

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

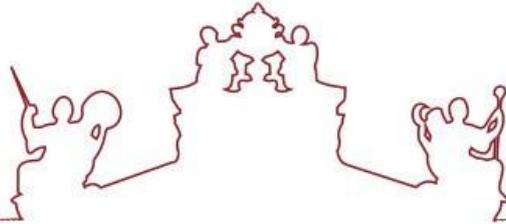
Relatório de Estágio

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

Cidália Maria Manços Guerreiro

Orientador(es) / Laurência Gemito

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

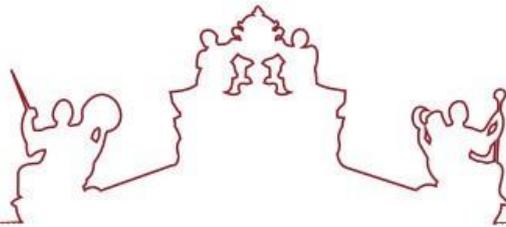
Relatório de Estágio

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

Cidália Maria Manços Guerreiro

Orientador(es) / Laurência Gemito

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 / Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais / Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de saúde) (Arguente)
Laurência Gemitto (Universidade de Évora) (Orientador)

“O cuidado é o fundamento da existência na medida em que a mantém e a revela.”

Bernard Honoré



AGRADECIMENTOS

Porque todos foram importantes, agradeço...

À Professora Doutora Laurência Gemitto, pela orientação, disponibilidade e incentivo demonstrados ao longo de todo o caminho percorrido até aqui.

À Enfermeira Coordenadora e orientadora clínica EM, pelo apoio, disponibilidade, sabedoria e oportunidade de aprendizagem e reflexão manifestados durante os estágios.

À equipa multidisciplinar da UCC, pelo acolhimento, colaboração e disponibilidade demonstrados, ajudaram muito.

Às colegas de grupo do mestrado, pelo apoio, partilha de experiências e sobretudo pela amizade e momentos que vamos para sempre recordar, especialmente à colega que partilhou comigo o local de estágio.

Às famílias que nos acolheram e se disponibilizaram para participar no projeto.

A todos os parceiros e intervenientes pelo interesse, disponibilidade e colaboração, tornando possível a realização deste projeto.

À minha instituição, USF e colegas de equipa, pelas condições proporcionadas para a frequência deste mestrado.

À minha família, em especial ao meu marido e à minha filha, pelo apoio, paciência e compreensão pelo tempo que não estivemos juntos.

Muito... muito obrigada



“Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”

RESUMO

Introdução: A população mundial está a envelhecer. Os idosos em situação de dependência e fragilidade necessitam de cuidados e atenção, essencialmente daqueles que lhe são próximos, nomeadamente um familiar mais chegado que assume o papel de cuidador informal.

Objetivo: Contribuir para a promoção do autocuidado dos cuidadores informais de idosos com dependência, numa das freguesias da área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade do Alentejo Central.

Metodologia: Utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde. Inquérito por questionário (WHOQOL-Bref.) e Escala de avaliação da sobrecarga do cuidador (Zarit).

Resultados: Conclui-se após a análise dos dados que as necessidades mais identificadas são relativas ao défice de autocuidado, nomeadamente nas atividades básicas de sono e repouso, lazer e gestão emocional.

Conclusão: No final da implementação do projeto, foram atingidos os objetivos e ficou demonstrada a importância da educação para a saúde como estratégia fundamental para aumentar a literacia em saúde dos cuidadores informais, promovendo o seu autocuidado e contribuindo para uma maior qualidade de vida.

Palavras-Chave: Cuidador informal; Promoção do autocuidado; Enfermagem em Saúde Comunitária



“Promotion of self-care for the Informal Caregiver”

ABSTRAT

Introduction: The world’s population is aging. The elderly in a situation of dependence and frailty needs care and attention essentially from those close to them, in particular a close relative who assumes the role of informal caregiver.

Objective: To contribute to the promotion of self-care for the informal caregivers of elderly with dependence, in one of the parishes of the area covered by a Community Care Unit in the Central Alentejo.

Methodology: The planning methodology in health was used. Questionnaire survey (WHOQOL-Bref.) and Caregiver burden assessment scale (Zarit).

Results: After analyzing the data, it is concluded that the most identified needs are related to the self-care deficit, namely in the basic activities of sleep and rest, leisure and emotional management.

Conclusion: At the end of the implementation of the project, the objectives were achieved and the importance of health education was demonstrated as a fundamental strategy to increase the health literacy of informal caregivers, promoting their self-care and contributing to a higher quality of life.

Keywords: Informal caregiver; Promotion of self-care; Community Health Nursing



ABREVIATURAS

p. - Página

pp. - Páginas

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES AC- Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central

ADA - Associação de Desenvolvimento e Ação Social e Defesa do Ambiente

ADR- C – Área Dedicada ao Covid na Comunidade

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - American Psychological Association

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

AVD – Atividades de Vida Diária

CE – Comissão de Ética

CES – Comissão de Ética em Saúde

CILE – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CLDS - Contrato Local de Desenvolvimento Social

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ERA – Equipa Regional de Apoio e Equipamento

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

MS – Ministério da Saúde

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde



RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio ao Domicílio

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SWOT – Strengths; Weaknesses; Opportunities; Threats

UC – Unidade Curricular

UE – Universidade de Évora

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

WBS – *Work Breakdown Structure*

WHOQOL-Bref – *World Health Organization Quality of Live*



ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	17
1.1. Envelhecimento.....	17
1.1.1. Envelhecimento e o contexto familiar e social.....	19
1.1.2. Dependência e necessidade de cuidados.....	22
1.2. Cuidadores Informais.....	24
1.2.1. O cuidador informal e a pessoa cuidada.....	25
1.2.2. A sobrecarga do cuidador informal.....	28
1.2.3. A qualidade de vida do cuidador informal.....	30
1.2.4. O autocuidado do cuidador informal.....	31
1.3. Prevenção da sobrecarga do cuidador Informal.....	33
1.3.1. Políticas de saúde relacionadas com o cuidador informal.....	34
2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	37
2.1. Caraterização do Concelho.....	37
2.2. Caraterização do Contexto Clínico.....	40
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	45
3.1. Diagnóstico da Situação de Saúde.....	46
3.1.1. Instrumentos de recolha de dados.....	47
3.1.2. Considerações éticas.....	50
3.1.3. Análise dos Resultados.....	52
3.2. Determinação de Prioridades.....	66
3.3. Fixação de Objetivos.....	67

3.4. Seleção de Estratégias.....	70
3.5. Preparação Operacional do Projeto.....	72
3.5.1. Previsão de Recursos.....	76
3.5.2. Comunicação e divulgação do projeto.....	78
3.6. Planeamento da Monitorização/Avaliação.....	78
3.6.1. Seguimento/ <i>Follow Up</i> do projeto.....	84
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA....	85
4.1. Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.....	85
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.....	88
4.3. Competências do Grau de Mestre.....	91
4. CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS.....	CIII
Anexo 1 – Escala de Barthel.....	CIV
Anexo 2 – Escala de Zarit.....	CVI
Anexo 3 - Questionário Abreviado da Qualidade de Vida- WHOQOL- Bref.....	CIX
Anexo 4 – Parecer da Diretora Executiva do ACES Alentejo Central.....	CXIV
Anexo 5 – Parecer da Equipa Coordenadora Regional da RNCCI.....	CXVI
Anexo 6 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Alentejo.....	CXVIII
Anexo 7 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXXI
Anexo 8 – Autorização para utilização do Questionário Abreviado da Qualidade de Vida- WHOQOL- Bref.....	CXXIII

APÊNDICES	CXXV
Apêndice 1 - Instrumento de caracterização sociodemográfica.....	CXXVI
Apêndice 2 - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE).....	CXXX
Apêndice 3 - Work Breakdown Structure (WBS).....	CXXXV
Apêndice 4 – Cartaz e apresentação do projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”.....	CXXXVII
Apêndice 5 – Resumo do artigo científico.....	CXLII
Apêndice 6 – Questionário de avaliação SWOT do projeto.....	CXLV
Apêndice 7 – “Diário do Cuidador”.....	CXLVIII
Apêndice 8 – Convite ao cuidador para as sessões de educação para a saúde.....	CXLX
Apêndice 9 – Guia orientador para o autocuidado.....	CLIII
Apêndice 10 – Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre Higiene do Sono.....	CLVIII
Apêndice 11 – Questionário de avaliação das sessões de educação para a saúde.....	CLXVIII
Apêndice 12 - Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre Gestão de Emoções.....	CLXX
Apêndice 13 – Planeamento da atividade - Caminhada.....	CLXXIX
Apêndice 14 – Atividade do Dia Mundial do Cuidador Informal.....	CLXXXIV
Apêndice 15 – Atividade do Dia Mundial da Diabetes.....	CXCII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide etária da população residente no concelho.....	39
Figura 2 – Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES Alentejo Central.....	41
Figura 3 – Metodologia do Planeamento em Saúde.....	46
Figura 4 - Estrutura do WHOQOL-Bref: domínios e facetas.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – <i>Distribuição das idades dos cuidadores informais</i>	53
Gráfico 2 – <i>Níveis de dependência dos idosos</i>	56
Gráfico 3 – <i>Avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais</i>	62
Gráfico 4 – <i>Resultado dos domínios do questionário WHOQOL-Bref</i>	64
Gráfico 5 – <i>Resumo dos resultados obtidos no questionário WHOQOL-Bref</i>	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Dados demográficos do concelho</i>	38
Tabela 2 – <i>Evolução do Índice de Envelhecimento do concelho</i>	39
Tabela 3 – <i>Anos de dependência do idoso</i>	54
Tabela 4 – <i>Avaliação da sobrecarga do cuidador informal</i>	57
Tabela 5 – <i>Perceção da sobrecarga pelo cuidador informal</i>	57
Tabela 6 – <i>Implicação do cuidar na saúde do cuidador informal</i>	58
Tabela 7 - <i>Resumo das respostas da Escala de Zarit</i>	60

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – <i>Atividades Básicas de Vida Diária</i>	27
Quadro 2 – <i>Atividades Instrumentais de Vida Diária</i>	27
Quadro 3 – <i>Sinais de sobrecarga do Cuidador Informal</i>	29
Quadro 4 – <i>Dimensões contratualizadas e Programas assistenciais da UCC</i>	43
Quadro 5 – <i>Fixação de objetivos e metas</i>	69
Quadro 6 – <i>Cronograma de atividades</i>	73
Quadro 7 – <i>Atividades desenvolvidas</i>	74
Quadro 8 – <i>Cálculo de Custos</i>	77
Quadro 9 – <i>Análise SWOT do projeto</i>	79
Quadro 10 – <i>Avaliação dos indicadores de resultado</i>	83

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do V Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foi desenvolvido este documento – Relatório de Estágio, integrado no 2º ano, 1º semestre, que relata o projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o estágio realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC), no período compreendido entre 13 setembro de 2021 e 21 de janeiro de 2022. A elaboração do presente relatório, discussão pública e aprovação visam a obtenção do grau de mestre em enfermagem, após a aprovação prévia das Unidades Curriculares (UC) incluídas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado.

Fundamentar a aquisição e o desenvolvimento de aprendizagens, é o objetivo geral da elaboração deste relatório, tornando-se premente demonstrar os conhecimentos, aptidões e competências adquiridas para a obtenção do grau de mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Como objetivos específicos apontamos o refletir sobre a prática clínica; fundamentar a ação baseada na evidência científica e descrever a implementação de um projeto de intervenção comunitária ancorado na metodologia do planeamento em saúde. É também objetivo deste documento refletir criticamente sobre as competências adquiridas ao longo do percurso académico, quer as de mestre, quer as de especialista, comuns e específicas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A população mundial está a envelhecer, assistindo-se a um crescimento do número e da proporção de pessoas idosas. O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade (Organização das Nações Unidas [ONU], 2015). Portugal, segue esta tendência mundial enfrentando um envelhecimento progressivo da sua população, com inevitáveis consequências quer a nível socioeconómico, quer a nível da saúde e qualidade de vida. Nesta sequência, o Alentejo é a região mais envelhecida do país, registando Índices de

Envelhecimento na ordem de 218 idosos por cada 100 jovens (PORDATA, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde, “este contexto demográfico [...] tem reflexos no estado da nossa saúde, com destaque para o aumento significativo de doenças crônicas e para um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma complexidade de cuidados inquestionável” (MS, 2018, p.7).

Para Canhestro (2018), o envelhecimento e a consciência de uma vida mais longa colocam desafios aos sistemas de saúde e à sociedade em geral, bem como aos indivíduos, famílias e comunidades, envolvendo um maior investimento individual e coletivo para que uma maior longevidade implique mais saúde e melhor qualidade de vida.

Os idosos quando dependentes, frágeis ou vulneráveis, necessitam de cuidados e atenção essencialmente daqueles que lhe são próximos, nomeadamente um familiar mais chegado que assume o papel de cuidador informal. O cuidador informal é a figura mais próxima do destinatário de cuidados e que cada vez mais é imprescindível para dar continuidade à prestação de cuidados, passando a realizar tarefas com a orientação e capacitação dos profissionais de saúde. O papel de cuidador geralmente é assumido pelo familiar mais próximo, normalmente o cônjuge ou uma filha, predominando o género feminino neste papel (Sequeira, 2018). O Estatuto do Cuidador Informal, legislado em setembro de 2019, considera:

Cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, artigo 2.º, p. 9)

Na opinião de Teixeira et al. (2017, p. 10), “os cuidadores informais são todos os cidadãos que tomaram sobre si o dever de cuidado de outra pessoa”. Analisando na perspetiva do envolvimento com a pessoa cuidada o cuidador é, então, coparticipante, visto que esta tem de ser encarada como ativa nesta parceria (Tavares, 2019). Este autor esclarece que, cuidar é um processo inter-relacional e contextual que requer envolvimento pessoal, social, moral e

espiritual do cuidador e comprometimento para com o próprio e para com os outros (Tavares, 2019). Cuidar de familiares tem sido caracterizada como uma experiência complexa e multidimensional, que poderá predispor ao stress ou sobrecarga (Figueiredo, 2019). O termo sobrecarga do cuidador tem sido muito estudado ultimamente e refere-se sobretudo aos efeitos negativos que o cuidar de outra pessoa pode exercer no próprio cuidador. O desempenho deste papel, assume-se de enorme responsabilidade, pois a contínua exposição a esforços físicos, psicológicos e sociais, conduz à exaustão, que poderá ter consequências tanto a nível da saúde física, como da saúde mental do cuidador.

Perante o exposto anteriormente, pareceu pertinente implementar um projeto de intervenção comunitária, denominado “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”, assente na metodologia do planeamento em saúde. O objetivo principal deste projeto foi: Contribuir para a promoção do autocuidado dos cuidadores informais de idosos com dependência, numa das freguesias da área de abrangência de uma UCC do ACES Alentejo Central até janeiro de 2022. Os objetivos específicos definidos foram: Elaborar um guia orientador para o autocuidado destinado aos cuidadores informais e contribuir para a capacitação dos cuidadores informais de idosos dependentes para o autocuidado.

O planeamento em saúde pode ser considerado um processo de intervenção sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes, partindo de um diagnóstico de situação, em que são identificadas as necessidades de intervenção (Imperatori & Geraldes, 1993). O planeamento em saúde é um processo com várias fases: diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional e avaliação. Melo (2020), salienta que, o planeamento em saúde deve ser considerado na enfermagem como um processo de tomada de decisão, estando no ADN da decisão clínica em enfermagem e constitui um dos alicerces do processo de enfermagem.

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: organização do texto em capítulos, secções e subsecções, respeitando a orientação da UC Relatório. Este inicia-se com a introdução, apresentando-se de seguida o enquadramento concetual, no qual são abordados as principais dimensões e conceitos sobre a temática. Os conceitos centrais foram o envelhecimento, o contexto familiar, os cuidadores informais de idosos dependentes e as políticas de apoio aos mesmos. Foi abordada também a temática da qualidade de vida e o

autocuidado do cuidador informal. No segundo capítulo é apresentada a análise do contexto onde decorreu o estágio, incluindo a caracterização do concelho e também da unidade de saúde. O terceiro capítulo faz referência à metodologia utilizada, sendo descritas as fases do planeamento em saúde, que vão desde a primeira fase, ou seja, o diagnóstico da situação de saúde, terminando na avaliação do projeto. De seguida é realizada uma reflexão crítica sobre as competências mobilizadas e adquiridas. Salienta-se a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública como uma ação fundamental na prevenção da sobrecarga e na promoção do autocuidado do cuidador informal, contribuindo para melhorar a sua qualidade de vida. Termina-se com uma síntese final reforçando os aspetos mais relevantes e as referências bibliográficas. Anexam-se ainda os documentos elaborados pela própria mestranda e outros considerados importantes para a compreensão do leitor.

Este trabalho encontra-se redigido segundo a Norma da American Psychological Association [APA] – 7ª edição e segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

No presente capítulo, pretende-se fazer uma revisão sobre os principais conceitos da problemática e a sua importância para o desenvolvimento do projeto. Fortin (1999, p. 39), alega que “conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo”. Para esta autora, a fase concetual, é uma fase crucial, pois permite a delimitação do problema, conduzindo ao enunciado do objetivo.

1.1. Envelhecimento

Tomando a figura do cuidador informal de idosos como eixo principal da temática em estudo, é importante entender como ocorre o processo de envelhecimento. O envelhecimento tem implicações, quer a nível individual, quer a nível populacional e seguramente irá influenciar o grau de dependência dos mais idosos. O conceito de envelhecimento foi sofrendo alterações e modificações ao longo dos tempos, progredindo de acordo com as disposições dos indivíduos, crenças pessoais, a sua cultura, conhecimentos e relações sociais estabelecidas.

O processo de envelhecimento implica a existência de modificações a nível fisiológico. Berger e Poirier (1995), referem que estas alterações podem ser estruturais ou funcionais.

A nível estrutural verificam-se alterações a nível das células e tecidos, da composição global do corpo e peso corporal, dos músculos, ossos e articulações, da pele e tecidos subcutâneos e dos tegumentos. Nas alterações funcionais, observa-se uma deterioração dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, reprodutor, imunitário, ritmos biológicos e sono. (Berger & Poirier, 1995, p.127)

Todas estas alterações conduzem a uma maior predisposição das pessoas idosas, a doenças agudas e crónicas, tal como à diminuição de competências funcionais, o que a leva a necessitarem de ajuda na realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD). Gemitó (2011, p. 15), ressalva que o “envelhecimento, enquanto processo individual, é contínuo, progressivo e universal, no entanto, não é homogéneo pois, o mesmo é diferenciado de indivíduo para indivíduo, consequência da ação de inúmeros fatores, entre os quais, os biológicos, psicológicos, sociais, familiares, profissionais e económicos”. Muitas vezes classificamos o envelhecimento como um estado a que chamamos terceira idade, mas o envelhecimento não é um estado e sim um processo de degradação progressiva e diferencial (Cancela, 2008). A velocidade e gravidade do envelhecimento dependem do nível em que este se situa (biológico, psicológico ou sociológico) e varia de indivíduo para indivíduo. Assim, segundo a mesma autora (2008, p. 2) citando Fontaine (2000), podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas, existindo a:

Idade biológica - ligada ao envelhecimento orgânico.

Idade social - refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade.

Idade psicológica – relacionada com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, inclui a inteligência, a memória e motivação. (Cancela, 2008, p. 2)

Estas idades podem ser muito diferentes da idade cronológica e estão enquadradas no envelhecimento individual, que diz respeito ao aumento da esperança de vida ou longevidade com conseqüente perda da capacidade funcional (Canhestro, 2018). Assim, para esta autora, pode definir-se o envelhecimento individual como “um conjunto de processos que ocorrem ao longo da vida, produzindo alterações ao nível fisiológico, psicológico e social que afetam a autonomia e a saúde dos indivíduos sendo influenciado por determinantes biológicos, ambientais e comportamentais” (Canhestro, 2018, p. 11).

Segundo Costa e Nunes (2020, p.65), o envelhecimento é “um fenómeno natural e transversal a todo o ser humano”, atingindo todo o ser humano e modificando a sua relação com

o tempo, com o mundo e com a sua própria história. Estes autores defendem que é um processo natural, gradual e universal que acontece independentemente da nossa vontade. O envelhecimento faz parte do nosso ciclo vital, constitui a sua última fase, fase esta que se caracteriza por múltiplas transformações no organismo humano, existindo uma maior fragilidade, vulnerabilidade e sensibilidade. Também o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, destaca que “o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível” (Direção geral da saúde [DGS], 2006, p. 5). Esta será uma visão positiva do envelhecimento, o resultado de chegar a idades mais avançadas, podendo ser visto como um privilégio, um acumular de experiências de vida e sabedoria.

No Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), vem mencionado:

No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. (OMS, 2015, p. 12)

Em concordância com o apontamento anterior, Pinto et al (2019, p.39), alegam que o envelhecimento é definido como “um processo intrínseco, no qual há uma progressiva deterioração da função fisiológica, um aumento da vulnerabilidade à lesão e uma probabilidade aumentada de morte”. Para os autores citados anteriormente é errado pensar que se fica idoso de uma forma repentina aos 60 ou aos 65 anos de idade, que é a idade cronológica que define quando se é considerado idoso.

1.1.1. Envelhecimento e o contexto familiar e social

Os idosos, sofrem alterações substanciais ao nível dos papéis a desempenhar, no seio

familiar, laboral e ocupacional, existindo uma diminuição progressiva, de acordo com a idade (Sequeira, 2018).

Existem dois tipos diferentes de apoio aos idosos dependentes, o apoio formal, prestado essencialmente pelas instituições de saúde e serviços sociais, podendo ser públicos ou privados e o apoio informal, prestado principalmente pelos familiares, amigos ou vizinhos. De acordo com o anteriormente mencionado, Berger & Poirier (1995) dizem-nos que: a rede de suporte pode ser formal ou informal e são diferentes das redes sociais, pois visam a ajuda concreta às pessoas idosas. A rede formal é composta por organismos governamentais, enquanto a rede informal ou natural de ajuda é constituída pelo companheiro, parentes, filhos, amigos e vizinhos.

A família é a principal origem de cuidadores informais. É no seio desta que frequentemente surge o cuidador que assume a responsabilidade de cuidar do seu familiar dependente. À medida que vão enfrentando a doença e a condição do seu familiar, transformam-se eles próprios em prestadores de cuidados. Sequeira (2018), refere que tradicionalmente eram as famílias que assumiam os cuidados às pessoas dependentes, assumindo a função de “apoio informal”. Esta ideia também é sustentada por Figueiredo (2012), ao destacar que a família pode ser considerada como provedor de cuidados de saúde, pois assume cada vez mais uma maior importância na prestação de cuidados aos idosos.

A família é uma instituição social consagrada e hoje aceite, que ao longo dos tempos tem sofrido transformações na adaptação à dinâmica social (Augusto & al., 2002). Segundo Clarke (1987), citado por Augusto et al. (2002, p.39), “a família é considerada como a força de maior suporte em qualquer ambiente em que o individuo se encontra.” A família tem como objetivo proporcionar o bem-estar dos seus elementos. Normalmente, a família é o nosso principal apoio na vida, desde o nascimento até ao final dos nossos dias, depositamos nela toda a nossa confiança. Podemos afirmar que é o nosso porto de abrigo.

Também o MS (2017, p.12), no documento Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável menciona, citando a OMS que “a carga da doença e a redução do bem-estar afetam a pessoa idosa e também as suas famílias, os sistemas de saúde, social e a economia.”

As pessoas idosas com problemas de saúde, têm as suas limitações funcionais comprometidas de forma gradual necessitando de ajuda para viverem o máximo tempo possível no seu meio natural e familiar. É neste sentido que a família faz toda a diferença, para manter a pessoa em casa e evitar a institucionalização. Gemito (2011, p. 85-86) também corrobora esta afirmação, quando refere que “parece que a rede familiar, é a primeira a quem se recorre para resolver necessidades e problemas”, e também que a família continua a ter “um papel crucial nos cuidados quotidianos aos seus membros, local privilegiado de solidariedade, acolhimento, de troca afectiva e material”. Já Figueiredo (2012, p. 2), refere que “a família enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa”. Poderemos, assim, entender a família como um sistema social, com funções específicas ao longo do ciclo vital, podendo ter um maior potencial para intervir nas necessidades identificadas nos seus elementos, nomeadamente em termos de satisfação das atividades de vida diária.

Perante o atrás descrito a família parece ser a alternativa de suporte informal mais evidente e é sem dúvida o principal prestador de cuidados informais; a rede de vizinhança tem alguma visibilidade, mas sobretudo em meios rurais, somente em situações extremas se recorre às redes formais de apoio ao idoso, como sendo a solução mais viável, mas não como primeira escolha (Gemito, 2011).

Abordando seguidamente a rede de apoio formal aos idosos em situação de dependência, podemos verificar que em Portugal as respostas sociais destinadas às pessoas idosas, mais representativas são: a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos (SAD). Estas estruturas visam a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência do idoso e de este se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição. Podem-se ainda destacar em termos de respostas formais para cuidados aos idosos, o Centro de Convívio, o Centro de Noite e o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [MTSSS], 2019). O relatório da Carta Social deste Ministério (2019, p. 43), refere ainda que:

As principais respostas dirigidas à população idosa registaram um desenvolvimento

acentuado (89%) desde 1998, traduzindo um aumento superior a 3 400 novas respostas. As respostas SAD e ERPI foram as que, neste domínio, mais cresceram no período 1998-2018 (108 % e 105 %, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta. (MTSSS,2019, p.43)

Em resumo, poderemos salientar que o apoio familiar, o suporte social e o apoio formal/informal ao nível da assistência, são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade. Sequeira (2018, p.43) diz-nos que “é um dever da sociedade em geral e das organizações em particular contribuir para a dignidade do idoso e para que a velhice seja vivida com bem-estar”.

1.1.2. Dependência e necessidade de cuidados

O aumento da longevidade em Portugal é um facto extraordinário e prende-se com o avanço científico e tecnológico ao nível dos cuidados de saúde, no entanto, em contrapartida, aumenta a vulnerabilidade e a dependência dos idosos. A qualidade de vida dos anos ganhos em termos de maior longevidade, precisa ser ainda melhorada. Segundo nos diz Costa e Nunes (2020, p. 67) “este melhoramento está diretamente sujeito ao empenho de cada indivíduo, como agente principal da sua própria saúde, na participação e segurança, e da sociedade como um todo, de modo a garantir oportunidades à medida que os indivíduos ficam mais velhos.”

Os idosos podem apresentar um conjunto de problemas que muitas vezes se misturam e não apresentam uma única especificidade, podem não ser precisos, muitas vezes denominados suscetibilidades ou fragilidades. A saúde das pessoas é um processo e não um estado fixo, a pessoa começa a envelhecer desde o dia em que nasce.

De uma maneira geral, a dependência pode traduzir-se na necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária, para se relacionar e ajustar com o meio (Figueiredo, 2007). Resulta do aparecimento de um défice no funcionamento do corpo em consequência de um acidente ou doença (Sequeira, 2018). Este défice terá efeitos na atividade da pessoa, assim, o mesmo autor percebe a dependência como “a incapacidade do indivíduo para alcançar um

nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades” (Sequeira, 2018, p. 4).

No art. 3º, alínea h do Decreto de Lei nº101 de 2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), podemos ainda definir 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 ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária. (DL nº101/2006, p.3857)

Lopes (2021, p. 218), refere que “o foco na dependência foi talvez a mais importante alteração paradigmática introduzida na organização dos cuidados de saúde e sociais, desde que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi criado”. Este autor menciona ainda que, este modelo de cuidados necessita de formação e tempo, para que as equipas adotem uma cultura focada na dependência e nos ganhos de funcionalidade. Também Tavares et al (2019), destacam que os cuidados centrados na funcionalidade são uma das estratégias promotoras da independência e são os cuidadores de idosos os principais responsáveis por desenvolver e implementar esta estratégia. Os autores justificam que a adoção desta estratégia leva a que o cuidador faça com a pessoa e não faça por esta, assim defendem que os objetivos primordiais dos cuidadores são a promoção da autonomia e da qualidade de vida da pessoa cuidada. Na maioria das vezes e, sob pressão do tempo, os cuidadores tendem a substituir a pessoa cuidada na atividade que o mesmo faria se para tal tivesse estimulação e disponibilidade por parte do cuidador. Deste modo, perpetua-se o ciclo negativo da dependência e para que este seja cortado, o cuidador deve cuidar com a pessoa (Tavares et al., 2019).

