> <li>- Idosos um grupo de risco- Isolamento</li> <li>- Novas tecnologias</li> <li>- Quebra Gelo</li> <li>- Expressão de Sentimentos</li> <li>-Reflecção obre o tema</li> </ul>	Expositiva	Data-show e Diapositivos	Marisa	30 min
Considerações Finais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve síntese dos conteúdos</li> <li>- Exposição de dúvidas e questões</li> <li>- Avaliação dos objetivos</li> </ul>	Expositiva/ Interrogativa	Data-show e Diapositivos	Marisa Isabel	15 min

**Referências Bibliográficas:**

- Armitage R., Nellums L. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating elderly. Lancet Public Health.
- Direção-Geral da Saúde. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO. Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2. Norma nº 004/2020 de 23/03/2020, atualizada a 31/08/2020

PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Cuidar		<b>Oradores:</b> Marisa Godinho e Psicóloga Isabel Fernandes	
<b>Local:</b> a designar		<b>Data:</b> a designar	
<b>Duração da sessão:</b> 60 min.	<b>Destinatários:</b> Cuidadores informais	<b>Professor orientador:</b> Prof. Edgar Canais <b>Supervisora Clínica:</b> Susana Saruga	
<b>Objectivo Geral:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a importância do cuidar</li> </ul>		
<b>Objectivos Específicos:</b>	<p>Que a população no final da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencione repercussões positivas associadas ao cuidar</li> <li>- Mencione repercussões negativas associadas ao cuidar</li> <li>- Identifique o que melhora a satisfação do cuidador</li> </ul>		
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios Auxiliares</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da mestrandia</li> <li>- Apresentação do tema</li> <li>- Fundamentação da escolha do tema</li> <li>- Apresentação dos objectivos da sessão</li> </ul>	Expositiva	Data-show e Diapositivos
		<b>Oradores</b>	<b>Tempo</b>
		Marisa	15 min

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é cuidar?</li> <li>- Quebra gelo</li> <li>- Principais repercussões associadas ao cuidar: Positivos</li> <li>Negativos</li> <li>- O que melhora a satisfação do cuidador?</li> <li>- Expressão de sentimentos</li> </ul>	Expositiva	Data-show e Diapositivos	Marisa	30 min
Considerações Finais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve síntese dos conteúdos</li> <li>- Exposição de dúvidas e questões</li> <li>- Avaliação dos objetivos</li> </ul>	Expositiva/ Interrogativa	Data-show e Diapositivos	Marisa Isabel	15 min

**Referências Bibliográficas:**

- Hesbeen (2000). Cuidar no Hospital- Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Lisboa: Lusodidacta.
- Sequeira (2018). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Comunicação com a pessoa idosa		<b>Oradores:</b> Marisa Godinho e Psicóloga Isabel Fernandes			
<b>Local:</b> a designar		<b>Data:</b> a designar			
<b>Duração da sessão:</b> 60 min.	<b>Destinatários:</b> Cuidadores informais	<b>Professor orientador:</b> Prof. Edgar Canais <b>Enfermeira Supervisora Clínica:</b> Susana Saruga			
<b>Objectivo Geral:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a importância de uma comunicação eficaz com a pessoa a dependente</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>	<p>Que a população no final da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifique formas de comunicar</li> <li>- Identifique dimensões específicas que dificultam a comunicação</li> <li>- Mencione estratégias para estabelecer a comunicação</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios Auxiliares</b>	<b>Oradores</b>	<b>Tempo</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da mestrandra</li> <li>- Apresentação do tema</li> <li>- Fundamentação da escolha do tema</li> <li>- Apresentação dos objectivos da sessão</li> </ul>	Expositiva	Data-show e Diapositivos	Marisa	15 min

<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quebra Gelo</li> <li>- Comunicação e envelhecimento</li> <li>- Dimensões específicas (factores biofisiológicos, psicológicos, sociológicos, culturais/espirituais)</li> <li>- Doenças particulares</li> <li>- Como estabelecer a comunicação com a pessoa idosa</li> <li>- Que estratégias deve utilizar o cuidador?</li> <li>- Expressão de sentimentos</li> </ul>	<p>Expositiva</p>	<p>Data-show e Diapositivos</p>	<p>Marisa</p>	<p>30 min</p>
<p>Considerações Finais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve síntese dos conteúdos</li> <li>- Exposição de dúvidas e questões</li> <li>- Avaliação dos objetivos</li> </ul>	<p>Expositiva/ Interrogativa</p>	<p>Data-show e Diapositivos</p>	<p>Marisa Isabel</p>	<p>15 min</p>