O ato de cuidar pode assumir inúmeras facetas, desde a ocupação ou preocupação com o outro, opção de vida ou obrigação social, podendo conter sentimentos positivos ou negativos ou apenas desejo de cuidar, próprio do indivíduo, relacionado com a sua própria identidade. Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação (Collière, 1999). O cuidado é o

fundamento da existência na medida em que a mantém e a desenvolve, caracterizando todo o agir no percurso da vida, como a sobrevivência do próprio indivíduo e do grupo (Honoré, 2004).

“O cuidado é a ação de cuidar; por extensão, o cuidador é aquele que cuida. Na definição da palavra fica patente que cuidar de alguém implica atenção, dedicação e esmero” (Tavares, 2019, p.17). Cuidar de pessoas idosas, tal como já referido, envolve o ser da própria pessoa cuidadora, a sua capacidade de demonstrar afeto, disponibilidade e dar melhor contributo na relação cuidador-idoso. Para cuidar é necessário compreender a pessoa no seu todo, os seus gestos, as suas falas, a sua dor e limitação. Ao perceber isto, o cuidador tem as condições necessárias para prestar cuidados de forma individualizada, tendo em consideração as necessidades e potencialidades das pessoas (Gonçalves, 2018). As necessidades de cuidado implicam, por vezes, esforço físico, mental, psicológico e económico. Cuidar de um idoso doente e dependente de forma eficiente implica uma reorganização entre o cuidador o idoso e a família no sentido de encontrar alternativas capazes de potenciar as habilidades e os recursos pessoais existentes (Sequeira, 2018).

1.2. Cuidadores Informais

Geralmente a prestação de cuidados aos idosos dependentes pode ser apresentada de duas formas, uma relacionada com os cuidados formais ou profissionais e a outra com os cuidados informais ou também muitas vezes chamados familiares. Relativamente ao cuidado formal, a prestação de cuidados é executada por equipas multiprofissionais, com qualificação académica e auferindo remuneração para o efeito. Quanto ao cuidado informal, este é geralmente assumido pelo familiar mais próximo, normalmente o cônjuge ou uma filha, predominando o género feminino neste papel (Sequeira, 2018; Costa & Nunes, 2020).

Também para Figueiredo (2019, p. 331), “o apoio prestado às pessoas idosas em situação de dependência permanece “escondido” sob a forma de cuidado informal, tipicamente não remunerado, e maioritariamente assumido por familiares e/ou amigos/vizinhos”.

Estimava-se que em Portugal havia cerca de 827 mil cuidadores informais, 8% da

população, dados avançados pela *Eurocarers*, em 2017, segundo Soeiro et al. (2020). Estes autores, mencionam que a Comissão Europeia vai um pouco mais longe nos números e situa a percentagem de cuidadores informais em 13% da população total, mais de 1 milhão de pessoas (Soeiro et al., 2020). No entanto, um estudo do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, apresentado no Encontro Nacional de Cuidadores a 5/11/2020 por Florbela Borges, concluiu que já existem cerca 1.4 milhões de cuidadores informais, em Portugal, e que a maioria dos portugueses (97,5%) defendem que deveria haver mais apoios do Estado para estes cuidadores. O estudo relacionou este aumento à pandemia por Covid-19 e à falta de respostas sociais.

1.2.1 O Cuidador informal e a pessoa cuidada

A tradição de ajuda entre pais e filhos está na base da conceção da figura do cuidador informal, assenta na ajuda natural e na permanência das pessoas idosas no seu domicílio, no seu meio ambiente e rodeadas dos seus familiares e amigos. O papel do cuidador familiar ou informal do idoso, assume assim vital importância, pois a responsabilidade dos cuidados recai sobre ele.

Em Portugal, os cuidados informais prestados aos idosos, em meio domiciliário, são maioritariamente realizados por familiares, vizinhos, amigos e voluntários. Este indivíduo prestador de cuidados, denominado de cuidador informal é, normalmente, um familiar, muitas vezes do sexo feminino, não remunerado e sem qualquer formação na nobre área do cuidar. (Costa & Nunes, 2020, p. 68)

No parecer de Figueiredo (2007), o cuidador informal é a pessoa que presta cuidados de forma permanente, sem qualquer tipo de pagamento, a familiares ou amigos que necessitam de ajuda ou auxílio devido a algum tipo de dependência transitória ou definitiva. Na generalidade podemos dizer que o cuidador informal, caracteriza-se por ser aquele que (Tavares, 2019, p. 28):

- É voluntário e não remunerado;
- Mantém afetividade na relação;

- Desempenha um cuidado permanente e não esporádico;
- Ajuda a pessoa idosa a permanecer no espaço habitacional e social;
- Evita ou retarda a institucionalização;
- Reduz a necessidade de recursos formais;
- Constitui a rede de apoio mais importante e valorizada pela pessoa idosa.

À pessoa mais próxima do idoso dependente, que assume a responsabilidade de cuidar e supervisionar o cuidado, chamamos cuidador principal. Muitas vezes, este cuidador tem ajuda, suporte ou colaboração de outros familiares, amigos ou vizinhos, sendo estes os cuidadores secundários (Tavares, 2019). O cuidador informal durante a prestação dos cuidados assume várias funções de vigilância, promoção e incentivo, entre elas (Sequeira, 2018, p. 188):

- Vigiar a saúde do idoso e estabelecer um elo de ligação com os serviços de saúde;
- Criar um ambiente seguro (interior e exterior) adaptando-o para prevenção de acidentes;
- Promover a autonomia e independência do idoso, supervisionando o idoso;
- Incentivar e ajudar o idoso na realização das atividades;
- Promover um ambiente confortável para que o idoso consiga descansar;
- Promover a participação e envolvimento familiar, a comunicação e socialização;
- Promover a manutenção e/ou estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião;
- Apoiar e/ou substituir ao nível da realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), como a higiene, mobilidade, alimentação, uso do dinheiro, cozinhar e fazer compras;
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso.

Do ponto de vista de Tavares (2019), o cuidador deve centrar-se na capacidade funcional da pessoa idosa, isto é, na capacidade de esta realizar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e do que a rodeia de forma independente e que normalmente, inclui dois tipos de atividades: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (Quadro 1), e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Quadro 2).

Quadro 1

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

Atividades de autocuidado, essenciais à sobrevivência no dia a dia.	
Atividade	Algumas das tarefas
Higiene pessoal	- Auxiliar no banho - Realizar higiene oral - Higiene perianal, etc.
Vestir	- Vestir e calçar a pessoa.
Alimentação e nutrição	- Assegurar uma correta alimentação e hidratação, etc.
Controlo da eliminação (urinária e fecal)	- Promover a continência, auxiliando a pessoa a ir à casa de banho ou a utilizar produtos de apoio; - Evitar o uso de fralda; - Vigiar o volume urinário.
Deslocar-se dentro de casa	- Ajudar nas mobilizações; - Gerir transferências.

Fonte: Tavares (2019, p. 30)

Quadro 2

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Atividades necessárias a sustentar uma vida independente na comunidade. Englobam tarefas mais complexas inerentes à participação social da pessoa.	
Atividade	Algumas das tarefas
Sair de casa	- Ajudar nas deslocações; - Acompanhar à farmácia, a serviços de saúde, etc.
Atividades em casa	- Realizar a limpeza da casa; - Cozinhar, cuidar da roupa; - Fazer compras.
Questões administrativas	- Tratar de documentação.
Administração de dinheiro e/ou bens	- Proteger bens; - Gerir contas bancárias adequadamente; - Realizar pagamentos.
Toma da medicação	- Administrar corretamente a medicação; - Controlar horários da medicação.

Fonte: Tavares (2019, p.31)

O papel dos cuidadores é deveras fundamental a nível da promoção da saúde e bem-estar da pessoa que cuidam, em particular a nível do autocuidado e das atividades instrumentais de vida diária, proporcionando apoio emocional e bem-estar, assegurando ainda a promoção da autonomia e a manutenção da sua qualidade de vida e da dignidade humana. (Teixeira et al., 2017, p.10)

De acordo com o anteriormente referido também Costa e Nunes (2020), apontam o cuidador como responsável pela promoção da autonomia e independência do idoso e por um ambiente seguro. Este deve supervisionar a atividade do idoso, promover a comunicação e a socialização, incentivando as atividades recreativas e de lazer.

1.2.2 Sobrecarga do cuidador informal

O cuidar de pessoas idosas, qualquer que seja o seu grau de dependência, traz quase sempre consequências para o cuidador, que podem ser positivas ou negativas. Uma das principais consequências negativas que pode surgir é a sobrecarga do cuidador, resultante das mudanças que a vida do cuidador sofre ao assumir o cuidado de um idoso dependente. “O termo sobrecarga do cuidador (“caregiver burden”) tem sido um dos conceitos-chave mais estudados no campo da gerontologia” (Figueiredo 2019, p. 333).

A sobrecarga é um conceito que se refere a desgaste por cansaço, traduzindo a exposição do cuidador a fatores de *stress* significativos e num espaço de tempo relativamente curto (Sequeira, 2018). Mas, o mesmo autor argumenta que, se os fatores de *stress* forem pouco significativos, mas associados a uma exposição prolongada, podem originar também sobrecarga para quem cuida.

Estudos acerca das problemáticas dos cuidadores informais, referem que a sobrecarga apresenta dois níveis: a carga objetiva e a subjetiva. A carga objetiva relaciona-se com aspetos práticos e físicos, enquanto a carga subjetiva visa a perceção que o cuidador tem dos cuidados, nomeadamente as suas emoções e sentimentos (Sequeira,2018). A sobrecarga encontra-se

assim relacionada com “a diminuição da qualidade de vida do cuidador e com o aumento da morbidade, tanto do cuidador, como do idoso” (Sequeira, 2018, p. 300). A sobrecarga tem sido definida como “o conjunto de dificuldades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e financeiras experienciadas pelos cuidadores familiares (ou informais) que resultam do cuidado prestado a uma pessoa idosa dependente” (Figueiredo, 2019, p. 333).

Apesar do ato de cuidar implicar uma sobrecarga física e emocional, muitos cuidadores podem desenvolver sentimentos de “satisfação, gratificação, reconhecimento social, maior união familiar, maior atividade física e desenvolvimento de empatia” (Tavares, 2019, p.32). Para este autor, estes são aspetos positivos do papel de cuidador que devem ser valorizados. Contudo, o cuidador não deve deixar de estar alerta aos sinais de sobrecarga, que segundo Tavares (2019), incluem três dimensões, a física, psíquica ou emocional e a social (Quadro 3).

Quadro 3

Sinais de sobrecarga do cuidador

Físicos	Psíquicos/ emocionais	Sociais
Cansaço, falta de apetite; Alterações do sono; Dores musculares, palpitações; Desleixo no aspeto físico; Aumento do consumo de medicação para a depressão e ansiedade; Estar doente com mais frequência	Tristeza, sentimentos de culpa; Baixa satisfação com a vida; Diminuição da autoestima; Irritabilidade, mudanças de humor; Dificuldade em concentra-se; Perda de memória.	Rutura de relações com familiares ou amigos; Desinteresse por atividades que anteriormente realizava; Solidão e sentimentos de isolamento; Diminuição da produtividade; Aumento das despesas.

Fonte: Tavares (2019, p.32)

Geralmente, é a família que assume o papel de prestadora de cuidados, criando as

condições necessárias para proporcionar dignidade, bem-estar e qualidade de vida ao seu familiar dependente. Assim, o cuidador informal assume a missão de assegurar conforto, felicidade e amor. Esta tarefa, é, contudo, muito exigente e desgastante podendo conduzir a impactos negativos quer na prestação dos cuidados, quer no próprio cuidador principal, afetando também todos os elementos que fazem parte do núcleo familiar (Costa & Nunes, 2020). Muitos familiares sentem-se bastante assoberbados com a experiência de cuidar e acabam por não ter tempo para si próprios, sentem que têm de aprender a prestar os melhores cuidados de saúde e a adaptarem-se à situação de dependência do seu familiar superando as dificuldades e integrando a prestação de cuidados como parte do seu quotidiano. Esta atitude pode traduzir-se em patologias do foro físico e psicológico (Costa & Nunes, 2020).

Em síntese, podemos dizer que o papel de cuidador pode trazer repercussões na vida e na saúde dos cuidadores informais. Estes, devido ao tempo e à dedicação à pessoa cuidada, passam a viver em função desta e das suas necessidades. Com efeito, este facto pode levar à existência de problemas familiares, laborais, isolamento do cuidador, aumentando a sua ansiedade e sintomas depressivos. Assim torna-se imperioso contrariar este ciclo, estimulando os cuidadores a cuidarem de si próprios, para estarem aptos física e emocionalmente a prestarem os melhores cuidados ao seu familiar.

1.2.3. A Qualidade de vida do cuidador informal

A qualidade de vida é muitas vezes entendida como o que há de melhor, como a excelência, a perfeição e o maior grau de satisfação com a vida. No entanto, tem de ser perspectivada de modo contínuo, permitindo uma linha em permanente evolução. Assim, a qualidade de vida, como tudo o que é essencial, é uma noção vaga e que varia no tempo, no espaço e segundo o ponto de vista de cada pessoa.

Para a OMS, nomeadamente para o Grupo de Trabalho para a Qualidade de Vida (WHO, 1996), o conceito de Qualidade de Vida define-se como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este mesmo grupo refere ainda tratar-se de um conceito extenso e complexo que engloba a saúde física, o estado

psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características dominantes do ambiente.

“A qualidade de vida e o bem-estar psicológico incluem dimensões como a satisfação pessoal, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada pessoa” (Sequeira, 2018, p.22).

A percepção da qualidade de vida dos cuidadores é frequentemente descrita como menor, comparativamente com a população em geral (Fonseca et al., 2021). Está associada a um maior risco de pobreza, isolamento, problemas de saúde físicos e mentais e dificuldades relativas ao mercado de trabalho, segundo os mesmos autores. Todos estes fatores podem comprometer a continuidade dos cuidados prestados, o papel do cuidador e também a qualidade de vida da pessoa cuidada.

Segundo referem Pereira e Carvalho (2012), que citam Zarit, Reever & Bach-Peterson (1983), as limitações da capacidade funcional do idoso comprometem a sua qualidade de vida e a do cuidador, pois estes passam por situações de grande sobrecarga física, psicológica e emocional, com escassos apoios quer sociais e/ou familiares. As mesmas autoras relatam ainda que os cuidadores apresentam, com muita frequência, cansaço físico e a percepção de que a sua saúde, no global, decaiu desde que a prestação de cuidados do idoso dependente foi assumida, citando Imaginário (2003) e Salgueiro (2008).

Alguns dos aspetos mais importantes, para uma melhor percepção da qualidade de vida por parte dos cuidadores são o suporte familiar, a informação e educação por parte dos profissionais de saúde, para desenvolver estratégias para a resolução de problemas e para a diminuição da ansiedade e de sentimentos negativos.

1.2.4. O autocuidado do cuidador informal

O autocuidado assume-se como um requisito fundamental para preservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cuidadores informais. Estes, com o apoio e orientação/educação, dirigidos às suas necessidades, ficariam munidos de ferramentas e habilidades, para cuidarem

de si próprios. Assim, evidenciou-se adequado ancorar o projeto de “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal” na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985. No contexto específico deste projeto de intervenção comunitária, estará focado nos cuidados que o cuidador deve ter consigo próprio, com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a sua qualidade de vida.

Orem rotulou a sua Teoria do Défice de Autocuidado, como uma teoria geral, composta por três teorias relacionadas, a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica como as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm que ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

O autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, em seu benefício próprio e com a intenção de preservar a vida e o funcionamento saudável, dando continuidade ao bem-estar pessoal (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com esta teórica de enfermagem, o autocuidado é algo que pode ser aprendido e executado continuamente, em conformidade com as necessidades dos indivíduos, pois todos os seres humanos têm potencial para desenvolver as suas capacidades para o autocuidado. A Teoria de Orem foi amplamente desenvolvida e usada em muitos trabalhos de investigação, em diversas práticas clínicas e várias especialidades de enfermagem.

Na Teoria de Orem são identificados vários tipos de requisitos para o autocuidado, desde os universais, comuns a todos os seres vivos ao longo do ciclo vital, aos requisitos de desenvolvimento humano, correspondentes a processos afetivos/cognitivos em cada etapa de desenvolvimento até aos requisitos de desvio de saúde, que se constituem no processo de saúde/doença (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo esta Teoria, Orem, identificou cinco métodos de ajuda a serem usados pelos enfermeiros nas pessoas dependentes, que são: Agir ou fazer para a pessoa; guiar e orientá-la; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao

desenvolvimento pessoal e ensinar. O enfermeiro orienta, instrui e colabora com pessoa no ensino e aprendizagem na promoção do autocuidado, no sentido de promover satisfação das necessidades de autocuidado, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, de acordo com os autores supracitados, a Teoria de Orem possibilita à pessoa, à família e à comunidade terem a iniciativa e assumirem responsabilidades, e ainda empenharem-se ativamente no seu processo de adaptação/reabilitação, com vista à saúde e ao bem-estar. A pessoa assume-se como responsável pelo seu autocuidado. Quando a pessoa não é capaz de o fazer, cabe ao enfermeiro compensar o défice de autocuidado bem como ensinar/capacitar uma terceira pessoa para satisfazer essas necessidades.

Lopes e Arco (2019, p.121), numa revisão integrativa da literatura sobre intervenções para a prevenção da sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade, investigando como poderia ser melhorado o papel dos enfermeiros, mobilizando a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem chegaram à conclusão que “ as intervenções de enfermagem sustentadas na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem, particularmente no sistema de enfermagem educacional, evidenciam melhorias na saúde e no bem-estar dos cuidadores informais, reduzindo a sobrecarga subjetiva”.

Perante o descrito é de salientar a importância da aplicabilidade desta teoria no projeto desenvolvido, que contribuiu para o sucesso das intervenções e atividades planeadas com o objetivo de proporcionar o bem-estar dos cuidadores informais de pessoas idosas com dependência, sendo estas também beneficiadas. Apoiar no autocuidado implicou aumentar a capacidade, a confiança e a autoeficácia dos cuidadores informais.

1.3. Prevenção da Sobrecarga do Cuidador Informal

No século passado, em meados da década de noventa, Portugal assistiu a uma mudança da visão das políticas sociais, caracterizada pela transferência progressiva da responsabilidade do Estado em termos de proteção social para os indivíduos, famílias e sociedade em geral (Bento, 2020). Assistimos, assim, a uma necessidade política de criação de condições para que as famílias, nomeadamente os cuidadores informais, tenham apoio e condições para cuidarem

dos idosos dependentes, em contexto domiciliário, evitando a institucionalização e demais custos associados.

1.3.1. Políticas de saúde relacionadas com o cuidador informal

A implementação de políticas orientadas para os cuidadores informais e de medidas de suporte para a prestação de cuidados no domicílio trará vantagens para todos os intervenientes no processo de cuidados.

Foi implementado um movimento em benefício dos cuidadores informais, através do Projeto de Resolução nº 310/XIII/1ª e pela Assembleia da República, que através da Resolução nº 129/2016 do Diário da República nº136 de 18 de julho, recomendaram ao Governo a criação do Estatuto do Cuidador Informal.

A lei de bases da saúde aprovada pela Assembleia da República a 4 de setembro de 2019, contempla na sua Base 3, os cuidadores informais, explicitando no seu primeiro ponto que “a lei deve promover o reconhecimento do importante papel do cuidador informal, a sua responsabilização e capacitação para a prestação, com qualidade e segurança, dos cuidados básicos regulares e não especializados que realizam” (DR nº169/2019, p.57). Seguidamente também estabelece, no ponto 2:

o estatuto dos cuidadores informais de pessoas em situação de doença crónica, deficiência, dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidados, os seus direitos e deveres e medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. (DR nº169/2019, p.57)

No mesmo ano, foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal (ECI), pela Lei N.º 100/2019 de 6 de setembro, que regula os direitos e deveres do cuidador, da pessoa cuidada e estabelece as medidas de apoio a ambos. O ECI explicita, entre outras medidas, um subsídio de apoio aos cuidadores, o descanso a que têm direito e medidas específicas relativamente à sua carreira contributiva. Este Estatuto foi aplicado por via de projetos-piloto com a duração de um

ano e recentemente após a sua avaliação, foi publicado o Decreto Regulamentar nº1/2022 de 10 de janeiro que veio alargar a todo o território de Portugal a implementação do ECI. Para Bento (2020), o ECI contribuiu para uma maior humanização dos cuidados às pessoas idosas, apesar de abranger também outras idades.

Segundo este Estatuto (Lei N.º 100/2019 de 6 de setembro de 2019, p. 9), “o Cuidador Informal é sempre o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada.” Estabelece também dois tipos de cuidador informal. Um é o principal, que se refere ao cuidador que vive e cuida permanentemente da pessoa cuidada e não é remunerado pelo seu trabalho. Outro é o não principal, em que o cuidador cuida e assiste a pessoa cuidada de forma regular podendo ou não ser remunerado pelos cuidados que presta (Lei N.º 100/2019 de 6 de setembro).

Relativamente à pessoa cuidada o ECI define-a no seu artigo 3.º, como:

A pessoa titular de complemento por dependência de 2.º grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoa, ou titular de complemento por dependência de 1.º grau, desde que se encontre, transitoriamente, acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, mediante avaliação específica do sistema de verificação de incapacidades permanentes, da segurança social. (Lei N.º 100/2019 de 6 de setembro, p. 9)

Uma das medidas de apoio previstas para os cuidadores informais está relacionada com os profissionais de saúde, considerados de referência para prestar apoio e mobilizar recursos. Cabe também ao profissional de saúde no “contexto da equipa de saúde familiar, aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada” (Instituto da Segurança Social, 2020, p.7). O Plano de Intervenção Específico (PIE) “contém as estratégias de acompanhamento, aconselhamento, capacitação e formação que o cuidador deve prosseguir no sentido de suprir ou minimizar as necessidades decorrentes da situação da pessoa cuidada” (Instituto da Segurança Social, 2020, p. 7).

No dia a dia, procuramos promover o envelhecimento ativo e a participação numa

sociedade que se quer inclusiva. Assim, como referem Pasqualotti et al. (2015, p. 205) “é importante que as instituições, os profissionais e os cidadãos idosos, participem na construção de políticas que se orientem para as necessidades das pessoas numa linha de intervenção interdisciplinar e multisserviços.”

Segundo Figueiredo (2019, p. 334),

a crescente evidência de que a família não é apenas afetada pela exigência dos cuidados, mas também influencia o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa que os recebe, tem levado várias entidades internacionais de referência – como a OCDE, ou a Organização Mundial de Saúde a recomendar o desenvolvimento de respostas de apoio adequadas que atendam às dificuldades dos cuidadores informais, incluindo:

- avaliação das suas necessidades e preocupações;
- oportunidades de descanso;
- aconselhamento centrado na resolução prática de problemas e apoio social;
- apoio financeiro;
- informação e educação acerca da doença;
- atenção à saúde física e emocional do cuidador.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Este capítulo pretende analisar e caracterizar o Concelho e a Unidade de Cuidados onde decorreu o estágio e foi implementado o projeto de intervenção comunitária. Esta caracterização é importante, pois possibilita uma melhor compreensão do presente relatório. No entanto, por razões éticas e de proteção de dados, não será identificado nem o Concelho, nem a Unidade de Cuidados.

O Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio Final, foram desenvolvidos numa UCC do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC).

O Alentejo é a maior região de Portugal apresentando uma área de 31.551 Km², correspondendo a 33 % de Portugal continental e apresenta segundo os últimos dados do INE (provisórios) 704.707 mil habitantes, correspondendo a 341.500 pessoas do género masculino e 363.207 pessoas do género feminino. Ao Alentejo Central corresponde uma área de 7.393 Km² e apresenta uma população de 152.511 habitantes, sendo 73.229 pessoas do género masculino e 79.282 pessoas do género feminino (INE, 2022).

2.1 Caracterização do Concelho

O concelho onde foi implementado o referido projeto fica situado no coração do Alentejo com grande interesse histórico, pois situa-se entre a serra e a planície e está envolto por uma vasta área natural com alguns importantes produtos agropecuários. Este concelho apresenta uma superfície de 601,14 km², sendo constituído por seis freguesias, apresenta um perímetro de 141 Km e um comprimento máximo de 28Km (direção N/S) ou de 42 Km (direção E/SW). A sua altitude oscila entre um máximo de 424 metros e um mínimo de 100 metros (Câmara Municipal do concelho [CM], 2019).

Abordando as características sócio demográficas deste concelho podemos verificar na tabela nº 1, que a população em 2011 era de 6428 habitantes. Em 2021, a população residente era de 5.747, o que determina uma densidade populacional de 9,6 hab/Km², facto que evidencia um território de baixa densidade demográfica e com um decréscimo populacional (19,2%) desde 2001, como ilustrado na tabela1(INE, 2022). Também verificamos que o Índice de Envelhecimento é de 248,8 idosos por cada 100 jovens, tendo o mesmo vindo a aumentar desde 2001(Tabela 1). Este valor situa-se muito acima do Índice de Envelhecimento em Portugal, que é de 182,2 idosos e também acima do valor do Alentejo que é de 218,6 idosos por cada 100 jovens (Tabela 2). Os indicadores demográficos deste concelho são, tendencialmente, negativos e, quando comparados com os parâmetros nacionais e regionais, deixam transparecer as tendências de envelhecimento e despovoamento do mesmo. A freguesia onde foi implementado o projeto apresenta um total de 1149 habitantes, dos quais 311 têm 65 e mais anos. Apresenta uma área de 107,111 Km² representando uma densidade populacional de 10,72 hab/Km².

Tabela 1

Dados demográficos do concelho

	2001	2011	2021
População residente	7 109	6 428	5 747
Densidade populacional número médio de indivíduos por km2	11,8	10,7	9,6
Mulheres (%)	51,1	51,0	51,1
Homens (%)	48,9	49,0	48,9
Jovens (%) menos de 15 anos	14,4	12,5	11,6
População em idade ativa (%) 15 aos 64 anos	61,7	60,0	59,6
Idosos (%) 65 e mais anos	23,9	27,6	28,8
Índice de envelhecimento idosos por cada 100 jovens	166,1	221,3	248,8
Indivíduos em idade ativa por idoso	2,6	2,2	2,1

Fonte: INE (2022)

Tabela 2

Evolução do Índice de Envelhecimento

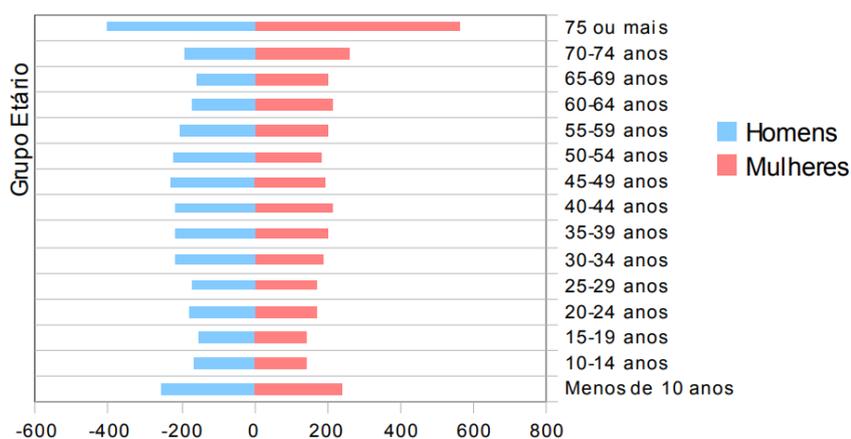
Territórios	Índice de envelhecimento		
	2001	2011	2021
Portugal	102,2	127,8	Pro 182,1
Alentejo	162,7	178,0	Pro 218,6
Alentejo Central	161,5	185,2	Pro 224,1

Fonte: PORDATA (2022)

Os idosos são cada vez mais e faltam jovens, pois morre-se menos, mas também se nasce menos (Rodrigues, 2018). O envelhecimento demográfico é hoje uma questão global, segundo Rodrigues (2018), Portugal mudou profundamente a partir dos anos 70, com o aumento dos níveis de bem-estar e modernização social, que implicaram um rápido envelhecimento das estruturas etárias, causado pela redução da mortalidade, o aumento da longevidade e a diminuição progressiva da fecundidade e natalidade. A pirâmide etária que retrata a população residente, embora referente a 2018 (Figura 1), por grupo etário demonstra que temos uma pirâmide mais larga no topo do que na base, o que indica elevados Índices de Envelhecimento, indicando um aumento da proporção de idosos e diminuição das restantes faixas etárias (CM do concelho, 2018).