**Referências Bibliográficas:**

- Berger & Mailloux-Poirier (1995). Pessoas Idosas- Uma abordagem global. Lusodidacta. Lisboa

PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Angústia do Cuidador		<b>Oradores:</b> Marisa Godinho e Psicóloga Isabel Fernandes	
<b>Local:</b> a designar		<b>Data:</b> a designar	
<b>Duração da sessão:</b> 60 min.	<b>Destinatários:</b> Cuidadores informais	<b>Professor orientador:</b> Prof. Edgar Canais <b>Enfermeira Supervisora Clínica:</b> Susana Saruga	
<b>Objectivo Geral:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a angústia e sofrimento humano, tendo em conta que devem ser entendidos como elementos fundamentais do cuidar</li> </ul>		
<b>Objectivos Específicos:</b>	<p>Que a população no final da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifique as motivações dos cuidadores</li> <li>- Mencione as tarefas dos cuidadores</li> <li>- Indique os apoios aos cuidadores</li> </ul>		
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios Auxiliares</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da mestranda</li> <li>- Apresentação do tema</li> <li>- Fundamentação da escolha do tema</li> <li>- Apresentação dos objectivos da sessão</li> </ul>	Expositiva	Data-show e Diapositivos
			Oradores
			Tempo
			15 min

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil do cuidador</li> <li>- Motivações para cuidar</li> <li>- Tarefas dos cuidadores</li> <li>- Quebra Gelo</li> <li>- Apoios aos cuidadores</li> <li>- Sofrimento</li> <li>- Como cuidar o cuidador?</li> <li>- Expressão de sentimentos</li> </ul>	Expositiva	Data-show e Diapositivos	Marisa	30 min
Considerações Finais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve síntese dos conteúdos</li> <li>- Exposição de dúvidas e questões</li> <li>- Avaliação dos objetivos</li> </ul>	Expositiva/ Interrogativa	Data-show e Diapositivos	Marisa Isabel	15 min

**Referências Bibliográficas:**

- Ahmand, & Khan (2018). Caregiver distress: A comparative study. Indian Journal of Health and Well-being.
- Batista & Martins (2016). O alívio do Doente crónico como foco do cuidar. Servir.

## Apêndice 14- Caminhadas com História



## Apêndice 15- Logotipo do Projeto



## Apêndice 16- Cronograma de atividades

Atividades	Ano Mês	2021								2022			
		mai.	Jun.	Jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	
Constituição de parceria com a UE			■										
Envio de pedido de Autorização para o ACES Alentejo						■							
Envio de pedido de autorização para a Comissão de Ética da ARS Alentejo						■							
Constituição de parceria com a CM			■										
Diagnóstico da situação		■	■										
Determinação de prioridades						■	■						
Fixação de objetivos							■						
Seleção de estratégias						■	■						
Preparação operacional						■	■	■					
Apresentação de resultados e divulgação do projeto						■							
Reunião com patrocinadores			■				■	■					
Aplicação de Escalas e questionário à população-alvo						■	■						
Sessão de Educação para a Saúde: Pandemia vs Isolamento Social						■	■						
Sessão de Educação para a Saúde: Comunicação com a pessoa idosa							■						
Sessão de Educação para a Saúde: Cuidar								■					
Sessão de Educação para a Saúde: Angústia do Cuidador								■	■				
Ensinos individualizados								■	■	■			
Realização de “Caminhadas com história”									■				
Replicação de escalas à população-alvo										■			
Elaboração de um artigo científico										■			
Avaliação do Projeto						■	■	■	■	■	■		
Elaboração e entrega do relatório		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

## Apêndice 17- Cartazes de divulgação das Sessões de Educação para a saúde

# *Juntos no Cuidar: Cuidar, viver, gerir...*

Data e hora a definir

[Local a definir]

Realizar-se-á uma sessão de educação para a saúde sobre **Pandemia vs Isolamento Social** para Cuidadores Informais, com a duração de 1 hora.