Figura 1

Pirâmide etária da população residente no concelho



Fonte: CM do concelho- Diagnóstico social (2018)

No que refere à oferta de serviços de saúde, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), existe uma UCC e também uma USF, recentemente formada. Neste concelho está inserida uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de dupla tipologia, pois contempla a longa duração e manutenção e a média duração e reabilitação, pertencente à Santa Casa da Misericórdia. Quanto aos cuidados de saúde diferenciados, a resposta é dada pelo Hospital do Espírito Santo, E.P.E., integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde.

Em relação a respostas sociais e equipamentos de apoio aos idosos, existe a Associação de Desenvolvimento e Ação Social e Defesa do Ambiente (ADA), que tem vários centros comunitários, centro de dia e SAD em algumas freguesias do concelho. A Santa Casa da Misericórdia também dispõe de lar, centro de dia e SAD, mas apenas na sede do concelho. A freguesia onde é desenvolvido o projeto, dispõe de um Centro Paroquial de Ação Social, que dá resposta de internamento, centro de dia e SAD, serviços estes remunerados e sempre com escassez de vagas.

2.2. Caracterização da Unidade de Cuidados

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde [...] assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (DL 28/2008).

O Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC), é uma organização local gestora de diversas unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários, criada pela Portaria n.º 308/2012, de 9 de outubro, e tem como zona de abrangência a área geográfica dos 14 Concelhos do Distrito de Évora. É um serviço descentralizado, dependente da direção da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), caracteriza-se por ter autonomia administrativa e por ser constituído por várias unidades funcionais constituídas por equipas multidisciplinares, como as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (9 UCSP), Unidades de Saúde Familiares (13 USF), Unidades de Cuidados na Comunidade (12 UCC), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (1 URAP), Unidade de Saúde Pública (1 USP) e Unidade de Apoio à Gestão (1 UAG). Além destas unidades funcionais, o ACES AC integra órgãos específicos de apoio à gestão.

Encontram-se 168.093 utentes inscritos nas várias unidades funcionais do ACES AC, (Figura 2). O Índice de Dependência Total é de 59,87%, sendo o Índice de Dependência de Jovens de 18,88% e o de Idosos de 40,99%. A relação entre a população jovem e idosa, e a população em idade ativa mostra-se assim muito diferente, os jovens são menos de metade dos idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa.

Figura 2

Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES AC



Fonte: BI-CSP (2022)

O ACES AC tem por missão garantir a prestação de cuidados primários de qualidade à população da sua área geográfica de abrangência zelando pela equidade no acesso e promovendo uma gestão eficiente dos recursos alocados numa lógica de gestão participada, integração e complementaridade nas respostas (BI-CSP, 2022). Tem como atribuições desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Visa também desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

O Decreto de Lei 28/2008, de 22 de fevereiro, refere a criação de ACES, constituídos por várias unidades funcionais, entre as quais a UCC, que:

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 atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (DL 28/2008 de 22 fevereiro, p.1184)

Ainda, de acordo com o ponto 2 do Artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, a UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais, consoante as necessidades e os recursos disponíveis.

A UCC em questão foi oficialmente inaugurada em 2011, durante um período de tempo esteve desativada devido à falta de técnicos, tendo reaberto em 2017, após parecer favorável da Equipa Regional de Apoio e Equipamento (ERA). Os utentes abrangidos por esta unidade são 5.749, apresentando um Índice de Dependência Total de 68,1%, sendo a percentagem de idosos de 49,39% e de jovens de 18,71%, o que traduz que por cada 100 pessoas em idade ativa, existe mais do dobro de idosos em relação aos jovens (BI- CSP, 2022). Esta Unidade tem por missão prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de proximidade, proporcionando acompanhamento individualizado ao utente, famílias e grupos populacionais. Tem como objetivos promover a acessibilidade, a equidade de acesso e de utilização, visando a melhoria contínua dos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde. Alguns dos valores pelos quais se rege esta unidade funcional, são:

- Autonomia assente na organização funcional e técnica
- Reafirmar direitos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde
- Proteger a dignidade e integridade humana
- Promover a humanização
- Desenvolver um bom relacionamento entre a comunidade, prestador de cuidados e elementos da equipa
- Cooperar e articular com outras unidades funcionais do ACES
- Incentivar parcerias

- Promover a solidariedade e trabalho em equipa
- Organizar os serviços em função das necessidades da população

(BI- CSP, 2022)

Esta unidade assegura ainda a prestação de cuidados aos seus utentes através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que são parte integrante tanto dos CSP como da RNCCI, sendo uma forma eficaz de continuidade de cuidados. Esta equipa dá resposta em termos de cuidados domiciliários aos utentes e famílias que tenham necessidade de cuidados diferenciados ao nível da saúde, possuindo um veículo automóvel para as deslocações dos profissionais, entre as várias freguesias do concelho. Tem contratualizado 8 vagas na tipologia de ECCI. Outra das áreas de intervenção é a Saúde Escolar, no entanto tem havido uma menor resposta a esta área devido à pandemia por Covid 19, pois os profissionais estavam também dedicados à vacinação Covid19 e à Área Dedicada ao Covid na Comunidade (ADR-C). Houve a possibilidade de acompanhar a enfermeira supervisora clínica na vacinação Covid-19. Salienta-se a participação em sessões de educação para a saúde no âmbito da saúde escolar, nomeadamente para assinalar a comemoração do Dia Mundial da Diabetes, que será abordado mais à frente neste relatório, na reflexão crítica das competências adquiridas.

De forma a sintetizar os programas assistenciais da UCC e com base no Plano de Ação da Unidade Funcional, contratualizado em 2021, foi organizado o quadro 4.

Quadro 4

Dimensões contratualizadas e Programas assistenciais da UCC

Dimensões contratualizadas	Programas assistenciais
Gestão da Saúde	Saúde reprodutiva Saúde do idoso
Intervenção Comunitária	Saúde escolar
Satisfação dos Utentes	Satisfação dos utentes

Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Programas de melhoria contínua da qualidade
Segurança	Segurança de utentes e profissionais
Centralidade no Cidadão	Centralidade no cidadão
Formação Interna	Formação da equipa multidisciplinar Formação de internos e alunos
Serviços de Carácter Assistencial	Atividades no âmbito Covid 19 Vacinação Covid 19

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Plano de Ação da UCC (2021)

Um dos problemas prioritários identificados pela UCC é o baixo nível de literacia ao longo de todo o ciclo vital, tendo como objetivo para responder a esta necessidade aumentar o nível de literacia em saúde na população abrangida pela UCC, desenvolvendo estratégias de articulação e de intervenção com os diversos parceiros da comunidade. Assim, a temática abordada no projeto de intervenção desenvolvido foi ao encontro dos objetivos estabelecidos pela UCC onde decorreu o estágio. Quanto a Recursos Humanos, na UCC existem 3 enfermeiras a tempo inteiro, 1 assistente técnica (1 dia por semana) e 1 assistente operacional, dispõe ainda de 1 psicóloga, 1 técnico de Serviço Social com algumas horas semanais pois são recursos da URAP do ACES AC.

A UCC está inserida na estrutura do Centro de Saúde. Possui instalações próprias dentro do Centro de Saúde, que incluem:

- Gabinete de atendimento;
- Gabinete de saúde oral;
- Gabinete polivalente;
- Gabinete Psicologia/ Serviço Social;
- Gabinete da Enfermeira Coordenadora da UCC;
- Gabinete de Cuidados Continuados Integrados e Saúde Escolar

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

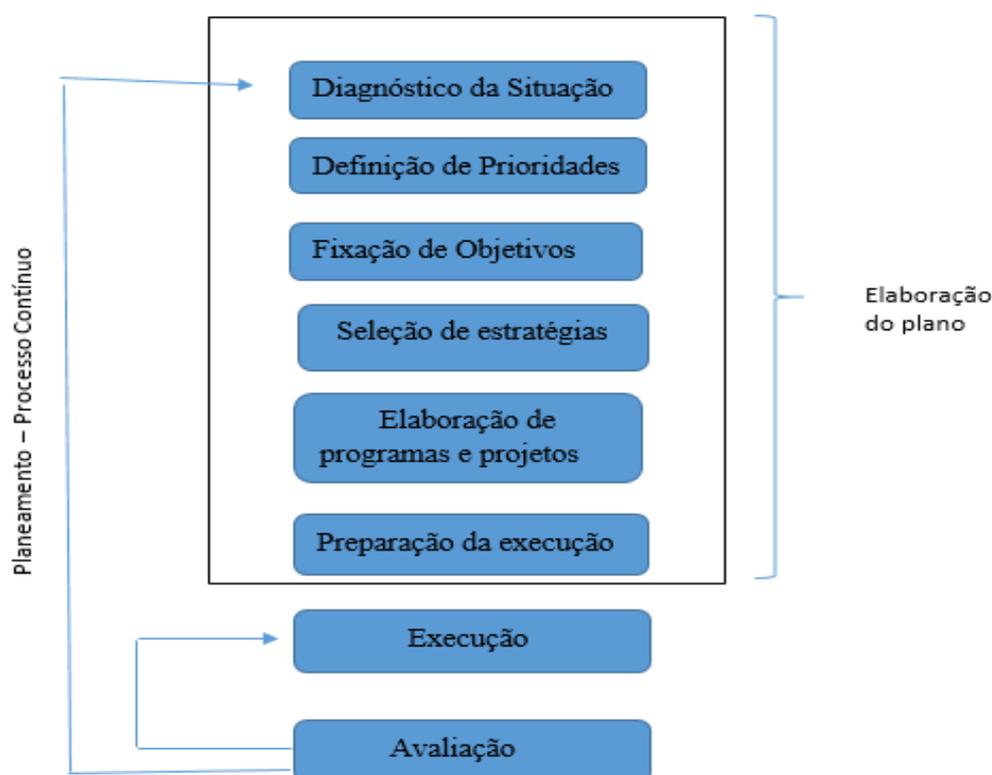
Neste capítulo, pretendemos descrever o caminho percorrido durante o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio Final. Tal como refere Fortin (1999, p. 17) “de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional.” Segundo a autora a investigação é extremamente importante pois “permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido utilizando a Metodologia do Planeamento em Saúde. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem como uma das suas competências “estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2018, p.19354). O Planeamento em Saúde procura alcançar um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, através da introdução de mudanças no comportamento das populações (Tavares, 1990).

O planeamento em saúde é definido como o uso racional dos recursos com a finalidade de alcançar os objetivos definidos, tendo em vista a redução dos problemas identificados como prioritários, através de um conjunto de atividades criteriosamente programadas (Imperatori & Giraldes, 1993). Este é um processo contínuo, dinâmico e cíclico, que assenta na progressão entre as etapas: “Diagnóstico de Situação; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Elaboração de programas e projetos; Preparação da execução; Execução e Avaliação” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.30). Para uma melhor compreensão e visualização de todas as etapas do planeamento em saúde, foi elaborado um esquema (Figura 3).

Figura 3

Metodologia do Planeamento em Saúde



Fonte: Imperatori & Giraldes (1993)

3.1 – Diagnóstico da Situação de Saúde

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa do planeamento, assumindo-se de extrema importância, uma vez que permite traçar o perfil de saúde da população, bem como identificar as intervenções prioritárias que podem conduzir a potenciais ganhos em saúde (DGS, 2016). A inter-relação entre o diagnóstico e as necessidades vai determinar a pertinência do plano de intervenção. Este, funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, o diagnóstico da situação deve ser “o primeiro caminho para as etapas seguintes do Planeamento em Saúde” (Melo, 2020, p. 15), pelo que apresentaremos seguidamente os resultados obtidos aquando da realização do mesmo.

Esta etapa do planeamento em saúde estava prevista acontecer no Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, mas tal não foi possível pois o parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSA, foi posterior ao término do estágio. Assim, os instrumentos de colheita de dados, que serão descritos no ponto seguinte, foram aplicados no início do Estágio Final e os dados recolhidos foram tratados através do programa informático SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences para Windows*, versão 24,0.

3.1.1. Instrumentos de recolha de dados

A recolha dos dados foi efetuada pelos elementos que referenciaram os participantes e também pela aluna mestranda nos locais escolhidos pelos mesmos, ou no seu domicílio ou na Unidade de Saúde aquando da sua deslocação para tratamento ou outro ato de enfermagem. Procedeu-se ao seu preenchimento, que demorou em média 15 a 20 minutos, com esclarecimentos sobre dúvidas ou dificuldades apresentadas pelos participantes. A utilização de instrumentos de medida e caracterização é fundamental para um diagnóstico rigoroso (Sequeira, 2018), contudo a observação atenta é uma forma valiosa de avaliação complementar, segundo o mesmo autor.

Assim, foram utilizados os seguintes instrumentos de colheita de dados:

1 - Instrumento de caracterização sociodemográfica do cuidador informal do idoso dependente: questionário elaborado pela mestranda, com o propósito de identificar o perfil dos cuidadores informais de idosos. Caracteriza o sex e idade do cuidador, o grau de instrução escolar, o tempo durante o qual tem desempenhado essa função, a relação parental, os apoios recebidos e as necessidades de ajudas para a execução dos cuidados (Apêndice 1).

2 - Para avaliar o grau de dependência do idoso recorreremos a um instrumento muito utilizado na prática clínica, para o diagnóstico de comprometimento nas ABVD, a **Escala de Barthel** ou também designado na literatura como **Índice de Barthel** (Anexo 1). Desde a sua publicação em 1965, este instrumento tem sido amplamente utilizado com o objetivo de monitorizar o nível de independência dos indivíduos para a realização das ABVD. Neste uso alargado do instrumento têm sido desenvolvidas algumas versões que se distinguem do original por

umentarem ou diminuïrem as atividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação (Araújo et al, 2007).

Esta escala avalia o nível de independência dos indivíduos em dez AVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965) citado por Araújo et al. (2007). É constituída por 10 perguntas com uma pontuação que varia entre 0 e 15, sendo as pontuações mais baixas sinónimo de menor funcionalidade e as mais elevadas de maior funcionalidade. Num estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007), para validar o Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados, o mesmo revelou que este instrumento apresenta um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$, pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva, nos serviços de saúde, nomeadamente, no contexto comunitário.

Também Sequeira, em 2007, procedeu à análise deste índice, a qual revelou uma boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de alfa Cronbach = 0,89, tendo identificado três fatores (mobilidade, higiene e controlo dos esfínteres) que explicam 75% da variância total (Sequeira, 2018).

3 - A Escala de Zarit na sua versão original era constituída por 29 questões, onde se incluem questões relacionadas com a saúde física, saúde psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais, bem como como a relação com o recetor de cuidados (Sequeira 2018). Mais tarde, este instrumento foi revisto e reduzido a 22 itens (Sequeira 2010, que cita Zarit & Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002). Utilizámos a versão de Scazufca (2002), pois era a que estava disponível na UCC onde decorreu o estágio, na qual cada item é pontuado de acordo com uma escala de resposta tipo Likert: nunca (0); quase nunca (1); às vezes (2); frequentemente (3) e quase sempre (4), obtendo-se um score global que varia entre 0 e 110, em que um maior score corresponde a um maior nível de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: ausência de sobrecarga (≤ 21); sobrecarga moderada (21-40); sobrecarga moderada a severa (41-60) e sobrecarga severa ≥ 61 . Esta escala encontra-se integrada nos instrumentos de recolha de dados da UCC e disponível para aplicação (Anexo 2).

Sequeira (2018, p. 237) esclarece que este instrumento “permite avaliar a sobrecarga

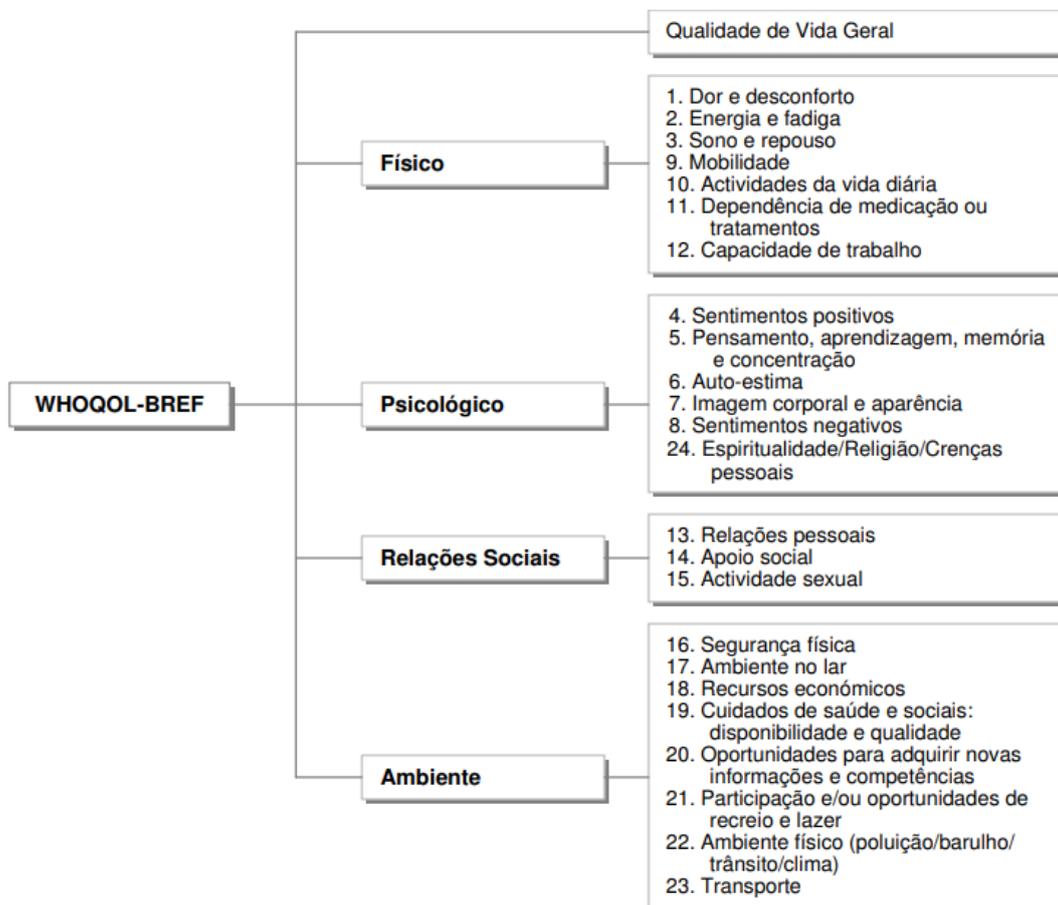
objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui informações sobre: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento”. Este autor refere também que a escala com 22 itens tem apresentado uma boa consistência interna nos múltiplos estudos de investigação em que tem sido utilizada (0,79 a 0,92 de coeficiente de alfa Cronbach).

4 - Outro instrumento selecionado para aplicar ao cuidador informal de modo a conseguir medir a sua qualidade de vida é o **WHOQOL-Bref**, versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS. Trata-se de uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida e integra quatro domínios, o físico, o psicológico, as relações sociais e o ambiente, sendo constituído por 26 perguntas (Figura 4). Esta medida possibilita, ainda, o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida (anexo 3). Este instrumento surgiu da “necessidade de dispor de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil aplicação e cujo preenchimento ocupasse pouco tempo” (Vaz Serra et al., 2006, p.41).

O estudo desenvolvido por Vaz Serra et al (2006) para descrever a aplicação deste instrumento à população portuguesa, bem como as suas características psicométricas concluiu que o WHOQOL-Bref apresenta boas características psicométricas de fiabilidade e mostram igualmente um bom desempenho do instrumento nos testes de validade, o que mostra que é um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal. Os resultados de coeficientes de Cronbach foram de 0.79 para o conjunto de domínios e de 0.92 para as 26 questões (Vaz Serra et al., 2006).

Figura 4

Estrutura do WHOQOL-Bref: domínios e facetas



Fonte: Vaz Serra et al. (2006, p. 3)

3.1.2 - Considerações éticas

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem cada vez mais é norteado pela evidência científica, tornando-se assim a investigação aprofundada de fenómenos ligados à prática clínica de extrema importância.

A investigação clínica precisa de preencher requisitos éticos que assegurem que ao contribuírem para o bem comum, os seres humanos participantes são tratados com respeito e em segurança, os recursos de saúde e investigação são usados de forma racional e a metodologia para obtenção do novo conhecimento é cientificamente válida e generalizável (ARSA – CES,

s.d). Segundo Melo (2020, p.139), “o processo ético é a filosofia que enforma todas as decisões, no que respeita ao processo de decisão para os cuidados (no contexto clínico) e para a produção de conhecimento (no contexto científico)”, pelo que se reveste de extrema importância considerar os requisitos éticos.

O *International Council of Nurses* (ICN) citado por Nunes (2013, p. 6-7), considera que, são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação:

- **Beneficência**, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana.
- **Avaliação da maleficência**, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.
- **Fidelidade**, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.
- **Justiça**, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.
- **Veracidade**, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido.
- **Confidencialidade**, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato.

“O conhecimento ético ou ética de enfermagem é o padrão que diz respeito às questões ético-morais que envolvem a enfermagem. Inclui as ações voluntárias do enfermeiro ao prestar cuidados sujeitas a valores, normas, interesses e princípios” (Nunes, 2018, p. 146). A autora também refere que a conduta ética dos enfermeiros, baseia-se no princípio primário de obrigação com o respeito pela vida humana (Nunes, 2018).

Posteriormente à realização da reunião com a enfermeira coordenadora da UCC e a orientadora pedagógica, foram enviados pedidos de autorização para a realização do diagnóstico de situação de saúde, para a Diretora Executiva do ACES AC, sendo o seu parecer positivo para a realização da recolha de informação (Anexo 4). Foi ainda enviado pedido de parecer à Equipa Coordenadora Regional da RNCCI, que também autorizou o mesmo (Anexo 5). Foi enviado protocolo à Comissão de Ética em Saúde (CES) da ARSA, a qual emitiu parecer

favorável: 12CE2021 (Anexo 6). Quanto à entidade pedagógica, a Universidade de Évora (UE), foi também solicitado parecer à Comissão de Ética, cujo parecer também foi favorável (Anexo7). Para a aplicação do questionário WHOQOL-Bref, versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida, foi pedida a devida autorização para utilização à Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro e também na própria página eletrónica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, tendo recebido mail a confirmar que o pedido foi aceite e foram disponibilizados os documentos referentes ao instrumento (Anexo 8).

A confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foi sempre mantida. O nome da UCC foi ocultado e substituído por UCC do ACES AC, tal como a comunidade em questão. Após o contacto da Enfermeira orientadora com participantes, questionando a sua disponibilidade para participar, foi entregue o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE) aos mesmos (Apêndice 2), em duplicado, pois um exemplar ficou na posse dos próprios, onde estão descritos os objetivos do projeto e foi solicitada a concordância em participar, através da sua assinatura, possuindo total liberdade para recusarem, se assim o entenderem, sem que daí adviessem consequências para os próprios. A garantia de confidencialidade e de ocultação da identidade dos participantes foi salvaguardada através da criação de uma matriz de codificação, à qual apenas a mestranda teve acesso. A cada participante foi atribuído um código numérico.

3.1.3 Análise dos Resultados

A apresentação da estatística descritiva é feita através de tabelas, quadros e gráficos, por forma a facilitar a sua leitura e análise. A análise dos dados antecede sempre a tabela, quadro ou gráfico, onde estarão presentes as frequências relativas ou percentagens se assim se justificar.

No decorrer desta secção, surgem inicialmente os resultados da caracterização sociodemográfica da população abrangida, seguindo-se os resultados obtidos com a aplicação do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (Escala de Zarit) e posteriormente os dados recolhidos com o questionário da qualidade de vida (WHOQOL-Bref.).

Conhecer a população e os fatores determinantes da saúde, são essenciais para a elaboração do diagnóstico da situação, este deve espelhar as necessidades de saúde da população, possibilitando identificar os principais problemas e respetivos fatores condicionantes (Imperatori & Giraldes, 1993).

A população alvo, neste projeto, foram cuidadores informais de idosos dependentes, inscritos na UCC onde decorreu o estágio, nomeadamente numa das freguesias rurais do concelho, que aceitaram participar voluntariamente e que cumpriram os critérios de inclusão. Estes critérios foram: ter mais de 18 anos de idade, ser cuidador familiar, a pessoa a seu cargo ter 65 ou mais anos e ser dependente em alguma das AVD, e assinar o CILE.

Assim, obtivemos a participação de 24 cuidadores informais. Atendendo que não há nenhum registo formal de cuidadores informais e de forma a garantir que o projeto abrangia o máximo de cuidadores recorremos a amostragem em bola de neve, em que alguns cuidadores indicaram outros. Dos 24 cuidadores inquiridos, 20 são do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Relativamente às idades o intervalo entre os 41-50 anos foi o que registou uma maior frequência. Do total, 11 cuidadores têm menos de 50 anos e 13 têm mais de 50 anos. De referir que 5 cuidadores têm 71 ou mais anos (Gráfico 1). Alguns estudos caracterizam os cuidadores como pessoas de idade já avançada, essencialmente mulheres (Gemito, 2015; Anjos et al, 2017; Sequeira, 2018).

Gráfico 1

Distribuição das idades dos cuidadores informais



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao estado civil a maioria dos cuidadores (17) são casados ou a viverem em união de facto, aspeto que vai ao encontro de estudos anteriores em que os cuidadores maioritariamente são casados (Gemito, 2015; Sequeira, 2018). Também no que diz respeito à situação laboral, 10 cuidadores encontram-se ativos perante o emprego, 7 são reformados, 4 são desempregados e 3 são domésticas ou nunca trabalharam. Quanto à escolaridade, a que apresenta uma maior frequência é o 7º- 9º anos de escolaridade, com 8 cuidadores, 1 cuidador não sabe ler nem escrever, apenas assinar o seu nome.

O grau de parentesco que une o cuidador ao idoso a seu cargo é na maioria das vezes, ser filho(a) do mesmo (17) e logo de seguida ser cônjuge (5). Quanto ao tempo de dependência do idoso, a maioria é dependente há mais de 5 anos (Tabela 3).

Tabela 3

Anos de dependência do idoso

		Frequência	Percentagem
Válido	< 1 ano	3	12,5
	1 a 2 anos	7	29,2
	2 a 5 anos	4	16,7
	Mais de 5 anos	10	41,7
	Total	24	100,0

Fonte: SPSS 24,0

Também a maioria dos cuidadores informais vivem na mesma habitação do que o idoso cuidado (17), 6 não vivem e apenas 1 vive ocasionalmente. Relativamente à pergunta se possuem ajuda para a prestação de cuidados, 13 responderam que sim, geralmente de irmãos ou filhos e 11 responderam que são os únicos a cuidar. Dos 24 cuidadores que participaram, apenas 2 recebiam apoio formal da rede de Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos. Alguns dos idosos têm apoio de carácter particular, através de uma IPSS, mediante encargo financeiro, relativamente a cuidados de higiene e fornecimento de alimentação, pois não existe rede de apoio social na freguesia.

Portugal é um dos países europeus com menor taxa de cobertura de cuidados

profissionais de longa duração, também a percentagem do produto interno bruto destinado aos cuidados a idosos é uma das menos expressivas da Europa, segundo refere Soeiro et al. (2020). Perante este facto é sobre as famílias que recai a responsabilidade de assumir o cuidado do seu familiar dependente. O cuidador informal passa a desempenhar um papel para o qual não foi preparado, sem consideração pela sua capacidade ou disponibilidade emocional e financeira (Soeiro et al., 2020).

Os resultados obtidos relativamente à caracterização dos cuidadores vão ao encontro de resultados encontrados também por Sequeira (2018, p.269) nomeadamente, quando refere que “os dados mais consensuais sugerem que o cuidador se faz essencialmente no feminino e por familiares próximos do idoso, que habitualmente vivem em coresidência”. Também o mesmo autor revela que os cuidadores são essencialmente adultos, com idades superiores a 40 anos. Uma outra investigação, conduzida por Macaya, et al (2020) evidenciou que na generalidade o cuidador é uma mulher, uma filha e não possui conhecimentos ou experiência sobre doenças graves.

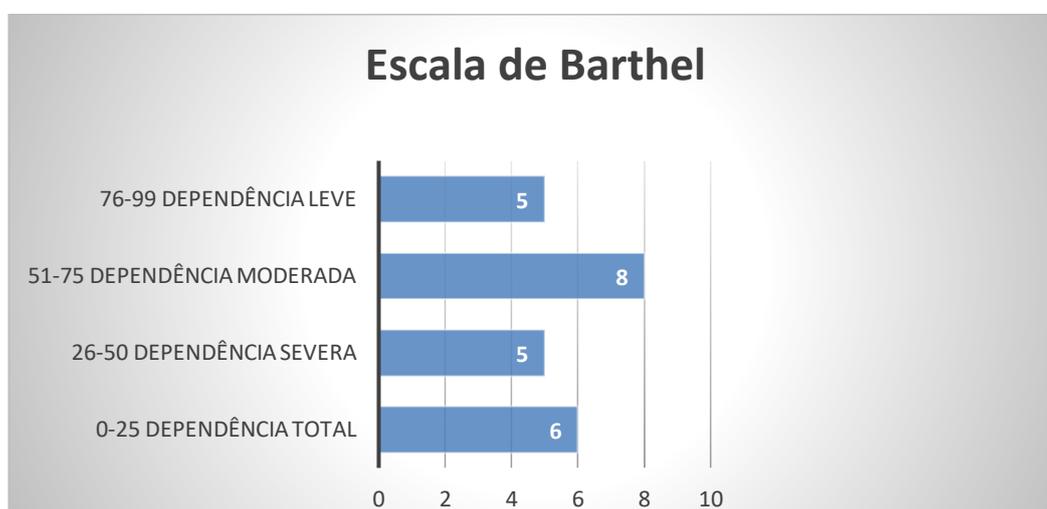
No *Journal of Nursing* foi publicado um estudo em 2017, da autoria de Anjos et al, que teve como objetivo descrever as características de idosos e seus cuidadores familiares no domicílio. Os autores, utilizaram entre outros, a escala Zarit e o questionário WHOQOL-Bref, a 71 idosos e seus cuidadores, tendo obtido os seguintes resultados relativamente aos cuidadores: predominaram as mulheres, com idade já avançada, reduzida escolaridade, condições económicas desfavoráveis e coabitando com o idoso. A sobrecarga e a menor qualidade de vida foram mais acentuadas nos cuidadores de idosos dependentes. Este estudo concluiu que o apoio formal é inexistente, tornando-se fundamental que os profissionais de saúde adotem medidas preventivas para prevenir a sobrecarga relacionada ao cuidado (Anjos et al, 2017).

Os idosos dependentes que integram este projeto são na sua maioria do sexo feminino (15) e os restantes do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre os 66 e os 100 anos. Quatro destes idosos estão acamados. Numa sociedade em que a população idosa tem vindo a crescer de uma forma exponencial, a avaliação do grau de autonomia deste grupo populacional é de extrema importância na avaliação do estado de saúde e necessidades de cuidados (Araújo et al., 2007). Assim, foi aplicada a Escala de Barthel, que consiste num instrumento utilizado

para avaliar as ABVD, é composto por 10 ABVD, nomeadamente a alimentação, as transferências, mobilidade, o vestir, o banho, a higiene corporal, o uso da casa de banho, subir e descer escadas e o controlo vesical e intestinal. As autoras referem que se trata de um instrumento fiável, e que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, nos serviços de saúde, nomeadamente, no contexto comunitário. Os resultados obtidos (Gráfico 2) foram que 8 idosos apresentam dependência moderada, 6 dependência total e a dependência severa e leve foi manifestada em 5 idosos cada.

Gráfico 2

Níveis de dependência do idoso



Fonte: Elaboração própria

Seguidamente apresentamos os resultados obtidos com a aplicação da Escala de Zarit, esta escala avalia o grau de sobrecarga dos cuidadores informais. Após análise dos dados podemos afirmar que a maioria dos cuidadores se encontra com um nível de sobrecarga que vai de moderada a severa, apenas 4 cuidadores apresentam ausência de sobrecarga (Tabela 4).

Tabela 4

Avaliação da sobrecarga do cuidador informal

		Frequência	Porcentagem
Válido	< 21 Ausência de sobrecarga	4	16,7
	21-40 Sobrecarga moderada	11	45,8
	41-60 Sobrecarga moderada a severa	8	33,3
	> 61 Sobrecarga severa	1	4,2
	Total	24	100,0

Fonte: SPSS 24,0

Numa revisão da literatura efetuada por Ferreira et al (2021), foram incluídos 20 estudos, cuja análise demonstra também existência de graus de sobrecarga moderada a severa afetando sobretudo as dimensões: emocional, social, financeira e competências para o papel.

Em resposta ao item 22 da referida Escala de Zarit, que questiona se o cuidador se sente sobrecarregado e se ele próprio tem essa percepção, 17 cuidadores evidenciam que sentem essa sobrecarga, “Algumas Vezes”, “Muitas Vezes” e “Quase Sempre”. Apenas 7 cuidadores referem que “Nunca” ou “Quase Nunca” sentem sobrecarga (Tabela 5).

Tabela 5

Percepção da sobrecarga pelo cuidador informal

		Frequência	Porcentagem
Válido	Nunca	5	20,8
	Quase nunca	2	8,3
	Às vezes	8	33,3
	Muitas vezes	6	25,0
	Quase sempre	3	12,5
	Total	24	100,0

Fonte: SPSS 24,0

Outra questão incluída na Escala de Zarit pretende saber se a saúde dos cuidadores informais pode ser afetada devido à prestação de cuidados aos familiares dependentes. Do total

de 24 cuidadores, 11 responderam “Nunca” e “Quase Nunca” e 13 responderam “Às vezes”, “Muitas Vezes” e “Quase Sempre” (Tabela 6).

Tabela 6

Implicação do cuidar na saúde do cuidador informal

		Frequência	Porcentagem
Válido	Nunca	7	29,2
	Quase nunca	4	16,7
	Às vezes	7	29,2
	Muitas vezes	5	20,8
	Quase sempre	1	4,2
	Total	24	100,0

Fonte: SPSS 24,0

As alterações sociais conduziram ao crescimento de pessoas dependentes no autocuidado, com necessidade de apoio de um cuidador familiar/ informal (Dixe & Querido, 2020). O desempenho deste papel pode conduzir à sobrecarga e a exaustão, segundo as mesmas autoras, que desenvolveram um estudo que incluiu 164 cuidadores informais de pessoas dependentes no autocuidado. Pretenderam avaliar a sobrecarga do cuidador informal e os fatores relacionados com essa sobrecarga. Os resultados obtidos por Dixe e Querido (2020), indicam que a maioria dos cuidadores são mulheres (82,9%), vivem com a pessoa cuidada (70,1%) e mais de metade apresenta sobrecarga intensa (57,7%), relacionada com a preparação para o cuidar, áreas e tempo de dependência. Na nossa avaliação, a maioria (19) apresentam sobrecarga moderada e de moderada a severa.

Em resumo, a aplicação da escala de Zarit, permitiu caracterizar a situação dos cuidadores informais, relativamente às consequências de cuidarem dos seus familiares dependentes, nomeadamente, quanto ao grau de exaustão ou sobrecarga explanada na tabela 4. Após análise dos resultados percebemos que os cuidadores sentem “Às Vezes” (13) que o seu familiar pede mais ajuda do que aquela que realmente necessita e que devido ao tempo que dedicam aos cuidados 19 cuidadores, não têm tempo suficiente para as suas tarefas, com respostas desde “Às Vezes” até “Quase Sempre”. Também a tensão está presente na maioria dos cuidadores (15),

quando têm de cuidar e sabem que têm outras tarefas por fazer. Contudo a resposta à questão 4 e 5, contraria um pouco as anteriores, pois apesar da falta de tempo, os cuidadores não se sentem, nem envergonhados (12) com o comportamento do seu familiar, nem irritados (20) quando estão junto deles, com respostas desde “Nunca” até “Quase Nunca”. A situação de dependência do idoso e a sua condição de cuidadores, não afetam as relações com os amigos ou familiares (17) de forma negativa, como evidenciado nas respostas à questão 6 da referida escala. As respostas às questões 12 e 13 referentes às relações sociais também reforçam o descrito antes, pois 15 cuidadores não vêm as mesmas afetadas negativamente ou não consideram sentir-se pouco à vontade (17) para receber amigos. A maioria destes cuidadores (16) quando inquiridos sobre se desejam entregar o seu familiar ao cuidado de outras pessoas, responderam “Nunca” ou “Quase Nunca”. São os laços de amor e afeto que os unem aos seus familiares dependentes que prevalecem, mesmo numa situação de stress e sobrecarga, resultante da prestação de cuidados ao idoso com dependência. Este facto pode ser comprovado com a resposta ao item 7 da escala de Zarit “Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?”, tendo obtido 23 respostas, desde “Às Vezes” até “Quase Sempre”. Cerca de 18 cuidadores também consideraram que o seu familiar está “Muitas Vezes” ou “Quase Sempre” dependente deles (em resposta à questão nº 8) e que representa a única pessoa com quem o idoso pode contar para cuidar dele. Relativamente à saúde do cuidador, 15 cuidadores não se consideram esgotados ou “Quase Nunca”, por estarem junto do seu familiar, no entanto 13 consideram ter a sua saúde afetada desde “Às Vezes” até “Quase Sempre”, por terem de cuidar e manifestam insegurança sobre o que devem fazer com o seu familiar (questão 19). Quando questionados se sentem que poderiam fazer mais pelos seus familiares dependentes, 8 responderam “Nunca”, 2 “Quase Nunca”, 7 “Às Vezes”, 5 “Muitas Vezes” e 2 “Quase Sempre”. Relativamente se consideram que poderiam cuidar melhor, a maioria respondeu que “Nunca”, “Quase Nunca” ou “Às Vezes”. Na última questão da escala de Zarit: “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?”, as respostas foram: 5 cuidadores consideram “Nunca” estar sobrecarregados; 2 “Quase Nunca”, 8 “Às Vezes”, 6 “Muitas Vezes” e 3 “Quase Sempre”. Todos estes resultados, podem ser consultados na tabela 7.

Tabela 7

Resumo das respostas da Escala Zarit

ITENS DA ESCALA DE ZARIT	0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Muitas vezes	4 Quase sempre	Total (n)
1.Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	5	6	9	3	1	24
2.Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	2	3	10	6	3	24
3.Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	3	6	9	5	1	24
4.Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	21	0	3	0	0	24
5.Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	18	2	4	0	0	24
6.Considera que a situação atual afeta de forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?	12	5	5	2	0	24
7.Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1	0	7	8	8	24
8.Considera que o seu familiar está dependente de si?	0	1	5	6	12	24
9.Sente-se esgotado(a) quando tem de estar junto do seu familiar?	7	8	6	2	1	24
10.Vê a sua saúde afetada por ter de cuidar do seu familiar?	7	4	7	5	1	24
11.Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	6	4	8	4	2	24
12.Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	11	4	6	2	1	24

13.Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?	16	1	3	0	4	24
14.Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	4	0	1	2	17	24
15.Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	7	4	5	5	3	24
16.Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	5	6	6	3	4	24
17.Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	9	3	4	7	1	24
18.Deseja poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	15	1	6	1	1	24
19.Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	8	3	10	2	1	24
20.Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	8	2	7	5	2	24
21.Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	7	3	8	4	2	24
22.Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	5	2	8	6	3	24

Fonte: Elaboração própria

O ato de cuidar de uma pessoa dependente, muitas vezes, poderá interferir nos sentimentos existentes entre o cuidador e a pessoa cuidada, principalmente quando o cuidador não conta com ajuda da família ou apoios formais, aumentando assim o risco de sofrer de sobrecarga, que pode também ser agravada pelo facto de na maioria das vezes acumular a prestação de cuidados com atividades domésticas e/ou laborais simultaneamente. O cuidar de um familiar dependente, surge na maioria das situações inesperadamente, sendo que o cuidador, habitualmente não tem formação prévia, nem se encontra preparado, pelo que o apoio e o contributo dos profissionais de saúde são fundamentais (Sequeira, 2018). A respeito disto

também Lopes e Arco (2019), sublinham que o apoio aos cuidadores na comunidade é fundamental, centrado em intervenções que visem melhorar a capacitação para a gestão dos cuidados e fornecer recursos, para que diminua a sua sobrecarga.

Outro questionário usado foi o da qualidade de vida, o WHOQOL-Bref. Foi solicitado aos participantes para terem em conta os últimos 15 dias da sua vida, as suas expectativas, alegrias e preocupações, para responderem conscientemente e lerem as questões e escalas de resposta até ao fim. As questões foram explicadas em linguagem simples, sem influenciar as respostas dos participantes. Assim, os 24 cuidadores responderam à pergunta geral “Como avalia a sua qualidade de vida?”, sobressaindo a resposta “Nem Boa, Nem Má”, a qual foi assinalada por 11 cuidadores, seguida da “Boa”, ponderada por 8 cuidadores e 4 referem ter uma “Má” qualidade de vida e 1 cuidador mencionou a sua qualidade de vida como “Muito Má” (Gráfico 3).

Gráfico 3

Avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais



Fonte: Elaboração própria

Outra questão relacionada com a satisfação com a própria saúde, 8 cuidadores responderam que estão satisfeitos, 5 não estão satisfeitos nem insatisfeitos, 7 estão insatisfeitos e temos 2 cuidadores muito insatisfeitos e outros 2 muito satisfeitos.

As duas primeiras questões avaliam a qualidade de vida em geral, que após a conversão

para uma escala de 0-100, conforme o questionário original, o WHOQOL 100 (no qual uma pontuação final mais elevada corresponde a uma melhor percepção de qualidade de vida), revelou que estes cuidadores apresentam uma percepção da sua qualidade de vida, de 52,08% (Gráfico 5).

O WHOQOL-Bref. relativamente ao primeiro domínio (físico) engloba questões sobre dor física, tratamento, energia, mobilidade, sono, atividades diárias e capacidade de trabalho. Compreende as perguntas: 3 - Em que medida as suas dores físicas o impedem de fazer o que precisa de fazer?; 4 - Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?; 10 - Tem energia suficiente para a sua vida diária?; 15 - Como avaliaria a sua mobilidade?; 16 - Até que ponto está satisfeito com o seu sono?; 17 - Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?; 18 - Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?. Neste domínio foi obtido um score médio de 58,32%.

O domínio psicológico é composto por questões como gosto pela vida, sentido da vida, concentração, aparência física, autossatisfação e sentimentos negativos. Engloba as perguntas: 5 - Até que ponto gosta da sua vida?; 6 - Em que medida sente que a sua vida tem sentido?; 7 - Até que ponto se consegue concentrar?; 11 - É capaz de aceitar a sua aparência física?; 19 - Até que ponto está satisfeito consigo próprio?; 26 - Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?. Os resultados expostos neste domínio foram de 63,01% em média.

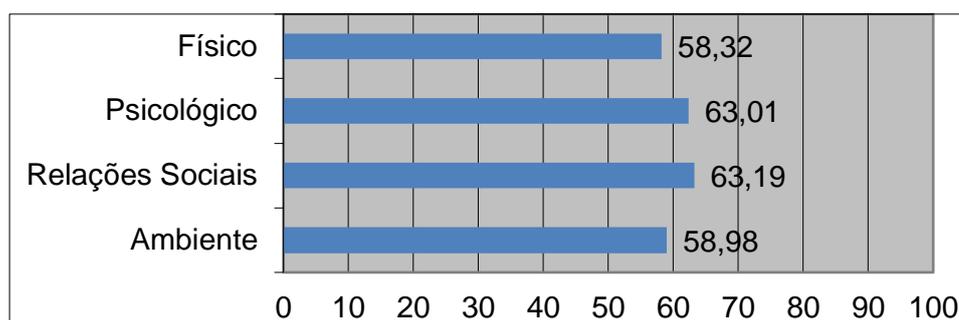
O domínio das relações sociais, contempla questões sobre relações pessoais, vida sexual e apoio que recebe dos amigos. Este domínio também é avaliado neste instrumento e é representado pelas perguntas: 20 - Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?; 21 - Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?; 22 - Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe os seus amigos?. Aqui obtivemos um valor muito semelhante ao domínio psicológico, que foi de 63,19%.

Finalmente o último domínio avaliado, tem implícito o ambiente em que o cuidador se insere e engloba as seguintes questões: 8 - Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?; 9 - Em que medida é saudável o seu ambiente físico?; 12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?; 13 - Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias

para organizar a sua vida diária?; 14 – Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?; 23 – Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?; 24 – Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?; 25 – Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?. Os resultados deste domínio foram semelhantes aos do domínio físico, obtivemos uma resposta média de 58,98% (Gráfico 4).

Gráfico 4

Resultado dos domínios do questionário WHOQOL-Bref.



Fonte: Elaboração própria

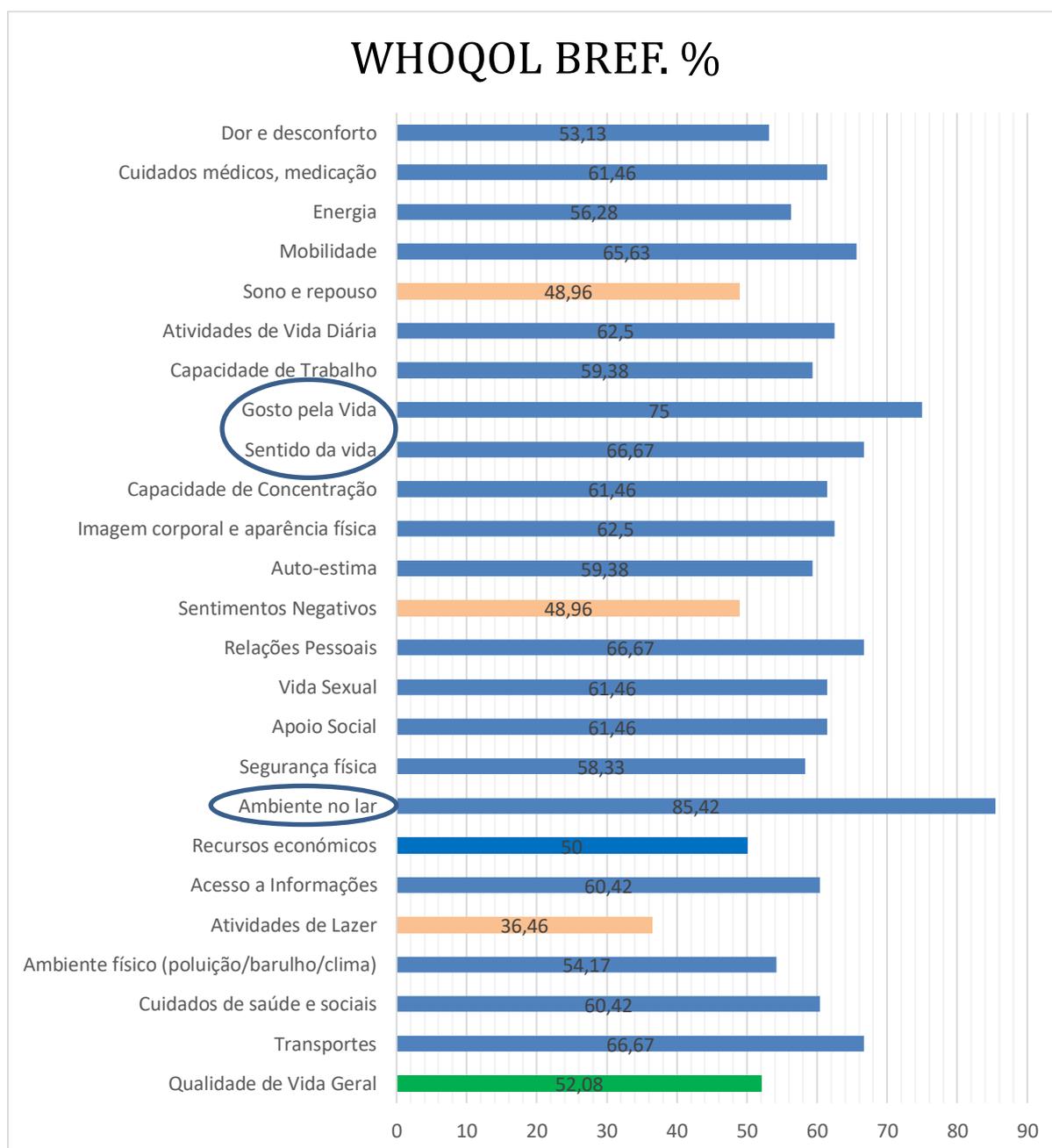
Resumindo a aplicação do instrumento WHOQOL-Bref, (Gráfico 5) é visível as áreas que apresentam resultados mais elevados, onde se destaca o gosto pela vida e o ambiente físico do lugar onde vive. As facetas que apresentam resultados mais baixos são, a satisfação com o sono e repouso, as atividades de lazer e também os sentimentos negativos, como a tristeza, desespero, ansiedade ou depressão. Os recursos económicos apresentaram um resultado de 50%, indicando que metade dos cuidadores apresenta menor capacidade em termos financeiros para satisfazer as suas necessidades. Presume-se assim que são áreas problemáticas que necessitam de maior atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde, para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos com dependência.

Para melhorar a qualidade de vida dos prestadores de cuidados e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, os profissionais de saúde devem estar bem informados sobre as dificuldades e as necessidades dos prestadores de cuidados (Choi & Seo, 2019). Estes autores recomendam que a inclusão de prestadores de cuidados numa abordagem holística represente um princípio básico nos cuidados de saúde. Um estudo sobre o autocuidado em cuidadores

informais de doentes em cuidados domiciliários paliativos, corrobora os resultados obtidos com a aplicação deste questionário. Constatou que as necessidades de autocuidado dos cuidadores estão ligadas ao sono e repouso inadequados, alimentação e hidratação ineficazes, interação social prejudicada, risco à saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e falta de instrução e experiência no cuidar (Vale et al., 2019).

Gráfico 5

Resumo dos resultados obtidos no questionário WHOQOL-Bref.



Fonte: Elaboração própria

Desenvolver estratégias relacionadas com a promoção do autocuidado nos cuidadores informais de idosos, com dependência, pode ser uma contribuição significativa dos profissionais de saúde. Um trabalho desenvolvido por Rojas-Ocanã et al. (2021) numa província de Espanha, com o objetivo de analisar as intervenções educativas dos enfermeiros aos cuidadores informais, mostrou que atitudes, como encorajar a comunicação, aconselhamento e melhorar o acesso a informações de saúde, são facilitadoras do autocuidado e proporcionam ajuda ao cuidador informal. Outro estudo, na Polónia, que procurou estudar os fatores que afetavam diretamente a qualidade de vida dos cuidadores informais, evidenciou que a qualidade de vida destes, melhora com um aumento do apoio que recebem dos outros, com uma perceção de saúde mais elevada, e uma maior experiência nos cuidados (Slusarska et al., 2019).

Em concordância com Sequeira (2018), é imprescindível que o cuidador, à semelhança do idoso dependente, seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os profissionais de saúde, com a intenção de avaliar as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades e as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação.

Após a análise dos resultados obtidos e olhando para o gráfico, sobressaíram os seguintes problemas:

- Défice de autocuidado relacionado com atividades de lazer, com 36,46%
- Défice de autocuidado relacionado com o sono e repouso, com 48,96%
- Presença de sentimentos negativos, com 48,96%

De acordo com a metodologia do planeamento em saúde, depois de identificadas as necessidades e problemas da população alvo, deve ocorrer um processo de tomada de decisão, procedendo-se à hierarquização dos problemas e definindo-se aqueles, cuja solução deve ser prioritária. O seu principal objetivo é também a otimização dos resultados que se pretendem alcançar com a implementação do projeto.

3.2. Determinação de Prioridades

A segunda etapa do processo de planeamento em saúde passa pela determinação de

prioridades, este é um processo que visa a tomada de decisão de modo a hierarquizar os problemas, selecionando aqueles que devem ser solucionados em primeiro lugar. Melo (2020) refere que a etapa da priorização merece destaque relativamente às outras etapas no Planeamento em Saúde, nomeadamente pela sua relevância na boa gestão dos recursos, que na maioria dos casos são escassos. O seu principal objetivo é também a otimização dos resultados que se pretendem alcançar com a implementação do projeto.

Assim, e visando a consensualização do diagnóstico foram apresentados e discutidos os resultados do mesmo, no Centro de Saúde com as equipas multidisciplinares da UCC e USF, tendo sido apresentado o projeto em questão. Procedeu-se posteriormente à seleção de prioridades, tendo-se evidenciado como alvo prioritário da nossa intervenção as questões relacionadas com o défice de autocuidado do próprio cuidador informal, pois foram unânimes e consensuais as opiniões emitidas pela equipa multidisciplinar e principalmente depois da coordenadora da UCC se pronunciar sobre os resultados obtidos. De acordo com os prazos estipulados para o estágio, foi também exequível atuar sobre a questão dos sentimentos negativos dos cuidadores informais, envolvendo a equipa multiprofissional, nomeadamente a psicóloga clínica. Não foi utilizado nenhum método ou técnica de priorização, pois ficou decidido intervir em todos os problemas identificados através do diagnóstico da situação de saúde, nomeadamente no défice de autocuidado relativamente a atividades de lazer e também relativamente ao sono e repouso, pois como verificado no diagnóstico da situação, encontram-se comprometidos. Foi consensual entre toda a equipa poder intervir também no problema manifestado sobre presença de sentimentos negativos, pois a psicóloga da equipa da UCC disponibilizou-se para colaborar nas atividades a implementar.

3.3. Fixação de Objetivos

A terceira etapa do planeamento em saúde, após a elaboração do diagnóstico de saúde e definição das prioridades, é a fixação dos objetivos do projeto a desenvolver (Melo, 2020).

Segundo Tavares (1990) a fixação de objetivos é uma etapa decisiva para a execução de um projeto. Deste modo, torna-se necessário formular os objetivos com o intuito de alcançar os resultados esperados. A definição dos objetivos permite-nos alocar os recursos necessários e organizar as intervenções pretendidas de forma mais eficaz e efetiva. Neste contexto, são várias

as categorias de objetivos, segundo Melo (2020): finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e as metas. A finalidade é o objetivo mais geral do projeto e está relacionado com a grande área temática do mesmo. Assim, como principal finalidade, pretendemos contribuir para a melhoria da literacia e autocuidado da população, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, bem como à saúde dos que deles dependem.