Se é cuidador, e quer saber mais sobre a prestação de cuidados à pessoa dependente, compareça.

Contamos com a sua presença.



Organização:

- Aluna de Mestrado  
Marisa Godinho

- Com a colaboração  
· Enfermeira Susana Saruga  
· Psicóloga Isabel Fernandes



- Com o apoio:



# *Juntos no Cuidar: Cuidar, viver, gerir...*

Data e hora a definir

[Local a definir]

Realizar-se-á uma sessão de educação para a saúde sobre **Comunicação com a pessoa idosa** para Cuidadores Informais, com a duração de 1 hora.

Se é cuidador, e quer saber mais sobre a prestação de cuidados à pessoa dependente, compareça.

Contamos com a sua presença.



Organização:

- Aluna de Mestrado  
Marisa Godinho

- Com a colaboração

· Enfermeira Susana Saruga  
· Psicóloga Isabel Fernandes

- Com o apoio:



# *Juntos no Cuidar: Cuidar, viver, gerir...*

Data e hora a definir

[Local a definir]

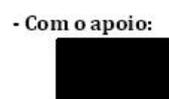
Realizar-se-á uma sessão de educação para a saúde sobre **Cuidar** para Cuidadores Informais, com a duração de 1 hora.

Se é cuidador, e quer saber mais sobre a prestação de cuidados à pessoa dependente, compareça.

Contamos com a sua presença.



Organização:  
- Aluna de Mestrado  
Marisa Godinho  
  
- Com a colaboração  
· Enfermeira Susana Saruga  
· Psicóloga Isabel Fernandes



# *Juntos no Cuidar: Cuidar, viver, gerir...*

Data e hora a definir

[Local a definir]

Realizar-se-á uma sessão de educação para a saúde sobre **Angustia do Cuidador** para Cuidadores Informais, com a duração de 1 hora.

Se é cuidador, e quer saber mais sobre a prestação de cuidados à pessoa dependente, compareça.

Contamos com a sua presença.



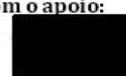
Organização:

- Aluna de Mestrado  
Marisa Godinho

- Com a colaboração

· Enfermeira Susana Saruga  
· Psicóloga Isabel Fernandes

- Com o apoio:



## Apêndice 18- Convites

## Juntos no Cuidar

No âmbito do projeto de intervenção comunitária “**Juntos no Cuidar- Sobrecarga de cuidadores informais em utentes dependentes em ECCI no Alentejo**”, desenvolvido pela Enf<sup>a</sup> Mestranda Marisa Godinho sob a orientação da Enf<sup>a</sup> Susana Saruga, a decorrer na UCC [REDACTED] de setembro 2021 a janeiro de 2022, venho por este meio convidar Vossa Excelência a participar no Atelier Expressão de Sentimentos, cujo tema é **Pandemia vs Isolamento Social**.

**Formadores:** Enf<sup>a</sup>. Marisa Godinho e Psicóloga Isabel Fernandes.

**Local:** a determinar

**Data:** a determinar

## Atelier Expressão de Sentimentos



## Juntos no Cuidar

No âmbito do projeto de intervenção comunitária “**Juntos no Cuidar- Sobrecarga de cuidadores informais em utentes dependentes em ECCI no Alentejo**”, desenvolvido pela Enf<sup>a</sup> Mestranda Marisa Godinho sob a orientação da Enf<sup>a</sup> Susana Saruga, a decorrer na UCC [REDACTED] de setembro 2021 a janeiro de 2022, venho por este meio convidar Vossa Excelência a participar no Atelier Expressão de Sentimentos, cujo tema é **Comunicação com a pessoa idosa**.

**Formadores:** Enf<sup>a</sup>. Marisa Godinho e Psicóloga Isabel Fernandes.

**Local:** a determinar

**Data:** a determinar

## Atelier Expressão de Sentimentos





Apêndice 19- Resumo da Revisão Integrativa da Literatura intitulado “Capacitar o Cuidador Informal no decorrer da prestação de cuidados no domicílio”, elaborado pela mestranda

## RESUMO

Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa e do Mundo, em que as pessoas idosas, apresentam elevada carga de doença e dependência. Necessitando de apoio de um Cuidador Informal, sendo na sua globalidade familiares, que não estão preparados para prestarem este tipo de cuidados. O Cuidador Informal confronta-se com a realidade do desempenho do papel, sendo um processo complexo que acarreta mudanças no quotidiano e na saúde do mesmo, que pode originar sobrecarga e exaustão.