O objetivo geral é orientado para o olhar do profissional que está a definir o mesmo. No contexto da enfermagem deve estar direcionado para os focos e áreas de atenção centrais na tomada da decisão clínica, em relação ao diagnóstico selecionado (Melo, 2020). Assim, para o presente projeto foi definido como objetivo geral:

- **Contribuir para a promoção do autocuidado dos cuidadores informais de idosos com dependência, numa das freguesias da área de abrangência de uma UCC do ACES Alentejo Central, até janeiro de 2022**

Os objetivos específicos estão diretamente relacionados com as dimensões do diagnóstico de cada foco principal. Este tipo de objetivo deve ser quantificável na medida da mudança que se quer instituir face ao diagnóstico. Em relação às metas, estas dão tempo aos objetivos específicos, indicando o prazo em que se pretende atingir aos objetivos específicos (Melo, 2020). Os objetivos específicos definidos foram:

1 - Elaborar um guia orientador para o autocuidado destinado aos cuidadores informais, até janeiro 2022.

2 - Contribuir para a capacitação dos cuidadores informais de idosos dependentes para o autocuidado, até janeiro 2022.

De forma a operacionalizar os objetivos específicos definidos, tendo em vista o resultado desejado e a exequibilidade das atividades a serem desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993) foram estabelecidas as metas descritas no quadro 5.

Quadro 5

Fixação de objetivos e metas

Objetivos específicos	Metas
1.Elaborar um guia orientador para o autocuidado destinado aos cuidadores informais	<ul style="list-style-type: none">✓ Construir o guia orientador para o autocuidado✓ Validar o guia com a enfermeira coordenadora da UCC e restante equipa✓ Entregar o guia a 80% dos cuidadores através de visita domiciliária;
2. Contribuir para a capacitação dos cuidadores informais de idosos dependentes para o autocuidado	<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar sessão de educação para a saúde sobre medidas de higiene do sono✓ Colaborar em conjunto com a Psicóloga da UCC para a motivação dos cuidadores informais de idosos dependentes para a adoção de estratégias de gestão emocional – realização de sessão de educação para a saúde sobre gestão de sentimentos e emoções✓ Alcançar a participação de 65% dos cuidadores nas sessões de educação para a saúde✓ Que 80% dos participantes demonstrem conhecimentos sobre a temática abordada nas sessões de educação para a saúde;✓ Planear uma caminhada em parceria com o professor de educação física

	da Câmara Municipal do concelho e outra aluna mestranda em estágio na mesma UCC;
--	--

Fonte: Elaboração própria

3.4. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias é a etapa seguinte do planeamento em saúde, permite delinear a melhor estruturação para dar resposta aos objetivos anteriormente definidos. Melo (2020, p.28) defende que, “a estratégia de intervenção é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária”.

Após a identificação dos problemas prioritários, em que nos propomos intervir e depois de definidos os objetivos e metas a alcançar, foram delineadas as estratégias mais apropriadas para os atingir, tendo subjacente a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, em que o autocuidado é visto como a prática de atividades que favoreçam o aperfeiçoamento, em seu próprio benefício com a intenção de preservar a vida e o seu funcionamento saudável e de dar continuidade ao seu bem-estar pessoal (Tomey & Alligoog, 2004).

As estratégias delineadas foram:

1. Envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC, estabelecendo um bom relacionamento entre todos os elementos da equipa, de modo a estimular a participação e envolvimento no projeto. Esta estratégia reveste-se de uma importância primordial para o sucesso do projeto e a obtenção de resultados positivos, quer para os participantes, cuidadores informais, pois fomenta a melhoria da sua qualidade de vida, quer para os profissionais de toda a equipa, pois possibilita a melhoria contínua dos cuidados prestados e a consecução de ganhos em saúde. Segundo Melo (2020), no contexto da Saúde Comunitária e da Saúde Pública é fundamental o trabalho em equipa, o enfermeiro encontra nestes contextos, um ambiente favorável ao desenvolvimento de uma liderança orientada para o bem comum. O acompanhamento e ajuda da enfermeira orientadora clínica foram cruciais, pois com o agendamento das reuniões de equipa

multiprofissional permitiu uma melhor integração da mestranda na equipa e o envolvimento no projeto. A reunião de apresentação do projeto decorreu no dia 16/11/2021 pelas 12.30h na sala de reuniões do Centro de Saúde. Estiveram presentes elementos da equipa da UCC e da USF, além da aluna mestranda e da Enfermeira orientadora clínica do estágio.

2. Estabelecimento de parcerias com outros setores na comunidade, nomeadamente a junta da freguesia onde foi desenvolvido o projeto, no sentido de colaborar com a cedência de espaço físico para realizar as sessões de educação para a saúde, fornecimento de cópias e outros bens, como por exemplo águas, frutas, camisolas e bonés para os intervenientes. Foi fundamental para esta estratégia a reunião com a Presidente da Junta de Freguesia, na sede desta e que envolveu a mesma, a mestranda e a enfermeira orientadora clínica, no dia 29/10/2021 pelas 16h. Foi estabelecida parceria com a autarquia local para envolvimento e participação do Professor de Educação Física em sessão planeada de caminhada ao ar livre, pretendendo contribuir para a adoção de um estilo de vida saudável por parte dos cuidadores informais de idosos e também proporcionar momento de lazer e descontração. Foi também endereçado mail à Diretora Técnica de uma IPSS da freguesia a solicitar colaboração, nomeadamente do projetor de imagem para a realização das sessões de educação para a saúde. Foi falado também pessoalmente em reunião informal, a possibilidade de estabelecimento de futura parceria, perante a ausência dos cuidadores para alguma consulta/exames ou outra deslocação necessária, no sentido da IPSS disponibilizar uma auxiliar de cuidados para ficar com o idoso dependente durante essa ausência, acordando a verba a pagar com o cuidador. Todas estas parcerias foram fundamentais pois permitiram planear as atividades adequadas para responder aos nossos objetivos. Melo (2020, p. 77), citando Dickerson (2002, p. 76) define parceria como “um processo no qual as pessoas se juntam para resolver um problema, partilhar recursos, cooperar, criar coalizões, redes e aproveitar oportunidades”. De modo a facilitar a apresentação do projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal” a todos os elementos envolvidos e para tornar as fases do mesmo mais compreensíveis elaborámos um *Work Breakdown Structure* (WBS), (Apêndice 3).

3. Promoção do empoderamento individual, dos participantes no projeto, através de visitação domiciliária, tendo em conta as suas necessidades e prioridades de aprendizagem, assim como a gestão do seu tempo com a pessoa cuidada; prática de escuta ativa e relação de ajuda. Melo (2020) citando Spreitzer (1995), refere que o empoderamento individual ou intrapessoal resulta

da percepção que os indivíduos têm de si próprios e da sua interação com o ambiente e com as outras pessoas. Esta estratégia teve como objetivo capacitar os cuidadores para identificarem atividades que possam beneficiar a sua saúde e bem-estar e adotar comportamentos para aumentar o seu tempo de lazer e descanso. Realizada nos domicílios dos utentes em conjunto com a enfermeira orientadora clínica, entre os dias 18 de novembro e 17 de dezembro de 2021.

4. Planeamento e implementação do processo de educação para a saúde em grupo, com organização de sessões formativas para promover o autocuidado do cuidador informal. A promoção da saúde envolve muita dedicação, preparação e pesquisa para podermos desenvolver ações de educação para a saúde. O conceito de educação para a saúde refere-se ao processo pelo qual os indivíduos adquirem conhecimentos e habilidades que lhes permitem tomar decisões relacionadas com a sua própria saúde. É através de ações de educação para a saúde que o indivíduo toma decisões conscientes sobre as escolhas mais saudáveis que deve fazer, promovendo ações para uma vida saudável e participa responsável e ativamente no processo educativo. Assim, poderemos afirmar que a Educação para a Saúde é uma estratégia de promoção da saúde, sendo fundamental a literacia em saúde, pois as ações têm sempre um carácter formativo, que fomenta processos cognitivos e de mudança de comportamentos.

3.5. Preparação Operacional do Projeto

É nesta etapa que se procede à operacionalização do projeto. Um projeto é um conjunto de atividades ou tarefas, que decorre num tempo limitado e contribui para a execução de um programa. A elaboração do projeto, deve analisar minuciosamente as atividades que deverão ser realizadas de forma a atingir os objetivos propostos e quando serão realizadas, apresentando um cronograma como orientador de todo o processo (Imperator & Giraldes, 1993). Para ajudar à compreensão e desenvolvimento de todas as etapas do projeto, foi elaborado um cronograma de atividades (Quadro 6) que foi cumprido ao longo do estágio.

Quadro 6

Cronograma de atividades

MÊS	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Reunião com equipa multidisciplinar da UCC							
Reuniões com parceiros							
Diagnóstico da situação de saúde							
Planeamento das intervenções							
Execução das atividades							
Avaliação							
Elaboração de artigo científico							
Elaboração do Relatório e divulgação dos dados							

Fonte: Elaboração própria

Nesta fase deverão ser detalhadas as atividades integrantes do projeto. Estas precisam ser explicadas em função dos objetivos fixados, não devendo ser produzidas atividades que não satisfaçam os objetivos anteriormente instituídos (Tavares, 1990). Descrevem-se seguidamente (Quadro 7) as atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos do projeto, mencionando também os critérios utilizados para as concretizar: quem, quando, onde, como e os recursos.

Quadro 7

Atividades desenvolvidas

Atividades	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
1.Diagnóstico da situação – Colheita dos dados	Enfermeira mestranda de EECSP, enfermeira orientadora clínica e os participantes no projeto (cuidadores informais e idosos cuidados)	Setembro e outubro de 2021	Freguesia em estudo	Aplicação dos instrumentos de colheita de dados: -Questionário Sociodemográfico -Escala de Barthel -Escala de Zarit -Questionário WHOQOL-Bref.	Consentimento informado Instrumentos de colheita de dados Caneta Viatura do serviço
2.Apresentação dos resultados do diagnóstico da situação à equipa multidisciplinar e do projeto de intervenção comunitária para validação e reunião de consensos	Enfermeira mestranda de EECSP e Equipa multidisciplinar da UCC e USF	16 de novembro de 2021	Sala de reuniões do Centro de Saúde	Método expositivo, dinâmica grupal	Computador Televisão WBS
3.Reunião com parceiro: Junta de Freguesia	Enfermeira mestranda de EECSP,	29 de outubro 2021	Sala de reuniões	Método expositivo	Computador WBS

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

	Enfermeira orientadora clínica e Presidente da Junta da Freguesia		da Junta de Freguesia		
4. Visita Domiciliária para a promoção do autocuidado junto dos cuidadores informais	Enfermeira mestranda de EECSP, Enfermeira orientadora clínica e os cuidadores informais	A partir de 18 novembro de 2021 até 17 de dezembro de 2021	Domicílios dos cuidadores informais	Método expositivo Entrega de Guia orientador para o autocuidado Entrega de “Diário do Cuidador” Entrega de cartaz do projeto e convite para participação na 1ª sessão de educação para a saúde	Domicílios dos cuidadores informais Guia orientador para o autocuidado Diário do Cuidador Cartaz do projeto
5. Reunião com Professor Educação Física da autarquia	Enfermeira mestranda de EECSP, Enfermeira orientadora clínica e Professor de Educação Física da autarquia local	14 de dezembro de 2021	Pavilhão desportivo da freguesia	Método expositivo	Computador WBS

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

6.Sessão de educação para a saúde sobre: Higiene do sono	Enfermeira mestranda de EECSP	20 de dezembro 2021	Sala da Unidade de Saúde da freguesia	Método expositivo	Sala Computador Projektor Questionário de avaliação da sessão
7.Sessão de educação para a saúde sobre: Gestão de sentimentos e emoções	Enfermeira mestranda de EECSP, Psicóloga da UCC e os cuidadores informais	10 janeiro 2022	Sala da Unidade de Saúde da freguesia	Método expositivo Sessão demonstrativa de técnica de gestão emocional	Sala Computador Projektor Roupa confortável Música Questionário de avaliação da sessão
8.Caminhada pela freguesia	Enfermeiras mestrandas de EECSP, Professor de Educação Física da Câmara Municipal e os cuidadores informais	27 de fevereiro de 2022 (após final do estágio devido à pandemia Covid-19)	Caminho pedestre da freguesia	Dinâmica grupal Sessão de exercício físico ligeiro	Roupa leve Lanche saudável (fruta e água)

Fonte: Elaboração própria

3.5.1. Previsão de Recursos

Os recursos devem ser ajustados às necessidades identificadas, uma vez que são fundamentais para dar continuidade ao projeto. Os gastos relacionados com o projeto estão relacionados com os materiais consumíveis, material de apoio e horas de trabalho dos

profissionais. Seguidamente serão descritos os custos relativos à implementação das atividades. Os valores apresentados não significaram custos acrescidos para o serviço onde foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária, tendo sido sempre rentabilizados os recursos existentes. Os recursos materiais necessários e fundamentais à realização das atividades foram adquiridos pela mestranda e também com a ajuda de parceiros, como por exemplo no caso de cópias e bens alimentares. Neste projeto, várias entidades estiveram envolvidas, e os recursos foram:

- Recursos humanos: mestranda; enfermeira orientadora clínica e enfermeiros da UCC; psicóloga; professor de educação física
- Recursos físicos: sala da unidade de saúde da freguesia para realização das sessões, sala de reuniões do Centro de Saúde; Sala de reuniões da Junta de Freguesia;
- Recursos materiais: papel, carro do serviço para deslocação, computador portátil, projetor de imagem, impressora, material didático, guias orientadores, convites e cartazes do projeto;
- Recursos financeiros: os gastos inerentes ao projeto desenvolvido relacionam-se maioritariamente com materiais consumíveis e horas de trabalho, tal como ilustrado no Quadro 8.

Quadro 8

Cálculo de custos

Recursos	Descrição	Valores
Recursos humanos	Enfermeiros	300.00€
	Psicólogos	100.00€
Recursos materiais	Computador	Do próprio
	Projetor	Parceiros
	Impressora/toner	Do próprio
	Material didático	20.00€
	Papel/ Cópias	Parceiros
	Cartazes	30.00€

Deslocações	Carro do serviço/quilómetros	100.00€
Custo total		550.00€

Fonte: Elaboração própria

3.5.2. Comunicação e divulgação do projeto

A divulgação do projeto reveste-se de extrema importância, pois foi fundamental para a adesão dos cuidadores informais, garantindo a participação e o sucesso do mesmo ao longo do seu desenvolvimento. Foi elaborado cartaz do projeto pela mestranda, que posteriormente foi divulgado e afixado em locais estratégicos, como por exemplo no corredor de acesso à UCC e também na unidade de saúde da freguesia. A enfermeira orientadora clínica supervisionou todo este processo e ajudou na divulgação do mesmo, através de comunicação interna e também por *e-mail*, para todos os elementos da equipa multiprofissional da UCC e USF. Posteriormente foi apresentado o projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”, à equipa multiprofissional da UCC e USF, na sala de reuniões do Centro de Saúde, no dia 16 de novembro de 2022. O cartaz e a apresentação em PowerPoint podem ser consultados no Apêndice 4.

Foi elaborado um artigo científico, que contemplou a avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais e suas principais necessidades, correspondente à parte inicial do planeamento em saúde, o diagnóstico da situação de saúde, na qual se pretende intervir. Esta atividade permitiu divulgar os resultados obtidos e confrontá-los com a literatura existente sobre o tema. Consideramos também ser uma forma de divulgação do conhecimento produzido, podendo posteriormente vir a ser publicado em revista científica. O resumo deste artigo encontra-se no Apêndice 5.

3.6. Planeamento da monitorização/Avaliação

Torna-se, assim, necessário planear o momento da avaliação, determinando o valor da intervenção, tendo em atenção os objetivos e metas estabelecidas, possibilitando a adoção de medidas de correção. É também através do processo de avaliação que é possível otimizar os

programas, assim como a orientação e distribuição dos recursos (Imperatori & Giraldes, 1993). A avaliação deve ser integrada em todas as etapas, pois sendo constante permite um melhoramento e uma planificação mais eficaz (Tavares, 1990).

A avaliação do presente projeto implicou a aplicação de um questionário de pontes fracas e pontes fortes aos profissionais da UCC diretamente envolvidos no mesmo (apêndice 6). O questionário possibilitou relacionar o projeto com o meio envolvente, determinando as oportunidades e ameaças ao mesmo. Para uma melhor clarificação das respostas obtidas, procedeu-se à construção de uma matriz SWOT: S-forças (*strengths*); W-fraquezas (*weaknesses*); O-oportunidades (*opportunities*) e A-ameaças (*threats*) após aplicação do questionário contruído para o efeito, apresentada no Quadro 9.

Quadro 9

Análise de Matriz SWOT do projeto

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento da população• Maior proximidade ao utente e família• Estabelecimento de relação de confiança• Prevenção do isolamento dos cuidadores informais• Envolvimento e intervenção coletiva• Promoção da educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidade limitada de alguns elementos da equipa multidisciplinar• Resistência à aceitação de novas atividades inerentes ao projeto• (In)Disponibilidade do carro do serviço para as diferentes atividades da UCC
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">• Envolvimento positivo entre os participantes e equipa• Possibilidade de novas parcerias, consoante as necessidades	<ul style="list-style-type: none">• Política social relativa aos cuidadores informais muito burocrática• Processos para descanso do cuidador muito morosos e complexos na RNCCI

<ul style="list-style-type: none">• Promoção do autocuidado dos cuidadores informais e melhoria da sua qualidade de vida• Expandir o projeto a outras freguesias do concelho	
---	--

Fonte: Elaboração própria

Após esta análise concluímos que o projeto trouxe benefícios quer à unidade de cuidados, quer aos participantes, tornando-se uma mais-valia como promotor de um melhor conhecimento das famílias e comunidades e possibilitando um maior envolvimento de toda a equipa de saúde. Na nossa opinião e consensual a todos os elementos foi o facto de este projeto permitir uma maior proximidade entre os intervenientes. Fomentou a relação de ajuda, pois os cuidadores informais durante a consecução das atividades, verbalizaram que foi importante sentirem que não estão sozinhos no processo de cuidar de alguém dependente.

A avaliação torna-se possível após estabelecimento de indicadores de avaliação ou resultado com a finalidade de apurar se os objetivos e metas delineados serão ou não alcançados. Os indicadores são “os dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação directa do observador” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 178).

“Através da determinação dos objetivos é possível aferir vários tipos de indicadores no projeto de intervenção comunitária” (Melo, 2020, p. 27). Os indicadores de resultados dizem respeito às metas que indicámos anteriormente, assim ao atingirmos estas metas poderemos demonstrar o impacto que o projeto alcançou na população envolvida no projeto. Da análise do quadro 10, podemos concluir que o projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal” cumpriu todas as metas propostas inicialmente.

Antes da análise dos resultados obtidos, importa fazer uma ressalva quanto ao número de cuidadores no início do projeto, isto é, quando foi realizado o diagnóstico da situação e o número de cuidadores aquando da realização das atividades, pois este não é coincidente. Inicialmente a nossa população foram 24 cuidadores de idosos, como descrito anteriormente na apresentação de resultados, mas quando foram planeadas as atividades, o número de cuidadores era de 20, pois 2 idosos que estavam dependentes foram institucionalizados em ERPI e outros

2 faleceram, pelo que a visita domiciliária inicial foi realizada a 20 cuidadores e às respetivas pessoas cuidadas. As sessões de educação para a saúde foram realizadas algumas semanas depois e assim o número de cuidadores disponíveis para integrá-las foi de 18 cuidadores, pois faleceram mais 2 dos idosos dependentes. No entanto, foi também entregue o guia orientador para o autocuidado a 2 dos cuidadores em processo de luto, tendo sido feita visita domiciliária para avaliação da necessidade de encaminhamento psicológico, em conjunto com a enfermeira orientadora clínica do Estágio Final.

As visitas domiciliárias previstas foram todas realizadas, os cuidadores mostraram disponibilidade para nos receberem no seu domicílio, foram ministrados ensinamentos individualizados, entrega de “diário do cuidador” (Apêndice 7), que consistiu num caderno em branco, para o cuidador ir apontando as suas dúvidas, inquietações e sentimentos face ao cuidar. Também foi deixado o convite (Apêndice 8) para a primeira sessão de educação para a saúde e entregue o guia orientador para o autocuidado, elaborado pela mestranda (Apêndice 9), que pretende ser uma orientação sobre estratégias para o cuidador informal adotar, em benefício da sua própria saúde e bem-estar.

A primeira sessão de educação para a saúde sobre a higiene do sono (Apêndice 10) e decorreu conforme o planeamento. Foi cumprido o dia e horário previsto, com a presença da aluna mestranda, a enfermeira orientadora clínica e os participantes convidados para a sessão. Estiveram presentes 12 cuidadores informais, dos 18 previstos, sendo assim a taxa de adesão de 66%, cumprindo-se a meta proposta que era de 65%. Os conhecimentos foram avaliados através de questões diretas para os participantes, que foram projetadas na apresentação em PowerPoint, tendo sido corretas as respostas proferidas, pelo que obtivemos 100% de respostas corretas. A sessão, no geral, foi avaliada através de questionário construído para tal (Apêndice 11), em que os participantes responderam e as respostas “satisfeito”, “muito satisfeito” e “totalmente satisfeito” foram as mais assinaladas para avaliar a sessão, desde a divulgação da mesma, tema e conhecimentos.

Relativamente à sessão de educação para a saúde sobre gestão de sentimentos e emoções (Apêndice 12), esta decorreu conforme o planeamento. Foi cumprido o dia e horário previsto, com a presença da aluna mestranda, a Psicóloga da UCC, a enfermeira orientadora clínica e os participantes convidados para a sessão. Estiveram presentes 15 cuidadores informais, dos 18 previstos, sendo assim a taxa de adesão de 83,33%, cumprindo-se a meta proposta que era de

65%. Os conhecimentos foram avaliados através de questões diretas para os participantes, que foram projetadas na apresentação em PowerPoint, tendo sido corretas as respostas que os participantes deram, obtendo 100% de respostas corretas relativamente à aquisição de conhecimentos. A sessão no geral foi avaliada através de questionário (Apêndice 11), que os participantes responderam prontamente, as respostas “satisfeito”, “muito satisfeito” e “totalmente satisfeito” foram as mais assinaladas para avaliar a sessão desde a divulgação da mesma, tema e conhecimentos do formador, até aos recursos utilizados e condições das instalações.

A caminhada planeada inicialmente, só foi realizada no mês de fevereiro, após o término do estágio devido à situação pandémica que se verificou no início do ano 2022 e após o fim das restrições instituídas pelo governo. Esta iniciativa teve uma boa adesão dos cuidadores e de outros utentes participantes em projeto de intervenção comunitária de outra aluna mestranda, também em estágio na mesma UCC. Foi um dia alegre para todos os intervenientes, um excelente convívio, com partilha de experiências. Foi feita uma reflexão inicial, na qual os cuidadores expuseram as suas dúvidas e maiores preocupações que traziam anotadas nos seus “diários”. O professor de ginástica fez alguns exercícios de aquecimento com os participantes, seguidos de uma caminhada de 30 minutos e terminou com alguns exercícios de relaxamento muscular. Através da parceria com a Junta de Freguesia, conseguimos águas, frutas, camisolas, bonés e ainda uma lembrança da freguesia, para os participantes. Esta atividade terminou com um pequeno lanche no espaço aberto do estaleiro da Junta de Freguesia (Apêndice 13).

Podemos concluir, através dos resultados obtidos na avaliação dos objetivos e metas propostos (Quadro 10), que os mesmos foram atingidos com êxito e que as estratégias selecionadas foram adequadas e uma mais-valia para a consecução de ganhos em saúde com a execução deste projeto. Estes ganhos reportam-se à capacitação dos cuidadores informais quer individualmente, quer em grupo, para a adoção de estratégias para cuidarem de si próprios, visando uma melhoria do seu bem-estar pessoal e uma melhor qualidade de vida. No final, até podemos dizer que, “quem bem se cuida, melhor cuida”. Contribuímos para a promoção do autocuidado dos cuidadores informais de idosos dependentes.

Quadro 10

Avaliação de indicadores de resultado

Objetivo específico	Indicador de avaliação ou resultado	Meta	Valor obtido
1. Elaborar um guia orientador para o autocuidado para os cuidadores informais	<p>Guia: O guia foi construído e validado pela equipa de enfermagem da UCC</p> <p><u>Nº de CI visitados e entregue o guia X 100</u> Nº de CI previstos visitar</p> <p>20/20 x 100 = 100%</p>	80%	100% 
2. Contribuir para a capacitação dos cuidadores informais de idosos dependentes para o autocuidado	<p>Sessão de educação para a saúde sobre Higiene do sono:</p> <p><u>Nº de CI que participaram na sessão X 100</u> Nº de CI previstos</p> <p>12/18 x 100 = 66%</p>	65%	66% 
	<p><u>Nº de CI que reponderam corretamente X 100</u> Nº de CI que participaram na sessão</p> <p>12/12 x 100 = 100%</p>	80%	100% 
	<p>Sessão de educação para a saúde sobre Gestão de sentimentos e emoções:</p> <p><u>Nº de CI que participaram na sessão X 100</u> Nº de CI previstos</p> <p>15/18 x 100 = 83,33%</p>	65%	83,3% 
	<p><u>Nº de CI que reponderam corretamente X 100</u> Nº de CI que participaram na sessão</p> <p>15/15 x 100 = 100%</p>	80%	100% 
	Caminhada, foi planeada e executada		

Fonte: Elaboração própria

3.6.1. Seguimento/*Follow Up* do projeto

Neste ponto importa refletir sobre o decurso do projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”. Para que tal aconteça, sugere-se que este seja replicado a outros cuidadores informais, nomeadamente em cada uma das outras freguesias do concelho, a médio/longo prazo dependendo da disponibilidade da UCC para integrar o mesmo no seu plano de ação.

O projeto em formato de papel e digital (dispositivo de armazenamento em massa), foi disponibilizado para a UCC, ficando a enfermeira orientadora clínica responsável pelo mesmo, a partir desta data.

A motivação de toda a equipa de saúde da UCC foi um aspeto fundamental a ter em conta, pois permitiu expor o quão importante é o presente projeto e que resultados este poderá alcançar, pelo que logo de início foi explicado a toda a equipa em que consistia o mesmo, o diagnóstico da situação realizado e posteriormente a apresentação dos resultados e as atividades planeadas, obtendo o contributo de todos.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Este capítulo pretende fazer um resumo de todas as competências do enfermeiro especialista, as competências comuns e as competências da área de especialização e ainda aquelas que conferem o grau de mestre. A análise das competências adquiridas é alicerçada nos documentos legais que as suportam e no percurso da mestranda desde o início do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorreu de 17 de maio de 2021 a 25 de junho de 2021, até ao Estágio Final, que decorreu de 13 de setembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022.

4.1. Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

“Os cuidados de Saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). As competências comuns dos enfermeiros especialistas regem-se pelo regulamento anteriormente citado, que surgiu da necessidade de ajustar a atribuição de títulos de enfermeiro especialista ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor na atualidade. Existem quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A — Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

Os estágios anteriormente referidos permitiram reforçar e aprofundar a prática

profissional, já presente enquanto enfermeira generalista, assente na deontologia da profissão de enfermagem (Código Deontológico – lei nº 156/2015 de 16 de setembro), que consiste num conjunto de princípios e normas assentes na ética profissional e que alicerçam a conduta dos enfermeiros. De forma a respeitar e a cumprir o disposto no domínio A, a mestranda usou o seu conhecimento e experiência na prestação de cuidados, desenvolvendo ações assentes no pensamento ético, legal e deontológico. Elaborou documento de consentimento informado livre e esclarecido, de modo a informar a sua intenção com a recolha de dados, para que os cuidadores pudessem escolher e decidir, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Requeceu as devidas autorizações junto da CES da ARSA e da CE da UE, obtendo parecer favorável para a realização do projeto de intervenção comunitária.