**Objetivos:** Diminuir a sobrecarga do Cuidador Informal e capacitá-lo para prestar cuidados adequados ao utente dependente, que são admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de uma Unidade de Cuidados na Comunidade no Alentejo Central.

**Métodos:** Metodologia do Planeamento em Saúde. Foram aplicadas 11 escalas e questionários de caracterização do Cuidador Informal e analisados com recurso ao Software Microsoft Excel. Todos os procedimentos, estão de acordo com a componente ético-legal da pesquisa com seres humanos.

**Resultados:** Os Cuidadores Informais apresentam sobrecarga intensa 27,3% e sobrecarga ligeira 54,5%, mas também foram encontrados Cuidadores sem sobrecarga 18,2%. As principais necessidades de aprendizagem dos Cuidadores Informais são primeiramente a prevenção de quedas, e igualmente o levante/transferências e prevenção de úlceras por pressão.

**Conclusão:** Verifica-se que os Cuidadores Informais têm sobrecarga elevada e necessitam dos profissionais de saúde, nomeadamente por apresentarem deficits de conhecimento e competências práticas que lhe permita satisfazer as necessidades do utente dependente.

**Descritores:** Cuidador; Sobrecarga do cuidador; Utente dependente.

## Apêndice 20- Protocolo com a CM

A Câmara Municipal de Évora é o órgão autárquico do concelho de Évora e compete-lhe promover o desenvolvimento do município em todas as áreas da vida, como a saúde, a educação, a ação social e habitação, o ambiente e saneamento básico, o ordenamento do território e urbanismo, os transportes e comunicações, o abastecimento público, o desporto e cultura, a defesa do consumidor e a proteção civil.

A cidade de Évora situada na planície alentejana, na confluência de três importantes bacias hidrográficas – Tejo, Sado e Guadiana, e ponto de cruzamento milenar de vias e rotas comerciais da península, esta adquiriu, desde a Antiguidade, uma importância política e social para todas as civilizações que marcaram o atual território português, tendo como polo urbano a riqueza de dois mil anos de história.

Da presença romana persiste um sistema viário e uma malha urbana ainda verificáveis no registo atual e a antiga urbe deixou-nos a monumentalidade do Templo de Diana. Da ocupação muçulmana crescida à sombra das muralhas tardo-romanas subsiste o traçado tortuoso de alguns arruamentos da parte antiga do casco histórico. Na Idade Média Évora obteve uma posição de realce no Reino Português e cresceu até aos limites da Cerca Nova, a segunda cinta de muralhas, existindo do mesmo período o início da construção da Sé Catedral, monumento que integrou o primeiro estaleiro do gótico português. A instituição da Universidade em 1556 fortaleceu a dimensão cultural da cidade e traduziu-se numa produção artística, arquitetónica e paisagística cosmopolita ainda hoje patente em conventos palácios renascentistas, maneiristas e barrocos que legitimam a classificação do Centro Histórico como Património da Humanidade desde 1986.

**Âmbito da parceria:** Desenvolvimento de Projeto de Investigação/ Intervenção no âmbito da Promoção da saúde dos Cuidadores Informais numa UCC do Alentejo Central.

**Duração da Parceria:** outubro de 2021 até ao final de 2022

**Destinatários:** Cuidadores Informais da UCC a quem a ECCI presta cuidados

**Objetivos:**

- Capacitar os Cuidadores Informais, de utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC de Évora, até ao final de 2022.
- Diminuir a sobrecarga dos CI dos utentes dependentes que são alvo de cuidados pela ECCI da UCC de Évora, até janeiro de 2022.
- Dinamizar intervenções promotoras de adoção de hábitos saudáveis de exercício físico, por parte dos Cuidadores Informais.

### **Deveres da CME**

- Desenvolver caminhadas, com diversos percursos históricos, com os Cuidadores Informais.
- Disponibilizar Historiador para a realização das caminhadas.
- Recomendar intervenções que considere adequadas e Promotoras de Saúde.