Nesta reflexão importa ressaltar, que é neste domínio que se encontram a ética e o compromisso profissional, que permitiram à mestranda um agir profissional, um compromisso com o utente/família e comunidade, ao longo de todo o ciclo vital, na saúde e na doença de forma a promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

B — Domínio da melhoria contínua da qualidade

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Neste domínio das competências comuns aos enfermeiros especialistas está presente a melhoria da qualidade dos cuidados. As capacidades e competências da mestranda para atingir este domínio espelharam-se na participação em ações de promoção da saúde, em colaboração com a equipa de enfermagem da UCC, nomeadamente na ação de comemoração do Dia Mundial do Cuidador Informal (Apêndice 14), que decorreu no dia 5 de novembro de 2021, no auditório da Câmara Municipal do concelho, em parceria com a equipa do Contrato Local de Desenvolvimento Social (CLDS). Planeou e participou na apresentação da sessão sobre o cuidador informal, que teve como objetivos:

-Sensibilizar a população em geral sobre a importância do cuidador informal;

-Informar sobre as respostas e recursos existentes na comunidade;

-Promover o autocuidado/bem-estar do cuidador através da partilha de experiências;

-Proporcionar um momento de bem-estar com uma atuação musical.

Foi também desenvolvida uma ação de sensibilização para as crianças do 1º ciclo (aos 1º, 2º, 3º e 4º anos de escolaridade) sobre a Diabetes (Apêndice 15), no âmbito do Dia Mundial da Diabetes e incluída no Programa de Saúde Escolar da UCC. Nesta atividade, foi dinamizada a história infantil “O Diogo tem diabetes” de Baltazar de Matos Caeiro com o objetivo de sensibilizar para a Diabetes e para a importância de adoção de estilos de vida saudáveis.

Participar e elaborar o planeamento destas atividades, permitiu desenvolver competências como dinamizadora, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados que presta, persistindo em manter a segurança e proteção dos utentes, famílias e comunidade, de modo a assegurar um ambiente terapêutico e seguro.

C — Domínio da gestão dos cuidados

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

Para o domínio da gestão de cuidados, a mestranda acompanhou de perto o trabalho da sua orientadora clínica, que é também a coordenadora da UCC, por isso foi um privilégio observar a forma como articula os cuidados dentro da equipa multiprofissional e procede à gestão da equipa. A utilização de novas tecnologias, como email e comunicação interna, foi uma mais-valia para passar a informação sobre o estado de saúde dos utentes, requerer avaliações de outras equipas, como por exemplo a equipa de saúde familiar da USF, a equipa de cuidados paliativos do ACES AC e articulação com outras entidades da comunidade. Foi possível observar e também colaborar em registos na plataforma da RNCCI, atualizar processos e fazer encaminhamentos para outras unidades de prestação de cuidados. Também a implementação do projeto de intervenção comunitária possibilitou assumir a liderança e gerir os recursos disponíveis para alcançar os objetivos traçados, traduzindo-se na melhoria dos cuidados ao utente, família e comunidade.

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. (OE, Regulamento n.º

140/2019, p. 4745)

Os enfermeiros desenvolvem atividades de proteção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em todos os níveis de cuidados de saúde, integrados em equipas multiprofissionais (Nunes, 2018). Assim, perante a diversidade de conhecimentos e de profissionais é fundamental ter presente o autoconhecimento e ser assertivo perante o outro, quer seja o alvo dos cuidados ou um elemento da equipa profissional. Para tal acontecer foi fundamental a orientação e disponibilidade demonstradas pelas orientadoras clínica e pedagógica. Houve um desenvolvimento progressivo das habilidades comunicacionais, adaptação da linguagem ao cuidador informal e idoso dependente, no desenvolvimento do projeto. Também a gestão emocional foi uma estratégia adotada para lidar com algumas situações familiares com que nos deparamos de modo a estabelecer uma relação terapêutica eficaz.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, segundo o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº428/2018, são quatro:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19354)

No Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foi iniciado o processo para

realizar o diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, com os pedidos necessários às entidades envolvidas e às comissões de ética da ARSA e da UE. As autorizações só chegaram no início de setembro, pelo que os questionários foram aplicados já no Estágio Final. A partir daí, foi possível avaliar o estado de saúde da comunidade e as suas necessidades e seguindo as etapas do planeamento em saúde foi exequível a resolução dos problemas identificados. Foram considerados os determinantes sociais da saúde, nomeadamente o bem-estar e a qualidade de vida da população. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve ser capaz de utilizar as competências descritas na alínea a) para dar resposta às necessidades das comunidades e população, no que respeita a cuidados de enfermagem.

Relativamente à alínea b) foi desenvolvido e implementado o projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal” que permitiu contribuir para a promoção do autocuidado dos cuidadores informais, através das estratégias selecionadas e das atividades realizadas envolvendo parceiros na comunidade. Também as sessões de educação para a saúde desenvolvidas em colaboração com a UCC, toda a pesquisa bibliográfica, a capacidade de liderança, contribuíram para alcançar a competência: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), é um documento orientador das políticas de saúde em Portugal, pois, visa obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida, reduzindo ainda o peso da doença, sendo estes os principais objetivos de um PNS (MS, 2015). Para ser possível a elaboração de um Plano, um Programa ou um Projeto em Saúde, é necessário percorrer-se um processo, cujos passos nem sempre são fáceis, mas cuja omissão poderia conduzir a uma má prestação de cuidados, devendo estes ser hierarquizados de modo a atingir os objetivos a que se propõem. Para trabalhar regionalmente e localmente políticas de saúde dirigidas às reais necessidades das comunidades, de acordo com as características de cada região e de cada localidade, existem os Planos Regionais de Saúde e os Planos Locais de Saúde que têm uma responsabilidade de planeamento de atividades muito importante. De facto, a promoção da saúde e do bem-estar só faz sentido numa lógica intersectorial, desde o poder nacional ao local, envolvendo todas as organizações e cidadãos. A nível local, temos o Plano Local de Saúde (PLS) elaborado pelo ACES AC, no qual uma das áreas identificadas para atuação dos profissionais, é a integração de cuidados entre o meio hospitalar, cuidados de saúde primários e cuidados continuados, sendo que a UCC faz a ponte

entre os CSP e os cuidados continuados. Quanto ao plano de ação da própria UCC, um dos problemas prioritários identificados é o baixo nível de literacia ao longo de todo o ciclo vital, tendo como objetivo para responder a esta necessidade aumentar o nível de literacia em saúde na população abrangida pela UCC. Assim o Projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”, insere-se dentro de um Programa Nacional, neste caso no Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados, criado pelo despacho nº6429/2017 de 25 de julho e que juntou dois programas previamente existentes, que eram o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados e o Programa Nacional de Prevenção e Gestão da Doença Crónica. Este programa constituiu uma das principais referências técnicas para criar o SNS+ Proximidade (DR, 2ª série, nº 142 de 25 julho de 2017). Um dos objetivos deste Programa é a prestação de apoio a cuidadores informais em cuidados domiciliários, pelo que podemos afirmar que os resultados obtidos com a implementação deste projeto, foram ao encontro deste objetivo e de toda a problemática associada, bem como as intervenções desenvolvidas, que foram ao encontro do PLS e aos próprios objetivos da UCC.

A participação noutros programas como, o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, através da prestação de cuidados na ECCI, durante o estágio também permitiu atingir a competência da alínea c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Relativamente à competência da alínea d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, podemos afirmar que a realização do diagnóstico de saúde permitiu-nos proceder ao diagnóstico epidemiológico desta população, através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados e o seu tratamento estatístico. A explicação dos fenómenos saúde/doença tornam-se a essência da epidemiologia, pois segundo Melo (2020), a epidemiologia centrada nas pessoas, trata os processos intencionais, os não intencionais e a interação com o ambiente das pessoas. Foi importante para adquirir esta competência, a consulta de fontes de dados, como a PORDATA e o INE, aplicações informáticas que agregam dados, etc. Todo este processo serviu para dar sentido ao diagnóstico de saúde realizado, permitindo assim o planeamento do projeto descrito neste relatório para atingir as metas associadas, contribuindo para a promoção do autocuidado dos cuidadores informais, logo melhorando a sua condição de saúde. A vigilância epidemiológica revela-se fundamental para melhorar os diagnósticos de enfermagem dos indivíduos, famílias e

comunidades, contribuindo também para melhorar as condições em que são prestados estes cuidados.

4.3. Competências do Grau de Mestre

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, da Presidência do Conselho de Ministros, no seu artigo 15º do Capítulo III, menciona que, o grau de mestre é conferido aos que comprovem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

(Decreto de Lei 65/2018, p. 4162)

O Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública permitiu também adquirir, além das competências anteriormente descritas, as competências do grau de Mestre.

A metodologia do planeamento em saúde permitiu a aquisição de novos conhecimentos e a capacidade de compreensão dos problemas da população, baseando o seu desempenho na responsabilidade ética, deontológica e moral. Assim, todo o trabalho efetuado até à redação do presente relatório, nomeadamente com as aulas teóricas e respetivas avaliações, com os estágios

e a implementação do projeto de intervenção comunitária e toda a investigação e pesquisa realizada para cumprir os objetivos do curso, contribuíram para adquirir competências de Mestre. Todo este percurso, incentivou a mestranda a manter uma estreita ligação à formação ao longo da vida profissional, de modo a desenvolver uma prática de qualidade, alicerçada na evidência científica.

5. CONCLUSÃO

O horizonte de uma vida mais longa, associado à baixa fecundidade que atravessamos atualmente, inscreve profundas mudanças nas estruturas demográficas. As gerações mais velhas continuarão a aumentar e as gerações mais novas e potencialmente ativas, a reduzir. Sabemos também que a progressão no envelhecimento, se faz acompanhar de um conjunto de perdas físicas e cognitivas, originando necessidades aos idosos para a realização das suas ABVD e AIVD. Este aumento das necessidades traz aos governos, a missão de responder com políticas sociais adequadas, tendo em vista o bem-estar dos idosos e a economia do país. Cabe à família, na primeira linha, o papel quase exclusivo de cuidar dos seus familiares idosos de modo a promover a sua autonomia ou, se tal não for possível, assegurar cuidados de amor e conforto no seu seio familiar. É na família que se encontram a maioria dos cuidadores informais de idosos, sendo assim fundamental protegê-la e proporcionar condições para cuidar do idoso dependente no seu domicílio, visando a preservação da sua qualidade de vida e contribuindo também para os recursos económicos do país.

Os cuidadores informais, atualmente com o seu estatuto já legislado, são os parceiros na comunidade para a continuidade da prestação de cuidados no domicílio. O reconhecimento da importância dos cuidadores informais, faz-se acompanhar de uma atenção às suas necessidades e dificuldades. É muito importante tentar satisfazer estas dificuldades e dar respostas, para evitar a sobrecarga do cuidador informal e promover a sua qualidade de vida. Atualmente as exigências do cuidar ameaçam a satisfação das necessidades básicas do cuidador, pondo em risco a sua saúde física e psíquica. Os serviços de saúde devem assegurar ao cuidador informal a informação adequada às necessidades da pessoa cuidada e a melhor forma de prestar cuidados e também cuidar de si. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, traduzindo-se numa das suas competências.

A escolha da temática do envelhecimento na vertente dos cuidadores informais de idosos com dependência esteve relacionada a conversa informal com a enfermeira orientadora

clínica do estágio e restante equipa de enfermagem, também com a pesquisa bibliográfica efetuada e consulta de indicadores demográficos, verificando-se ser uma população envelhecida e com muita carência de cuidados de proximidade. Através do contacto com a população idosa, durante o estágio, ficou presente a necessidade de cuidados aos mais idosos que na maioria das vezes são assegurados pelos seus familiares ou cuidadores informais.

O acima referido justifica a pertinência do projeto relatado neste documento, que teve como objetivo geral: Contribuir para a promoção do autocuidado dos cuidadores informais de idosos com dependência, numa das freguesias da área de abrangência de uma UCC do ACES Alentejo Central, até janeiro de 2022. As atividades planeadas e desenvolvidas com o envolvimento de parceiros na comunidade pretenderam dar resposta aos objetivos específicos e às metas a que nos propusemos, tendo sido atingidas como explicito no ponto da monitorização e avaliação, neste relatório. Foi elaborado um guia orientador para o autocuidado, que pretendeu fornecer ferramentas para os cuidadores poderem cuidar de si, promovendo o seu autocuidado. Este guia foi entregue à totalidade de cuidadores do projeto. Contribuiu-se também para a capacitação dos cuidadores informais, através das atividades implementadas, como as sessões de educação para a saúde, sobre medidas para promover uma boa higiene do sono e sobre gestão emocional, na qual foi exemplificada uma das técnicas para controlar os sentimentos e emoções. Também a atividade ao ar livre, uma caminhada com pequeno lanche, foi estrategicamente importante, para retirar um pouco os cuidadores de casa, contribuindo para o seu lazer.

A educação para a saúde, a capacitação dos cuidadores informais, a passagem de informações para seu próprio benefício, respeitando a sua singularidade foram peças fundamentais para um exercício profissional competente e porque as pessoas não vivem isoladas, estendeu-se também às suas famílias, nomeadamente aos idosos dependentes a seu cargo e à comunidade em geral.

Perante o descrito até aqui e considerando o objetivo geral deste relatório, entendemos que foi possível documentar a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens (conhecimentos, aptidões e competências), enquanto Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Como objetivos específicos, aceitamos que foi capaz de refletir e fundamentar a prática clínica, baseada na evidência científica. Descreveu a implementação de um projeto de intervenção comunitária ancorado na metodologia do planeamento em saúde, seguindo todas as fases do mesmo. Por fim, refletiu criticamente sobre as competências adquiridas com o Curso

de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, demonstrando capacidade de síntese e autocrítica.

As dificuldades e limitações sentidas referentes ao desenvolvimento do projeto, foram a falta de resposta atempada por parte da CES da ARSA para realizar o diagnóstico da situação ainda no primeiro estágio. Atravessámos uma fase complicada da pandemia por Covid 19, pelo que uma das atividades ocorreu depois de terminar o estágio final.

Como sugestões, esperamos que o mesmo tenha continuidade na equipa multiprofissional da UCC, com o objetivo de alcançar outros cuidadores, que devido à limitação temporal do estágio e à área de abrangência da UCC ser dispersa, não foi possível integrar no projeto. Preveem-se assim, ganhos em saúde, sobretudo para esta população, pois visa contribuir para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida. Pensamos que esta iniciativa também melhore o desempenho e os indicadores da própria UCC pois contribui para os seus cuidados assistenciais e os cuidadores cada vez mais têm de ser vistos como aliados dos profissionais de saúde, evitando agravamento do estado de saúde dos dependentes a seu cargo e de si próprios e evitando institucionalizações e mais gastos em saúde.

A temática abordada sobre o envelhecimento individual e demográfico, o contexto familiar, os cuidadores informais de idosos dependentes e as políticas de apoio aos mesmos, foi uma mais-valia para compreender esta realidade tão atual e perceber o quão é fundamental dar resposta às necessidades dos cuidadores informais, na coerência de que é preciso ajudar quem ajuda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Alentejo Central. (2017). *Planos Locais de saúde- Estratégia de saúde*. pp.1-20 Plano-Local-de-Saude-ARS-Alentejo.pdf (parlamento.pt)
- Anjos, K., Boery, R., Santos, V., Boery, E. & Rosa, D. (2017). Characteristics of Elderly and their Family Caregivers. *Journal of Nursing*, 11 (3), pp.1146-1155. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13489/16208>
- Araújo, F., Ribeiro, J.L., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Qualidade de Vida*. VOL. 25, N 2. pp.59-66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, (s.d.). Documento-Guia sobre a análise de projectos de investigação clínica por uma comissão de Ética para a Saúde. ARSA, I.P. p. 1-6.
- Assembleia da República (2016). Resolução da Assembleia da República n.º 129/2016 Recomenda ao Governo a criação do estatuto do cuidador informal. *Diário da República*, 1.ª série N.º 136 de 18 de julho de 2016. pp. 2293-2294.
- Augusto, B. M., Rodrigues, C. J., Rodrigues, C.M., Rodrigues, E.C., Oliveira, F.M., Simões R.D., Ribeiro, I.C., Gonçalves, J.L., Gonçalves, S.M., Carvalho, R.P., Aleixo, S.M., Azevedo, V.M., Almeida, Z.M. & Gomes, M.Z. (2002). *Cuidados Continuados- família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Formasau
- Bento, M. (2020). Políticas públicas e respostas sociais para pessoas idosas em Portugal uma proposta de reorganização do SAD em direção ao ageing in place. Em M. Faria, J.P. Ramalho, A. C. Nunes & A. I. Fernandes (Coord). *Visões sobre o envelhecimento*. Observatório da Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, Instituto Politécnico de Beja Editorial. pp. 271-286. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5193/4/VIS%c3%95ES%20SOBRE%20O%20ENVELHECIMENTO.pdf>
- Berger, M. L. & Poirier, D.M. (1995). *Pessoas Idosas- Uma abordagem global*. Lusodidacta.
- BI- CSP (2022). *Contratualização- Planos de Ação das Unidades Funcionais*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Câmara Municipal De ... (2018). *Diagnóstico Social 2018 – Rede Social*. Câmara Municipal do

concelho de ...

Câmara Municipal De ... (2019). *Carta Educativa do concelho de ... Revisão e Complemento de 2019*. Universidade Túlio Espanca. Universidade de Évora.

Cancela, D., M. (2008). O processo de envelhecimento. *Portal dos Psicólogos*, 1-15. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Canhestro, A.M. (2018). *Envelhecer com saúde Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal]. <http://hdl.handle.net/10451/34565>

Choi, S. & Seo, J. (2019). Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nursing Forum*; Apr-Jun2019, Vol. 54 Issue 2. pp. 280-290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30737798/>

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa.

Costa, P. M. & Nunes, A. C. (2020). Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. Em M. Faria, J.P. Ramalho, A. C. Nunes & A. I. Fernandes. (Coord). *Visões sobre o envelhecimento*. Observatório da Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, Instituto Politécnico de Beja Editorial. pp. 65-78. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5193/4/VIS%c3%95ES%20SOBRE%20O%20ENVELHECIMENTO.pdf>

Decreto Regulamentar n.º 1/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais. *Diário da República eletrónico*. 1ª série nº6 (pp.21-36). <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>

Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Divisão de genéticas, crónicas e geriátricas. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

Direção geral da saúde (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>

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

Ferreira, M., Cordeiro, J. M. & Oliveira, P. (2021). Contributos para a intervenção do enfermeiro

de família ao cuidador informal do idoso dependente. *Projetar Enfermagem- Revista Científica de Enfermagem* ISSN 2184-4402 - Edição n.º 4. Pp. 41-56. https://www.researchgate.net/publication/349670518_Contributos_para_a_intervencao_do_enfermeiro_de_familia_ao_cuidador_informal_do_idoso_dependente_Revisao_scoping_Contributions_for_the_intervention_of_the_family_nurse_to_the_informal_caregiver_of_the

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi editores.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Figueiredo, D. (2019). O Cuidador Também Precisa de Ser Cuidado? Cuidar das Condições Físicas e Psicológicas do Cuidador. Em Pinto, A.M., Veríssimo, M. & Malva, J. (Coord.). *Envelhecimento Ativo e Saudável- Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. pp.330-339. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Fonseca, C., Pereira, C. & Pinho, L. (2021). Estatuto do cuidador informal um percurso em evolução. Em Lopes. M. & Sakellarides, C. (coord.). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo*. Imprensa Universidade de Évora. pp.122-135.
- Fortin, M.F., (1999). *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Lusociência
- Gemito, L. (2011). *Políticas Sociais, Idosos E Famílias, no Alentejo*. [Tese de Doutoramento, Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora]. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/9091/1/Tese%20de%20Doutoramento.pdf>
- Gemito, L. (2015). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Riase on line*, agosto 2015, 1 (2), pp.132-144. <http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1%282%29.132>
- Gonçalves, J.L. (2018). *Manual do Cuidar. Guia prático do cuidador que presta cuidados a pessoas dependentes*. UCC Norton de Matos. Coimbra. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061051/Documents/Manual%20do%20Cuidar%20UCCNM.pdf>
- Honoré, B. (2004). *Cuidar, persistir em conjunto na existência*. Lusociência
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2.ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Portal do Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107661&xlang=pt

- Instituto da Segurança Social (2020). *Guia prático- estatuto do cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal*. (8004 – v1.03). https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20n%C3%83%C2%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto- -Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República Eletrónico*, 1.º série N.º 169 de 4 de setembro, pp. 55-66. <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
- Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República Eletrónico* 1.ª série N.º 171 de 6 de setembro, pp.3-15. <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>
- Lopes, M. (2021). Definição de um percurso de cuidados para as pessoas com dependência. Em M. Lopes & C. Sakellarides, (coord.). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo*. Imprensa Universidade de Évora. pp 217-230.
- Lopes, V. & Arco, H. (2019). Intervenções na sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade – Revisão integrativa da literatura. *Revista Egítania Scientia*, N.º25. pp.121-135. <http://www.egitaniascientia.ipg.pt/artigo.aspx?id=286&revista=37>
- Macaya, M.C., Muro, Y.L.& Pacheco, I. (2020). Intervención enfermera para el estudio de la salud percibida por cuidadores: Talleres dirigidos a formar al cuidador. *European Journal of Health Research: (EJHR)*, Vol. 6, N.º2. pp. 145-156. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.212>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Decreto de Lei n.º101/2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República Eletrónico*, 1.ª série, n.º 109 (junho), pp. 3856-3865. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/109/2006/06/09/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde (2008). Decreto de Lei n.º 28/2008. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República Eletrónico*. 1.ª série, n.º 38 (fevereiro), pp. 1182-1189. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html://data.dre.pt/eli/dec-lei/106/2015/06/16/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão a 2020*.

<https://www.sns.gov.pt/wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Ministério da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Ministério da Saúde (2017). SNS + Proximidade. *Mudança centrada nas pessoas*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNsProximidade-1.pdf

Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social (2019). *Carta Social, Rede de serviços e equipamentos-Relatório 2018*. Gabinete de estratégia e planeamento. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2018.pdf/a15c531a-6e04-471d-b94f-1f34b08c6bd6>

Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?* Infografia https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico do Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de enfermagem. pp 1-22. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Lusodidacta- Sabooks Editora. 2ª edição.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 348/2015 de 19 junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República Eletrónico*, 2.ª série, N.º 118. pp. 16481-16486. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018, 16 de julho de 2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2ª série, N.º 135. Pp. 19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro. pp.

4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=D1B13C865A7B04652F34B5E3990070A2?sequence=6

Organização das Nações Unidas (2015). *World Population Ageing 2019 Highlights*. www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf

Pasqualotti, A., Gil, H. & Carvalho, M.I. (2015) Envelhecimento e os desafios à investigação e intervenção: processos de infoexclusão e infointervenção. *Ciências e políticas públicas / public sciences & policies*. vol. I, nº1, pp. 201-227. <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/5151/1/ENVELHECIMENTO.pdf>

Pereira, M. G. & Carvalho, H. (2012). Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, Vol. 20, no 2, 369 – 383. <https://doi.org/10.9788/TP2012.2-07>

Pinto, A.M., Rodrigues, V., Rosa, M. & Oliveira, C. (2019). Em A.M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coord.). *Envelhecimento Ativo e Saudável- Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://monographs.uc.pt/iuc/catalog/download/4/9/16-2?inline=1>

Pordata (2022). *Índice de envelhecimento no Alentejo*. PORDATA - Índice de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rojas-Ocaña, M. J., Araújo, M., Romero, R. & García, E.B. (2021). Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development* 22(e26): 1–11. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000086>

Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II Série, nº2 de março de 2010. pp 9-16. file:///C:/Users/cidal/Downloads/1Revista_Refer%C3%Aancia.pdf

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª ed. Lidel – edições técnicas, Lda.

Slusarska, B. Bartoszek, A.Kocka, K., Deluga, A.,Chrzan-Rodak, A.& Nowicki, G. (2019). Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit

- an example of home care in Poland. *Clinical Interventions in Aging*; May2019, Vol. 14, pp. 889-903. <https://doi.org/10.2147/cia.s191984>
- Soeiro, J., Araújo, M., Figueiredo, S. (2020). *Cuidar de Quem Cuida*. Penguin, Random House, Grupo Editorial.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde- Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.
- Tavares, J.P. (2019). Cuidar da pessoa idosa: habilidades fundamentais. Em A.M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coord.). *Envelhecimento Ativo e Saudável- Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://monographs.uc.pt/iuc/catalog/download/4/9/16-2?inline=1>
- Tavares, J.P., Nunes, L.N. & Grácio, J.C. (2019). Cuidado centrado na funcionalidade: Uma “nova” abordagem do cuidado. Em A.M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coord.). *Envelhecimento Ativo e Saudável- Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://monographs.uc.pt/iuc/catalog/download/4/9/16-2?inline=1>
- Teixeira, A.R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J.A., Almeida, M.J., Matias, M.L., Ferreira, M.S., Narigão, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais*, Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. Com a colaboração do Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social. pp. 1-114. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=dc76beb75496.pdf&Inline=true>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Lusociência.
- Vale, J., Neto, A., Santos, L., & Santana, M.E. (2019). Self-Care Of the Caregiver of The Sick In Adequate Palliative Oncological Home Care. *Journal of Nursing UFPE online*. 2019;13: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. <http://hdl.handle.net/10849/181>
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*, December 1996. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>

ANEXOS

Anexo 1
Escala de Barthel

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

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

Anexo 2
Escala de Zarit

Escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador (ACES AC)

Questões	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Bastantes vezes 3	Quase sempre 4
1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele (ela) realmente precisa?					
2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio (a), devido ao tempo que tem que dedicar ao seu familiar?					
3. Sente-se em "stress" por ter que se dividir entre o cuidador do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?					
4. Sente-se envergonhado (a) com o comportamento do seu familiar?					
5. Sente-se irritado (a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?					
6. Acha que o seu familiar está presentemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?					
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?					
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?					
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?					
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?					
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?					
13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?					
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?					
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?					
16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?					
18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?					
19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?					
20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?					
21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?					
22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
TOTAL =					
Quantas horas despende para cuidar do seu familiar?					

Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa
Data da Avaliação	

Anexo 3

Questionário Abreviado da Qualidade de vida – WHOQOL-Bref.

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino **A4 Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1 ^o -4 ^o anos	<input type="text"/>
5 ^o -6 ^o anos	<input type="text"/>
7 ^o -9 ^o anos	<input type="text"/>
10 ^o -12 ^o anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 4

Parecer da Sra. Diretora Executiva do ACES AC

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

Undeliverable: Fwd: Pedido de autorização para realização de projeto – Mensagem – Correio

Responder Responder a todos Reencaminhar Arquivar Eliminar Definir sinalizador

RE: Pedido de autorização para realização de projeto



Maria Ceu Canhao <MCeu.Canhao@alentejocentral.min-saude.pt>

11/06/2021 15:40

Para: Cidália Guerreiro

Boa tarde Enfa Cidália

Da nossa parte nada temos a opor à realização do Projeto.

Cumprimentos,

Maria do Céu Canhão

Diretora Executiva do ACES AC

Não é possível apresentar a imagem ligada. O ficheiro pode ter sido movido, mudado de nome ou

Não é possível apresentar a imagem ligada. O ficheiro pode ter sido movido, mudado de nome ou eliminado. Verifique se a ligação aponta para o ficheiro e localizações corretos.

Não é possível apresentar a imagem ligada. O ficheiro pode ter sido movido, mudado de nome ou eliminado. Verifique se a ligação aponta para o ficheiro e

Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central

Rua Manuel d'Olivais, nº 16 | 7000-610 Évora

Tel: 266 242 607

www.arualentejo.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Não é possível apresentar a imagem ligada. O ficheiro pode ter sido movido, mudado de nome ou eliminado. Verifique se a ligação aponta para o ficheiro e localizações corretos.

De: Cidália Guerreiro <cidaliaguerreiro72@gmail.com>

Enviado: 6 de junho de 2021 11:31

Para: Maria Ceu Canhao <MCeu.Canhao@alentejocentral.min-saude.pt>

Assunto: Re: Pedido de autorização para realização de projeto

Anexo 5

Parecer da Equipa Coordenadora Regional da RNCCI



Declaração

A Equipa de Coordenação Regional do Alentejo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados declara que o estudo “Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência – Estratégias de intervenção” da Enfermeira Cidália Maria Manços Guerreiro, a desenvolver Estágio do V Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, apresenta relevância e pertinência e cumpre as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Informa-se que este estudo decorrerá na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) [REDACTED] e não implica qualquer custo para as organizações alvo.

Évora, 03 de setembro de 2021

(Maria da Graça Godinho Simões Eliseu)

Graça Eliseu
Coordenadora ECRAIentejo

Anexo 6

Parecer da Comissão de Ética da ARS Alentejo

04.11.2021
Processo 26/CE/2021
Parecer 12/CE/2021
Informação 26/INFCE/2021 – satisfação das condições



ENT/ARSA/10927

5 NOV. 2021

Homologado
5-11-2021

Paula Ribeiro Marques
Vogal do Conselho Directivo



Informação 26/INFCE/2021

Sobre o *Projeto de Intervenção Comunitária Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência*
Estratégias de intervenção

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CE) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início, em 17.06.2021 ao **Processo 26/2021/CE**, sobre o *Projeto de Intervenção Comunitária Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência Estratégias de intervenção*, da investigadora principal Cidália Guerreiro; Orientadora: Professora Doutora Maria Laurência Gemito e Supervisora Clínica; Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [redacted] no âmbito académico e inserido no estágio I e estágio final do V Curso de mestrado em associação a decorrer na Universidade de Évora, nomeadamente na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Foi emitido o Parecer 12/CE/2021 favorável condicionado ao ponto **B.4.** a **B.6.** à autorização para realização deste estudo, em 05.08.2021. Esta Comissão de Ética recebeu informação/documentos relativos aos pontos:.....

B.4. Esta Comissão de Ética considera necessário o envio a esta CE do CV da Supervisora Clínica, antes do início da colheita de dados.....

B.5. Esta Comissão de Ética considera necessário o envio da declaração da Coordenadora regional da ECR Alentejo, antes do início da colheita de dados

B.6. Esta Comissão de Ética considera importante recomendar a menção na parte explicativa do modelo de consentimento Informado, Livre e Esclarecido, à possibilidade de: i) o participante poder escolher o local onde lhe será entregue o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (domicílio ou na Unidade de Saúde de [redacted] ou na USF de Portel). Caso seja no domicílio, tal será realizado pela Enfermeira [redacted] ou pela Enfermeira [redacted], em momento oportuno de deslocação à localidade de [redacted]. Caso seja numa das unidades de saúde, será efetuada, sempre que possível, uma coordenação entre o participante e as enfermeiras acima referidas, para que num dos momentos de deslocação à unidade de saúde, para eventual consulta ou ato, o

mesmo seja entregue, promovendo o conforto do utente e minimizando as suas deslocações. Caso tal não se verifique, o utente é informado que se optar por esta possibilidade responsabiliza-se pelas despesas que daí decorrem; ii) o participante poder recorrer ao descanso do cuidador previsto na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....

A informação/documentos relativa aos pontos: B.4. foi recebida em 19.08.2021; B.5. foi recebida em 03.09.2021; e B.6. foi recebida em 04.11.2021, deixando o Parecer de estar condicionado e deliberando por unanimidade emitir a **Informação 26/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

Anexo 7

Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	2	1	0	5	6
-----------	---	---	---	---	---

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “*Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência- Estratégias de intervenção.*”, pelo mestrando **Cidália Maria Manços Guerreiro** sob a supervisão da Prof.^a Doutora Maria Laurência Gemito (responsável académica).

Universidade de Évora, 15 de novembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.^a Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

Anexo 8

Autorização de utilização do Questionário Abreviado da Qualidade de
Vida WHOQOL-Bref.

We have received your response for Pedido de instrumento de avaliação | Qualidade de Vida



JotForm <noreply@jotform.com>

07/06/2021 22:08

Para: cidaliaguerreiro72@gmail.com

Pedido de instrumento de avaliação | Qualidade de Vida

Nome	Cidália Guerreiro
E-mail	cidaliaguerreiro72@gmail.com
Área de formação do requerente	Outra
Área de formação:	Enfermagem
Profissão	ENFERMEIRA
O instrumento de avaliação será utilizado para fins	Académicos/Investigação
Nome	Cidália Guerreiro
E-mail	cidaliaguerreiro72@gmail.com
Instituição	Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Título	Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência Estratégias de intervenção
Tipo de população	Cuidadores Informais de idosos dependentes
Tamanho de amostra previsto	25-30
Qual o questionário desejado	WHOQOL-Bref
	Accepted

Now create your own JotForm - It's free!

Create a JotForm

APÊNDICES

Apêndice 1

Instrumento de caracterização sociodemográfica

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES INFORMAIS

Assinale com **X** o item que estiver mais de acordo com a sua situação.

1-Idade:

20 - 30 anos	
31 - 40 anos	
41 -50 anos	
51 - 60 anos	
61 - 70 anos	
> 71 anos	

2- Sexo:

Masculino	
Feminino	

3- Estado Civil:

Solteiro (a)	
Casado(a)/união de facto	
Viúvo(a)	
Divorciado(a)/Separado(a)	

4-Qual a sua situação perante o emprego?

Ativo (a)	
Reformado(a)/invalido (a)	
Desempregado (a)	
Doméstico(a), ou nunca trabalhou	

5- Qual a profissão que exerce ou exerceu? _____

6- Qual a sua escolaridade?

Não sabe ler nem escrever	
1º - 4º anos	
5º - 6º anos	
7º - 9º anos	
10º - 12º anos	
Estudos universitários	
Formação pós-graduada	

7- Qual a sua relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados?

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

8 - Há quanto tempo o idoso é dependente? _____

9- Vive na mesma habitação que o idoso a seu cargo?

Sim	
Não	
Ocasionalmente	

10- Tem ajuda de mais alguém para cuidar do idoso?

Sim	
Não	

Se respondeu sim, indique quem _____

11 -Tem apoio da rede dos cuidados continuados e cuidados paliativos?

Sim	
Não	

Apêndice 2

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE)

**Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em
projeto de intervenção comunitária**

Eu, Cidália Maria Manços Guerreiro, enfermeira na USF Planície em Évora, com cédula profissional nº4044 e aluna do V Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED], sob a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED] e a orientação científica e pedagógica da Professora Doutora Maria Laurência Gemito.

Título do estudo: Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência- Estratégias de intervenção

Enquadramento do estudo: Este estudo é realizado no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem, no qual, se enquadra a temática da sobrecarga do cuidador informal, questão que preocupa profissionais de saúde e outros familiares. Cuidar de alguém implica uma completa alteração de rotinas, tanto do principal cuidador, como de todo o seio familiar, provocando muitas vezes grande distúrbio familiar ou incapacidade dos elementos da família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades do familiar cuidado.

Objetivo do estudo: O objetivo principal, é, avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais no desempenho das suas funções à pessoa idosa com dependência. Com este estudo desejamos também identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores informais.

A entrega dos documentos será efetuada pelos elementos que referenciam os participantes, no local que o possível participante escolha, no seu domicílio ou na Unidade de Saúde de [REDACTED] ou na USF [REDACTED]. Caso deseje que o mesmo seja entregue no domicílio, poderá ser realizado pela Enfermeira [REDACTED] ou pela Enfermeira [REDACTED] em momento oportuno de deslocação à localidade de [REDACTED]. Caso pretenda deslocar-se a uma das unidades de saúde, será coordenado entre si e as enfermeiras acima referidas, para que num dos momentos de deslocação à unidade de saúde, para eventual consulta ou ato, o mesmo seja entregue, promovendo o conforto do utente e minimizando as suas deslocações.

Se no decorrer da aplicação dos instrumentos de colheita de dados for percebido evidente a necessidade de apoio psicológico, o participante poderá ser encaminhado para o psicólogo da equipa multidisciplinar da ECCI ou para o seu médico de família, se este não

estiver integrado nesta equipa. Também se houver necessidade de descanso do cuidador que seja expressamente manifestada pelo próprio, poderá ser feito processo de encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Condições: A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo, não havendo qualquer tipo de compensação para quem participa. Possui, também o direito de recusar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo para si, tal como poder interromper em qualquer momento por cansaço ou indisponibilidade para continuar. Realço que serão respeitados todos os requisitos e procedimentos éticos, neste projeto, tendo obtido o parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) de acordo com a norma 015/2013 atualizada a 04/11/2015. É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. O Consentimento Informado Livre e Esclarecido é entregue pela Enfermeira [REDACTED] ou pela Enfermeira [REDACTED], em formato impresso e preenchido em duplicado, sendo uma via para o estudante e uma via para o participante. A recolha dos dados, poderá demorar em média 20 minutos. Após preenchimento dos questionários, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

Informações ou reclamações: Para qualquer esclarecimento que entenda necessário, estaremos disponíveis nos seguintes contactos: cidaliaguerreiro72@gmail.com e [REDACTED] ou através do telefone: [REDACTED]. No entanto, se pretender informações acerca do tratamento dos dados, poderá contactar o Encarregado da Proteção de Dados da ARSA, no seguinte endereço: epd@arsalentejo.min-saude.pt e também o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade de Évora: epd@uevora.pt, no entanto se decidir reclamar sobre algum procedimento para a Comissão Nacional de Proteção de Dados, deve fazê-lo para seguinte E-mail: geral@cnpd.pt

Na expectativa de obter o seu consentimento, agradeço desde já a sua disponibilidade e a atenção dispensada, esperando contribuir para a prevenção da sobrecarga e exaustão dos cuidadores informais de idosos com dependência.

Agradeço a sua colaboração,

Cidália Maria dos Anjos Guerreiro



(Professora Doutora Maria Laurência Gemito, orientadora científica do estágio)

Declaração do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos. Nome legível do profissional de saúde: _____ Data ___/___/___ Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição) Unidade de Saúde _____ Contacto institucional do profissional de saúde _____.

Declaração de Consentimento do participante

Designação do estudo: Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com dependência - Estratégias de intervenção.

Eu, _____ abaixo-assinado, declaro ter lido e compreendido este documento bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinaram. Tive tempo para refletir e esclarecer dúvidas. Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer altura, poder recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências ou interromper podendo continuar em outra altura. Desta forma aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto, para o relatório final de estágio e divulgação em termos científicos com a garantia de confidencialidade e anonimato que me são asseguradas pela aluna mestranda e suas orientadoras.

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

Este consentimento será assinado por mim em duplicado, ficando com um dos exemplares.

Em caso de necessidade manifestada ou percecionada, aceita ser encaminhado para apoio psicológico (coloque uma cruz no que pretender):

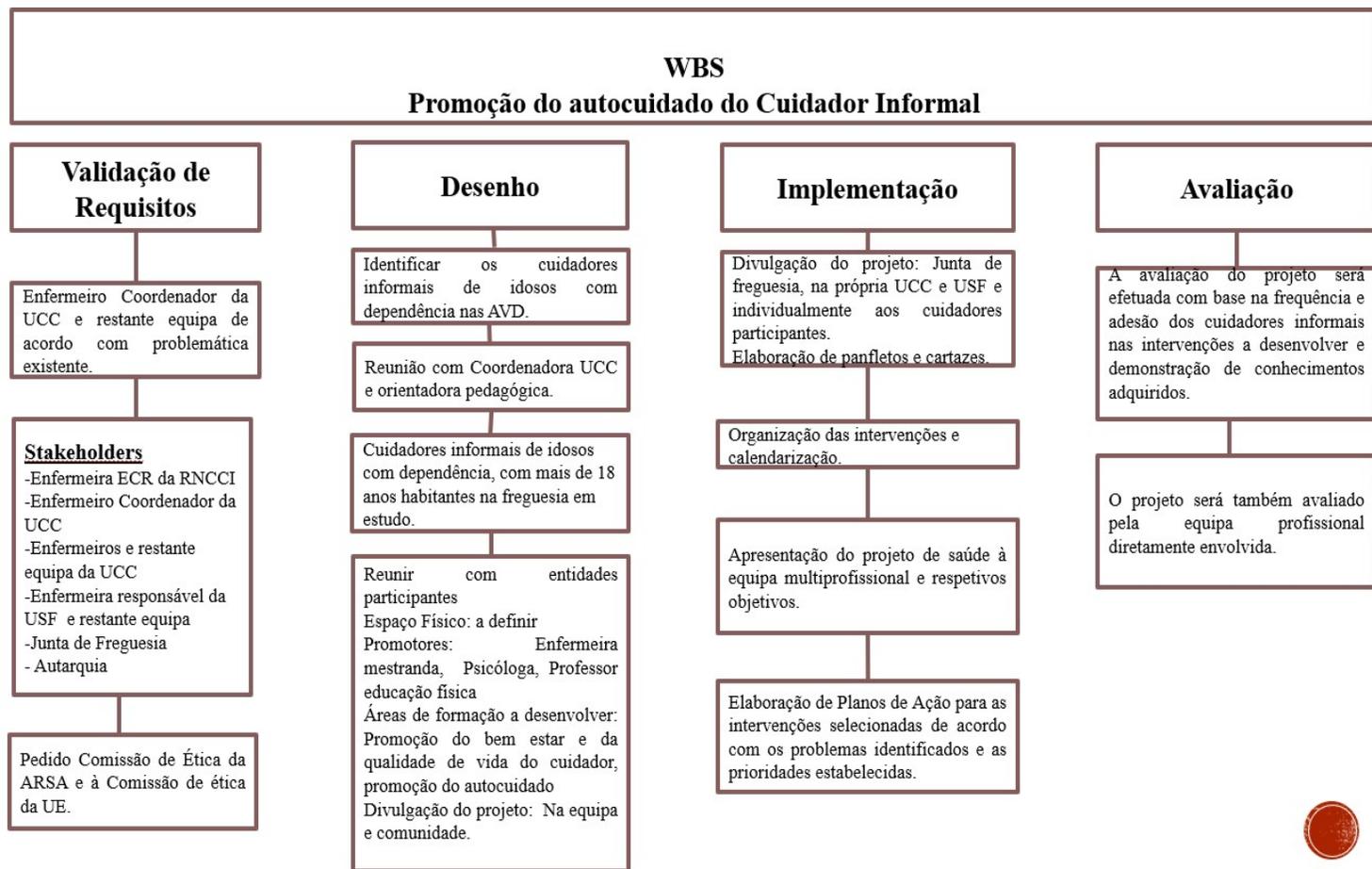
Sim _____ Não _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Apêndice 3

Work Breakdown Structure (WBS)



Apêndice 4

Cartaz e apresentação do projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”

▪ Cartaz do Projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”

PROJETO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA
“PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO
DO CUIDADOR INFORMAL”
UCC de [REDACTED]

Objetivos:

- Contribuir para o autocuidado dos cuidadores informais de idosos com dependência
- Promover momentos de partilha
- Dar voz aos cuidadores informais
- Encontrar respostas e soluções para dificuldades e necessidades manifestadas pelos cuidadores informais

Atividades:

- Sessões temáticas de Educação para a Saúde
- Visita Domiciliária—Entrega do Diário do cuidador/ Guia orientador de autocuidados—Esclarecimento de dúvidas
- Caminhada/ lanche — Parcerias

[REDACTED]

QRS **Atenção**
CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

ACES
ALIANÇA CENTRAL

The poster features a green border with a leaf pattern at the top and bottom. On the left side, there are three orange flowers on green stems. At the bottom left, there are logos for QRS (Atenção), Cuidados Continuados (Saúde e Apoio Social), and ACES (Aliança Central). A large blue rectangular box is present at the bottom right of the text area, and another smaller blue box is next to the text 'UCC de'.

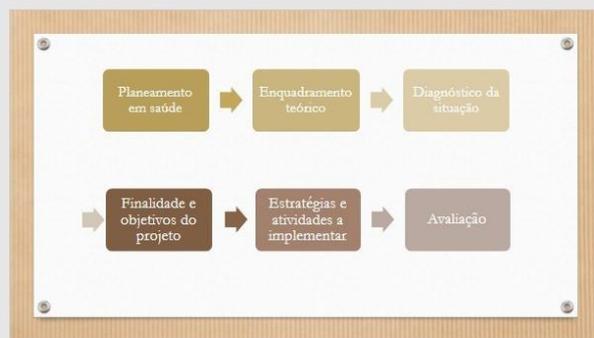
PowerPoint do Projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”

Projeto de Intervenção Comunitária
 “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”

Unidade Curricular: Estágio Final
 Aluna mestranda – Cidália Guesseiro

Mestrado em Enfermagem
 Orientadora científica: Prof. Dr.ª Maria Laureância Gemito
 Orientadora clínica: Sra. En.ª Especialista em En.ª

1



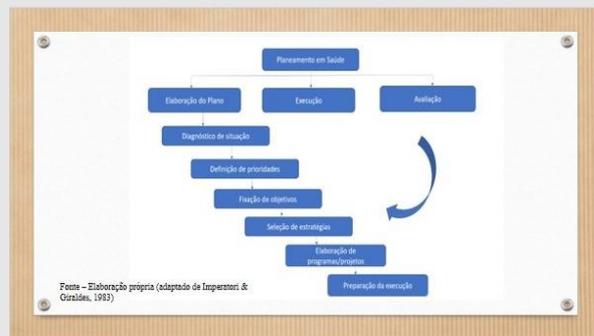
2

Planeamento em Saúde

“Pode ser definido como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”

Imperatori, E. & Giraldes M. R., (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais. Escola Nacional de saúde Pública.

3



4

Envelhecimento Demográfico
 Maior Dependência
 Necessidade de cuidados
CUIDADORES INFORMAIS

5

Cuidador Informal

- A tradição de ajuda entre pais e filhos está na base da conceção da figura do cuidador informal, assenta na ajuda natural e na permanência das pessoas idosas no seu domicílio, no seu meio ambiente e rodeadas dos seus familiares e amigos. O papel do cuidador familiar ou informal do idoso, assume assim vital importância, pois a responsabilidade dos cuidados recai sobre ele.
- O papel de cuidador informal acarreta grande responsabilidade, sendo que a contínua exposição a esforços físicos, psicológicos e sociais, provoca uma sobrecarga que poderá ter repercussões a nível da saúde física e mental do cuidador.

6

Diagnóstico da Situação de Saúde

População alvo: todos os cuidadores informais de idosos com dependência na freguesia em estudo abrangida pela UCC acolhedora do estágio

Instrumentos aplicados: Questionário Sociodemográfico; escala de Barthel; Escala de Zant e Questionário WHOQOL Bref. da qualidade de vida da WHO

7

Estadística

IDADE DO CUIDADOR INFORMAL

- Estado civil: a maioria (17) dos cuidadores são casados ou a viverem em união de facto;
- Situação laboral: 10 cuidadores encontram-se ativos perante o emprego, 7 são reformados, 4 são desempregados e 3 são domésticos ou nunca trabalharam;
- Habilitações literárias: a resposta mais frequente foi: 75.0ª anos de escolaridade, com 8 cuidadores, 1 cuidador não sabe ler nem escrever, apenas assinar o seu nome;
- Grau de parentesco: 17 são filhos, 5 são cônjuges e 2 apresentam outro grau de parentesco

8

Anos de dependência do idoso

Valido	< 1 ano	Frequência	Porcentagem
	< 1 ano	3	12,5
	1 a 2 anos	7	29,2
	2 a 3 anos	4	16,7
	Mais de 3 anos	10	41,7
Total		24	100,0

Fonte: Análise descritiva do SPSS 24.0, elaborada pela autora

9

- 11 são os irmãos e cunhados
- 13 possuem mais de 50 anos ou mais
- 17 vivem com a pessoa cuidada
- 6 não vivem
- 1 vive ocasionalmente

Apenas 2 referem ter apoio da RIVCCI

10

Aplicação da Escala de Barthel

Fonte: Análise descritiva do SPSS 24.0, elaborada pela autora

11

Aplicação da Escala de Zarit

Valido	< 21 Ausência de sobrecarga	Frequência	Porcentagem
	< 21 Ausência de sobrecarga	4	16,7
	21-40 Sobrecarga moderada	11	45,8
	41-60 Sobrecarga moderada a severa	8	33,3
	> 61 Sobrecarga severa	1	4,2
Total		24	100,0

Fonte: Análise descritiva do SPSS 24.0, elaborada pela autora

12

Percepção da sobrecarga pelo cuidador informal

Valido	Nunca	Frequência	Porcentagem
	Nunca	5	20,8
	Quase nunca	2	8,3
	Az vezes	5	20,8
	Muitas vezes	6	25,0
	Quase sempre	3	12,5
Total		24	100,0

Fonte: Análise descritiva do SPSS 24.0, elaborada pela autora

13

Implicação do cuidar na saúde do cuidador

Valido	Nunca	Frequência	Porcentagem
	Nunca	7	29,2
	Quase nunca	4	16,7
	Az vezes	7	29,2
	Muitas vezes	5	20,8
	Quase sempre	1	4,2
Total		24	100,0

Fonte: Análise descritiva do SPSS 24.0, elaborada pela autora

14

Como avalia a sua qualidade de vida?

QUALIDADE DE VIDA

Fonte: Elaboração própria

15

Resultado dos domínios do WHOQOL Bref.

Fonte: Elaboração própria

16

Apêndice 5

Resumo do artigo científico

Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes

Burden and quality of life of informal caregivers of dependent elderly

Carga y calidad de vida de los cuidadores informales de ancianos dependientes

Resumo

Introdução: A sobrecarga á qual os cuidadores informais estão sujeitos no seu processo contínuo de cuidar pode influenciar a sua qualidade de vida. Algumas estratégias e medidas que previnam a exaustão do cuidador e que invistam no seu autocuidado podem ser ensinadas e disponibilizadas pelos profissionais de saúde.

Objetivo: Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais no desempenho das suas funções à pessoa idosa e caraterizar a sua qualidade de vida.

Metodologia: Utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde. Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Amostra por conveniência, constituída por 24 cuidadores de idosos dependentes nas AVD. Inquérito por questionário (WHOQOL Bref.) e escalas selecionadas (Zarit e Barthel), anónimos aplicados ao cuidador. Tratamento estatístico através do *Software Statistical Package for Social Sciences*, versão 2.4.

Resultados: A maioria dos cuidadores são mulheres, casadas, com idades entre os 41 e 50 anos. Da totalidade da amostra, 19 cuidadores apresentam sobrecarga de moderada a severa. A qualidade de vida geral destes cuidadores apresentou valores de 52,08%, considerando-se uma qualidade de vida nem boa, nem má.

Conclusão: Demonstrada a importância da promoção de medidas que diminuam a sobrecarga dos cuidadores informais, nomeadamente intervindo no autocuidado dos mesmos, com o objetivo de alcançarem uma melhor qualidade de vida no futuro. Evidencia-se a pertinência da educação para a saúde, no âmbito da literacia em saúde e autocuidado, desenvolvendo intervenções individualizadas ou em grupo.

Descritores: Cuidador informal; Sobrecarga; Qualidade vida; Promoção do autocuidado

Abstract

Introduction: The burden to which informal caregivers are subjected in their continuous care process can influence their quality of life. Some strategies and measures that prevent the exhaustion of the caregiver and that invest in their self-care can be taught and made available by health professionals.

Objective: To evaluate the burden of informal caregivers in the performance of their functions to the elderly person and to characterize their quality of life.

Methodology: The Health Planning methodology was used. Cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Convenience sample, consisting of 24 caregivers of elderly dependent in ADLs. Questionnaire survey (WHOQOL Bref.) and selected scales (Zarit and Barthel), anonymous applied to the caregiver. Statistical treatment through the Software Statistical Package for Social Sciences version 2.4.

Results: Most caregivers were women, married, aged between 41 and 50 years. Of the total sample, 19 caregivers had moderate to severe burden. The overall quality of life of these caregivers showed values of 52.08%, being considered neither a good nor a bad quality of life.

Conclusion: The importance of promoting measures to reduce the burden of informal caregivers was demonstrated, namely by intervening in their self-care, with the purpose of achieving a better quality of life in the future. The relevance of health education within the scope of health literacy and self-care is highlighted, developing individualized or group interventions.

Descriptors: Informal caregiver; burden; Quality of life; Self-care promotion

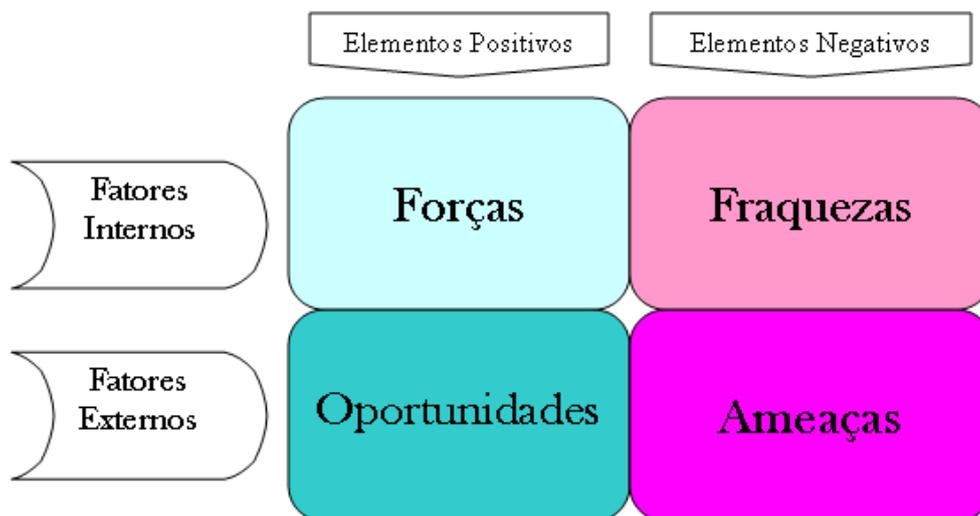
Apêndice 6

Questionário de avaliação SWOT do projeto

PÚBLICA

Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública 2º Ano/1º Semestre
Análise SWOT do projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal” na UCC
de []

Aluno: Cidália Guerreiro



Este questionário tem como objetivo contribuir para a avaliação do projeto de intervenção comunitária: “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”

A sua resposta é muito importante. Todas as respostas são confidenciais.

Qual ou quais os pontos fortes que identifica no projeto?

Que aspetos negativos ou fraquezas, identifica no projeto?

Quais foram as oportunidades que o projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal” permitiu?

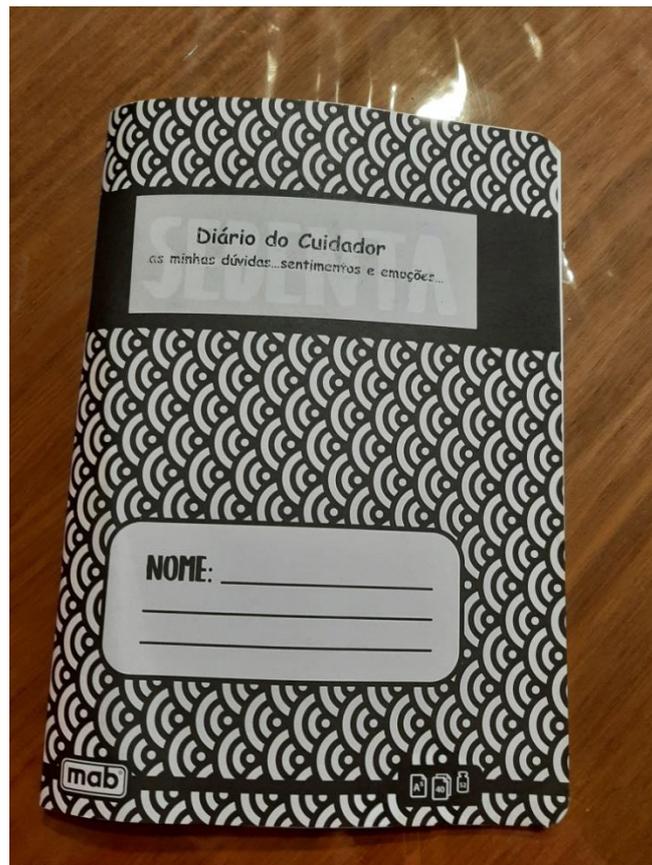
Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

Que aspetos considera como ameaças ao projeto, que possam comprometer a sua continuidade?