### **Deveres da UCC de Évora**

- Executar as intervenções planeadas.
- Elaborar plano de Intervenção para a promoção de hábitos saudáveis de exercício físico, por parte dos Cuidadores Informais, para diminuir a sobrecarga dos mesmos.
- Apresentar os resultados obtidos aos intervenientes.
- Concretizar o projeto, garantindo a participação de todos os intervenientes.

### **Disposições finais**

Os Deveres de cada Instituição constituem os Direitos de outra.

A rescisão da respetiva parceria, deverá ser comunicada com 90 dias de antecedência ao parceiro, por escrito, para que o outro possa criar alternativas, de forma a não causar transtorno aos destinatários.

### **Disposições finais**

---

(Assinatura e Carimbo do 1º Outorgante)

---

(Assinatura e Carimbo do 2º

Anexos

Anexo 1- Parecer favorável da Comissão de Ética da ARSA, para a realização do projeto de intervenção comunitária

04.11.2021  
Processo 33/CE/2021  
Parecer 17/CE/2021  
Informação 28/INFCE/2021 – satisfação das condições

Handwritten: *Handwritten*  
*5-11-2021*



ENT/ARSA/10931

5 NOV. 2021

Paula Ribeiro Marques  
Vogal do Conselho Directivo



### Informação 28/INFCE/2021

Sobre o estudo *Juntos no cuidar – sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI do Alentejo*

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CE) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início, em 14.10.2021 ao **Processo 33/2021/CE**, sobre o projeto “*Juntos no cuidar – sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI do Alentejo*, de Marisa Isabel Martins Madeira Godinho, aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, no âmbito do estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Susana Maria Pedro Saruga e do Professor Edgar Manuel Duarte Canais. Este projeto encontra-se integrado no projeto da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, denominado, “*Diagnóstico dos Cuidadores Informais*”, cujos investigadores são Professor Doutor Manuel Lopes, César Fonseca, Lara Pinho e Luís Sousa, tendo sido aceite a integrar como investigadora Foi emitido o Parecer 17/CE/2021 favorável condicionado ao ponto **B.3. a B.4.** à autorização para realização deste estudo, em 15.10.2021. Esta Comissão de Ética recebeu informação/documentos relativos aos pontos:.....

**B.3.** *Esta Comissão de Ética considera necessário, que seja enviada à mesma, antes do início da colheita de dados : i) a pronúncia da Diretora Executiva do ACeS Alentejo Central em relação a este projeto e não ao projeto “Diagnóstico dos Cuidadores Informais”, uma vez que este último não deu entrada nesta Comissão de Ética, e pela informação recebida até hoje por esta Comissão, abrange uma parceria entre a Câmara de Évora, o Projeto Vidas Ativas 4G da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Évora e a Universidade de Évora (Investigadores Manuel Lopes, César Fonseca, Lara Pinho e Luís Sousa); ii) a solicitação pela investigadora principal de parecer ao EPD da Universidade de Évora relativamente ao Projeto sobre o qual este Parecer versa.....*

1/2

Processo 33/2021/CE – Informação 28/INFCE/2021



**B.4.** Esta Comissão de Ética considera importante recomendar a menção na parte explicativa do modelo de consentimento Informado, Livre e Esclarecido: i) à possibilidade de o participante poder escolher o local onde lhe será entregue o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (domicílio ou na Unidade de Saúde/UCC/outro). Caso seja no domicílio, tal será entregue pela Enfermeira Marisa Godinho, em momento oportuno de deslocação da própria equipa de saúde minimizando os eventuais custos de deslocação. Caso tal não se verifique, o utente é informado que se optar por outro local para a colheita de dados responsabiliza-se pelas despesas que daí advenham; ii) a menção de que o primeiro contacto com o utente será realizado pela Enf.<sup>a</sup> Susana Saruga no sentido de conhecer a vontade e autorização do utente em o poder referenciar para a investigadora principal como potencial participante.....

Perante o exposto, esta CE considera que estão satisfeitas todas as condições, deixando o Parecer de estar condicionado e deliberando por unanimidade emitir a **Informação 28/INFCE/2021**. .....

Aprovado em reunião do dia 04 de novembro de 2021, por unanimidade.

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

(Susana Teixeira)