Obrigada!

Apêndice 7
“Diário do Cuidador”

- “Diário do Cuidador”



Apêndice 8

Convite ao cuidador para as sessões de educação para a saúde



Convite ao Cuidador

Temos o prazer de o convidar, a participar na sessão de Educação para a Saúde, com o tema: Higiene do Sono, a realizar pela Enfermeira Cidália Guerreiro, mestranda do V Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Esta sessão será realizada no dia 20/12/2021 pelas 17.30 horas, na sala espera da Unidade de Saúde de 

Contamos com a sua presença, que é muito importante para nós!

OBRIGADA



Convite ao Cuidador

Temos o prazer de o convidar, a participar na sessão de Educação para a Saúde, com o tema: *Gestão de Sentimentos e Emoções*, a realizar pela psicóloga [REDACTED] e pela Enfermeira Cidália Guerreiro, mestranda do V Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Esta sessão será realizada no dia 10/01/2022 pelas 17.30 horas, na sala espera da Unidade de Saúde de [REDACTED]

Contamos com a sua presença, que é muito importante para nós!

OBRIGADA

Apêndice 9

Planeamento da visita domiciliária e do
Guia orientador para o autocuidado

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal



Planeamento da visita domiciliária ao cuidador informal

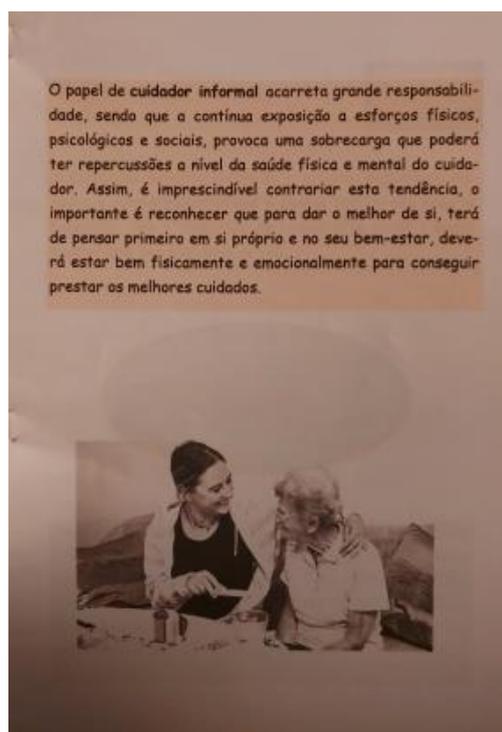
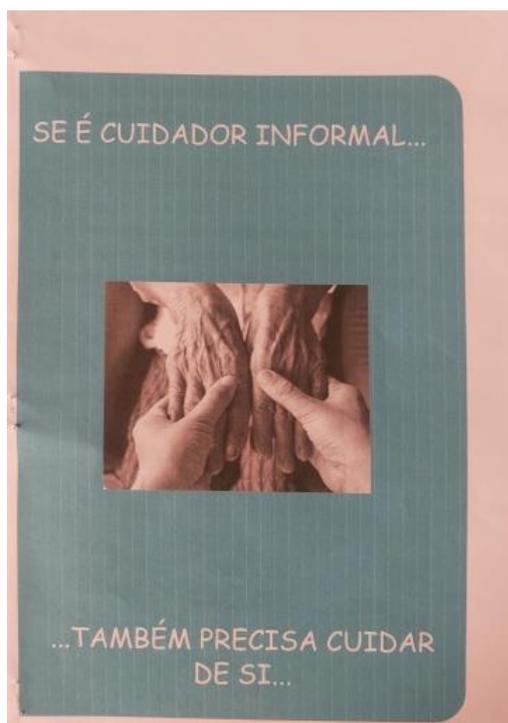
Atividade	Objetivos	Quem	Quando	Onde	Como	Processo	Avaliação
Visita domiciliária ao cuidador informal	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal” - Disponibilizar o guia orientador para o autocuidado, com ensino individualizado - Entregar “diário do cuidador” - Convidar o cuidador para a primeira sessão de educação para a saúde 	Mestranda e Enfermeira orientadora clínica	Novembro e dezembro	Domicílio dos cuidadores informais	Visita domiciliária	<ul style="list-style-type: none"> -Reunião com as orientadoras do Estágio. -Elaboração de guia orientador para o autocuidado -Elaboração de convite para primeira sessão de educação para a saúde 	<ul style="list-style-type: none"> -Indicador de processo ou de atividade: Nº de visitas domiciliárias realizadas/ Nº de visitas domiciliárias previstas realizar



Planeamento do guia orientador para o autocuidado

Atividade	Objetivos	Quem	Quando	Onde	Como	Processo	Avaliação
Elaboração de um guia com sugestões e orientações para os Cuidadores Informais	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar estratégias para que os cuidadores informais, possam manter atividades de lazer e descanso -Descrever atividades que beneficiem a saúde e o bem-estar dos cuidadores informais - Motivar para o autocuidado - Informar sobre contactos úteis e de emergência 	Mestranda	Novembro e dezembro	Domicílio dos cuidadores informais	Visita Domiciliária para entrega do guia e informação/esclarecimento sobre o mesmo. Entrega também do “Diário do Cuidador Informal”	<ul style="list-style-type: none"> -Reunião com as orientadoras do Estágio -Pesquisa bibliográfica 	<ul style="list-style-type: none"> Indicador de processo ou de atividade: Nº de guias distribuídos /nº de guias previstos distribuir

▪ Guia Orientador para o autocuidado





Autocuidado significa cuidar de si próprio, englobando atitudes e comportamentos que a pessoa faz em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde e assim manter uma boa qualidade de vida.

Porquê Cuidar de mim?

Deixamos algumas sugestões práticas que o poderão ajudar a aliviar o stress e a sobrecarga que a prestação de cuidados ao seu familiar pode originar. O objetivo é que as ponha em prática, pelo menos aquelas que conseguir, no sentido de contribuir para o seu bem estar e a melhoria da sua qualidade de vida.

O que pode fazer:

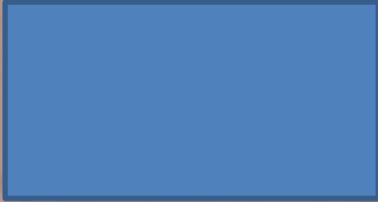
- 1. Estabeleça rotinas**
Criar horários para as atividades do dia-a-dia e para a prestação de cuidados, ajuda a planear e organizar o seu tempo.
- 2. Divida as diversas atividades**
É importante envolver os familiares mais próximos ou até amigos para ajudar com algumas atividades e cuidados, quer à pessoa dependente, quer ao ambiente físico.
- 3. Não esqueça os seus cuidados pessoais**
Lembre-se que é muito importante estar bem para poder cuidar. Cuide da sua saúde, consulte o seu médico, faça os seus exames de rotina e siga as suas recomendações.
Alimente-se bem, beba muita água.
Durma bem e repouse por períodos, aproveite o tempo que o seu familiar dependente dorme e descanse também.
Reserve algum tempo para si.

- 4. Mantenha atividades recreativas e de lazer**
Enumere e registre as atividades que lhe dão prazer, tente realizar algumas, pois isso irá distraí-lo e ajudar a manter o seu bem estar psicológico.
- 5. Evite sentimentos negativos**
Pode pensar que não está a fazer tudo pelo seu familiar, ou que pode fazer melhor, mas não se sinta culpado. Tudo o que faz é muito é com sentimento de amor e carinho e que cada dia aprende mais sobre a doença e os cuidados a prestar.
- 6. Partilhe as suas experiências**
Saber que existem pessoas na mesma situação ajuda bastante. É importante procurar grupos de apoio para desabafar e partilhar experiências.
- 7. Estimule a autonomia do idoso**
Devemos fazer com o idoso e não por ele, deixe que ele faça as atividades que ainda consegue, nem que seja escolher a roupa que quer vestir.

- 8. Procure acompanhamento psicológico**
Procurar a ajuda de um psicólogo, contribui para manter a sua saúde mental e entender melhor os seus sentimentos.
- 9. Evite o isolamento**
Procure manter contacto com amigos e familiares, mantendo-se ativo na sua rede social.
- 10. Reconheça o limite**
Se acha que está exausto e a sua saúde está a ser prejudicada, procure respostas sociais que possam ajudá-lo a descansar.

Não se esqueça de si

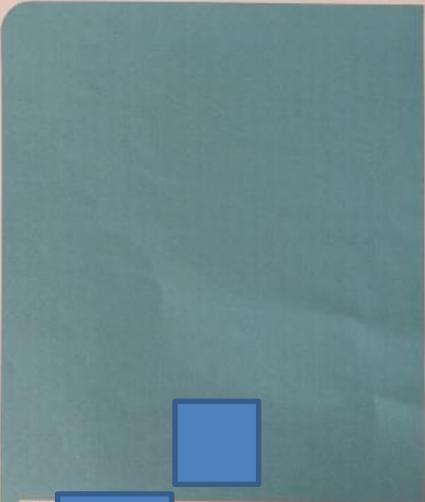
Contatos úteis:



Alguns Sites na internet:

Área do Cuidador Informal
www.eportugal.gov.pt

Associação Nacional de Cuidadores Informais
www.ancuidadoresinformais.pt



UCC [redacted]

Elaborado por Cidália Guerreiro—Aluna do V Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública em Associação

Orientação— Enfermeira Especialista em enfermagem Comunitária [redacted] Professora

Doutora Laurência Gemito

Apêndice 10

Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre Higiene do Sono



Planeamento de Intervenção de Educação para a Saúde

- **Tema:** Higiene do Sono
- **Contextualização do tema:**

Os idosos dependentes, vulneráveis ou frágeis, necessitam de cuidados e atenção essencialmente daqueles que lhe são próximos, nomeadamente um familiar mais próximo que assume o papel de cuidador informal. O cuidador informal é a figura mais próxima do destinatário de cuidados e que cada vez mais é imprescindível para dar continuidade à prestação de cuidados, passando a realizar tarefas que antes eram desempenhadas pelos profissionais de saúde, mas que com a sua orientação e capacitação, consegue pôr em prática. O papel de cuidador geralmente recai no familiar mais próximo, normalmente o cônjuge ou uma filha, predominando o género feminino neste papel. O Estatuto do Cuidador Informal, considera:

Cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, artigo 2.º, p. 9)

Os cuidados familiares têm sido caracterizados como uma experiência complexa e multidimensional, que poderá predispor ao stress ou sobrecarga (Figueiredo, 2019). O termo sobrecarga do cuidador tem sido muito estudado ultimamente e refere-se sobretudo aos efeitos negativos que o cuidar de outra pessoa pode exercer no próprio cuidador. O desempenho deste papel, assume-se de enorme responsabilidade, pois a contínua exposição a esforços físicos, psicológicos e sociais, leva à exaustão, que poderá ter consequências quer a nível da saúde física, quer a nível da saúde mental do cuidador.

Perante o exposto anteriormente, e após análise reflexiva sobre este tema, com os profissionais da UCC onde decorre o estágio, foi realizada uma colheita de dados com o objetivo de identificar as necessidades dos cuidadores informais, os seus principais problemas e dificuldades. As perturbações do sono e do repouso, foram um dos problemas identificados após o tratamento dos dados recolhidos por inquérito aos cuidadores informais. Assim, no

seguimento da execução e implementação do projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”, planeou-se a atividade de Educação para a Saúde sobre a higiene do sono, aos cuidadores informais participantes.

▪ **Objetivo geral:**

- Contribuir para a adoção de comportamentos benéficos para a saúde por parte dos cuidadores informais, através de uma correta higiene do sono

▪ **Objetivos específicos:**

- Definir os conceitos de sono e higiene do sono
- Descrever 3 medidas de higiene do sono
- Enumerar 3 dos benefícios para a saúde resultantes da alteração de comportamentos nos hábitos de sono e repouso

▪ **Atividades:**

- Elaborar o plano de sessão (Quadro 1)
- Contactar a Junta de freguesia e estabelecer parceria
- Preparar a apresentação e os convites
- Elaborar o método de avaliação de conhecimentos e da sessão em geral
- Visita domiciliária para entrega dos convites e divulgação da atividade
- Preparar a sala onde irá decorrer a sessão com as medidas de segurança face ao contexto pandémico atual.

▪ **Quadro 1** – Plano da sessão de educação para a saúde

	<p>PLANO DA SESSÃO</p>
<p>Tema: Higiene do sono</p>	

Promoção do autocuidado do Cuidador Informal

Formadores	Mestranda Cidália Guerreiro	
Destinatários: Cuidadores Informais participantes no estudo		
Local: Unidade de saúde da freguesia		
Data: 20/12/2021	Hora: 17.30h	Duração prevista: 40 min
Objetivos		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none">• Contribuir para a adoção de comportamentos benéficos para a saúde por parte dos cuidadores informais, através de uma correta higiene do sono		
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">• Definir os conceitos de sono e higiene do sono• Descrever 3 medidas de higiene do sono• Enumerar 3 dos benefícios para a saúde resultantes da alteração de comportamentos nos hábitos de sono e repouso		

Conteúdos da sessão teórica (40 minutos): 1- Apresentação da formadora e formandos e dos temas a abordar e da estrutura da formação (5 minutos) 2- Conceito de sono e higiene do sono (5 minutos) 3- Importância de adoção de medidas de higiene do sono (5 minutos) 4- Benefícios de um bom sono (5 minutos) 5- Exposição de um filme sobre higiene do sono (10 minutos) 6- Esclarecimento de dúvidas e avaliação da sessão (10 minutos)
Metodologia e Recursos
Metodologia: Expositivo
Meios audiovisuais: Computador, Projetor e Software PowerPoint.
Material: folhas de registos; caneta;
Avaliação da Sessão
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de questionário de avaliação da sessão.
Avaliação de conhecimentos
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de questionário sobre a temática apresentada em projeção.

▪ **Avaliação da sessão:**

A sessão de Educação para a Saúde decorreu conforme o planeamento. Foi cumprido o dia e horário previsto, com a presença da aluna mestranda, a enfermeira orientadora clínica e os participantes convidados para a sessão. Estiveram presentes 12 cuidadores informais, dos 18 previstos, sendo assim a taxa de adesão de 66%, cumprindo-se a meta proposta que era de 65%.

Os conhecimentos foram avaliados através de questões diretas para os participantes, que foram projetadas na apresentação em power point, tendo sido corretas as respostas proferidas, pelo que obtivemos 100% de sucesso.

A sessão no geral foi avaliada através de questionário, que os participantes responderam

prontamente e está resumida no quadro 2, através do somatório de respostas obtidas. Podemos observar que as respostas satisfeito, muito satisfeito e totalmente satisfeito foram as mais assinaladas para avaliar a sessão desde a divulgação da mesma, tema e conhecimentos do formador até aos recursos utilizados e condições das instalações.

Quadro 2 – Somatório das respostas ao questionário de Satisfação da Sessão

	Na da satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulgação da sessão	0	0	3	5	4
Tema e conteúdos abordados	0	0	2	6	4
Conhecimentos do formador	0	0	0	4	8
Utilidade da temática para a sua vida diária	0	0	0	5	7
Recursos didáticos utilizados	0	0	3	6	3
Instalações	0	0	10	2	0
Duração da sessão	0	0	2	8	2
Satisfação Geral com a sessão	0	0	0	6	6

No final do questionário alguns dos comentários e sugestões deixados foram:

“Todos estes esclarecimentos são muito bons” ... “fiquei muito satisfeita” ... “foi bom para ajudarmos os nossos doentes”

▪ **Referências bibliográficas:**

Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República Eletrónico* 1ª série N.º 171, pp.3-15. <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>
Pinto, A.M., Veríssimo, M. & Malva, J. (2019). *Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade

de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851>

▪ PowerPoint da sessão:

1

2

3

	Estágio do Sono	Duração
Acordado	Estágio 0	16-18 horas por dia
Sono NREM	Sono Leve — Estágio 1	4-7 horas por noite
	Estágio 2	
	Sono Profundo — Estágio 3	
Sono REM	Estágio R	1h-1h30 por noite

4

5 O Sono...

- "O sono é um processo complexo em que ocorrem múltiplas funções que são benéficas para corpo e mente. A capacidade de memória, aprendizagem e de decisão lógica dependem de um bom sono. Por outro lado, o sono influencia o nosso sistema imunitário, regula o metabolismo - quer pelo equilíbrio da glicose e da insulina, quer pelo balanço entre hormonas da saciedade e do apetite - e influencia o sistema cardiovascular"
- Dra. Susana Sousa de SFP
- A maioria dos distúrbios do sono é evitável ou tratável, mas menos de um terço dos doentes procura ajuda profissional. Os distúrbios do sono constituem uma epidemia global que ameaça a saúde e qualidade de vida de cerca de 45% da população mundial.

6 Evidências

- De acordo com um questionário realizado online pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho e que abrangeu uma amostra de 643 portugueses com idade igual ou superior a 25 anos, 46% dormem menos de 6 horas por dia, 21% dizem que demoram mais de 30 minutos para adormecer, 32% consideram ter um mau sono e 40% reportam dificuldade em manter-se acordados durante a condução e outras atividades diárias.
Fonte: www.sppneumologia.pt
- No nosso estudo, 48,6% dos cuidadores consideram ter problemas relacionados com o sono e o repouso.

7

Lembrar-se dos sonhos é sinal que dormiu bem

As sextas não são saudáveis

O álcool garante uma boa noite de sono

Podemos treinar o nosso corpo para precisar de menos sono

Mitos sobre o sono



Não se deve acordar um sonâmbulo

8




9 O sono



Dormir é essencial, por exemplo, para o desenvolvimento do cérebro e do corpo.



Não dormir o número de horas necessárias pode ter consequências muito mais graves do que simplesmente um mau acordar.

O sono é uma necessidade vital para todas as pessoas. Durante o sono muitas atividades importantes acontecem no organismo.

Problemas de saúde como a obesidade, a menor resistência a doenças e problemas de comportamento como hiperatividade, impulsividade e a falta de concentração podem estar relacionados com a falta de sono.

10 A importância do sono

- Mantém o peso
- Melhora a memória
- Reduz a pressão arterial
- Previne a depressão
- Promove o bem-estar



11

O sono está diretamente relacionado com a idade cronológica das pessoas e apresenta mudanças significativas ao longo da vida.

Horas de sono recomendadas de acordo com a idade	
0 a 3 meses	De 14 a 17 horas
4 a 11 meses	De 12 a 15 horas
1 a 2 anos	De 11 a 14 horas
3 a 5 anos	De 10 a 13 horas
6 a 13 anos	De 9 a 11 horas
14 a 17 anos	De 8 a 10 horas
18 a 25 anos	De 7 a 9 horas
26 a 64 anos	De 7 a 9 horas
Mais de 65 anos	De 7 a 8 horas

Fonte: National Sleep Foundation (2014)

12 A Higiene do sono

A higiene do sono consiste na adoção de um conjunto de bons comportamentos, rotinas e condições ambientais relacionadas com o sono, que possibilitam uma melhor qualidade e duração do mesmo.





Medidas de higiene do sono

- Durma o tempo indicado para a sua idade e para se sentir descansado
- Crie uma rotina de dormir e acordar todos os dias à mesma hora
- Evite dormir durante o dia (apenas se sentir muito cansado e aproveitar o sono do familiar dependente)
- Se tiver fome, faça um lanche leve; beba um copo de leite

13

Medidas de higiene do sono

- Não ingira estimulantes após as 18h, como café, chá verde e chá preto
- Tome um banho quente antes de dormir
- Evite atividades estimulantes antes de ir dormir
- Faça exercícios de relaxamento



14

Medidas de higiene do sono

- Evite ver televisão na cama, esta é apenas para dormir
- Se não conseguir dormir após 15 a 20 min após estar na cama, não tente forçar o sono, tome um chá de camomila ou cidreira, leia um livro ou faça outra atividade que lhe dê prazer
- Ambiente confortável e repousante, com temperatura adequada

15

Video:
O sono é essencial para a nossa saúde



16

Resumindo:

- O sono é...
um processo complexo em que ocorrem múltiplas funções que são benéficas para corpo e mente.
- A higiene do sono é...
um conjunto de bons comportamentos, rotinas e condições ambientais relacionadas com o sono, que possibilitam uma melhor qualidade e duração do mesmo.

17

Resumindo- 3 medidas de higiene do sono:

- 1- Criar rotinas
- 2- Tomar um banho quente
- 3- não ingerir bebidas estimulantes

18

Resumindo- 3 benefícios de um bom sono:

- 1 - Mantém o peso
- 2 - Melhora a memória
- 3 - Promove o bem estar

19

Bibliografia:

- Associação Portuguesa do sono (s.d.) - Mitos sobre o sono. [Associação Portuguesa do Sono - Mitos sobre o sono \(apsono.com\)](http://Associação Portuguesa do Sono - Mitos sobre o sono (apsono.com))
- Berger, M. L. & Mailloux-Poirier, M.D. (1995). Pessoas idosas, uma abordagem global. Lusodidacta
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2020) - Dia Mundial do Sono 2020 - Melhor sono, melhor vida, melhor planeta. [ci.melhor-sono-melhor-vida-melhor-planeta.pdf \(sppneumologia.pt\)](http://ci.melhor-sono-melhor-vida-melhor-planeta.pdf (sppneumologia.pt))

20



Apêndice 11

Questionário de avaliação das sessões de educação para a saúde

Questionário de Satisfação da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: _____

Data: ___/___/_____ Local: _____

A sua opinião é importante para nós, pedimos que avalie a sessão de Educação para a Saúde a que assistiu. Assim, assinale com um X o quadrado correspondente à sua opinião de acordo com a escala, desde Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulgação da sessão					
Tema e conteúdos abordados					
Conhecimentos do formador					
Utilidade da temática para a sua vida diária					
Recursos didáticos utilizados					
Instalações					
Duração da sessão					
Satisfação Geral com a sessão					

Deixe alguns comentários ou sugestões, que nos ajudem a melhorar:

Muito obrigado pela participação!

Apêndice 12

Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre Gestão de Sentimentos e
Emoções



Planeamento de Intervenção de Educação para a Saúde

- **Tema:** Gestão de Sentimentos e Emoções
- **Contextualização do tema:**

Geralmente, é a família que assume o papel de prestadora de cuidados, criando as condições necessárias para proporcionar dignidade, bem-estar e qualidade de vida ao seu familiar dependente. Assim, o cuidador informal assume a missão de assegurar conforto, felicidade e amor. Esta tarefa, é, contudo, muito exigente e desgastante podendo conduzir a impactos negativos quer na prestação dos cuidados, quer no próprio cuidador principal, afetando também todos os elementos que fazem parte do núcleo familiar (Costa & Nunes, 2020). Muitos familiares sentem-se bastante assoberbados com a experiência de cuidar e acabam por não ter tempo para si próprios, sentem que têm de aprender a prestar os melhores cuidados de saúde e a adaptarem-se à situação de dependência do seu familiar superando as dificuldades e integrando a prestação de cuidados como parte do seu quotidiano. Esta atitude pode traduzir-se em patologias do foro físico e psicológico (Costa & Nunes, 2020).

Em síntese, podemos dizer que o papel de cuidador pode trazer repercussões na vida e na saúde dos cuidadores informais. Estes, devido ao tempo e à dedicação à pessoa cuidada, passam a viver em função desta e das suas necessidades. Com efeito, este facto pode levar à existência de problemas familiares, laborais, isolamento do cuidador, aumentando a sua ansiedade e sintomas depressivos. Assim, torna-se imperioso contrariar este ciclo, estimulando os cuidadores a cuidarem de si próprios, para estarem aptos física e emocionalmente a prestarem os melhores cuidados ao seu familiar.

Perante o descrito anteriormente, pareceu-nos pertinente desenvolver uma atividade que também vá ao encontro dos resultados obtidos, em que 48,96% dos cuidadores referiu já ter tido sentimentos negativos. Assim, no seguimento da execução e implementação do projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”, planeou-se a atividade de educação para a saúde sobre a gestão de sentimentos e emoções, aos cuidadores informais participantes neste estudo. Foi também envolvida a psicóloga clínica da UCC, uma vez que possui conhecimentos nesta área que são uma mais-valia para os objetivos estabelecidos.

É importante que os cuidadores informais, reconheçam os seus sentimentos e emoções, para poderem controlá-los e modificá-los em benefício próprio e também da pessoa que cuidam. A gestão emocional pode ser aprendida, incluindo a compreensão, o controle e a modificação dos próprios sentimentos e emoções. Uma boa gestão de emoções proporciona uma melhor qualidade de vida, uma satisfação pessoal aumentada e uma melhor autoestima.

- **Objetivo geral:** Capacitar os cuidadores informais de idosos dependentes para a adoção de estratégias de gestão emocional

- **Objetivos específicos:**
 - Identificar 3 sentimentos negativos associados ao cuidar
 - Enumerar 3 estratégias de gestão de emoções
 - Executar 1 exercício de regulação emocional

- **Atividades:**
 - Elaborar o plano de sessão (quadro 1)
 - Contactar a Junta de Freguesia e estabelecer parceria
 - Preparar a apresentação e os convites
 - Elaborar o método de avaliação de conhecimentos da sessão
 - Visita domiciliária para entrega dos convites e divulgação da atividade
 - Preparar a sala onde irá decorrer a sessão com as medidas de segurança face ao contexto pandémico atual.

- **Quadro 1** – Plano da sessão de educação para a saúde

		PLANO DA SESSÃO	
Tema: Gestão de Sentimentos e Emoções			
Formadores		Mestranda Cidália Guerreiro	
			

Destinatários: Cuidadores Informais		
Local: Unidade de Saúde da freguesia		
Data: 10/01/2022	Hora: 17.30h	Duração prevista: 50 min
Objetivos		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none">• Capacitar os cuidadores informais de idosos dependentes para a adoção de estratégias de gestão emocional		
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">• Identificar 3 sentimentos negativos associados ao cuidar• Enumerar 3 estratégias de gestão de emoções• Executar 1 exercício de regulação emocional		
Conteúdos da sessão teórica (50 minutos): <ol style="list-style-type: none">1 -Apresentação dos formadores e dos temas abordar e estrutura da formação – Quebra-gelo (5 minutos)2 -Implicações do cuidar na saúde do cuidador (5 minutos)3 -Diferença entre sentimentos e emoções – Sentimentos negativos (5 minutos)4 -Importância de adoção de estratégias de gestão dos sentimentos e emoções (5 minutos)5 -Benefícios de uma boa gestão emocional (5 minutos)6 -Demonstração de técnicas de regulação emocional com exercício prático (15 minutos)7 -Esclarecimento de dúvidas e avaliação (10 minutos)		

Metodologia e Recursos
Metodologia: Expositivo; demonstrativo
Meios audiovisuais: Computador, Projetor e Software PowerPoint.
Material: folhas de registos; caneta;
Avaliação da Sessão
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de questionário de avaliação da sessão
Avaliação de conhecimentos
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de questionário sobre a temática apresentada em projeção e demonstração aleatória de técnicas de regulação emocional

▪ **Avaliação da sessão:**

A sessão de Educação para a Saúde decorreu conforme o planeamento. Foi cumprido o dia e horário previsto, com a presença da aluna mestranda, a Psicóloga da UCC, a enfermeira orientadora clínica e os participantes convidados para a sessão. Estiveram presentes 15 cuidadores informais, dos 18 previstos, sendo assim a taxa de adesão de 83,33%, cumprindo-se a meta proposta que era de 65%.

Os conhecimentos foram avaliados através de questões diretas para os participantes, que foram projetadas na apresentação em PowerPoint, tendo sido corretas as respostas que os participantes deram, obtendo 100% de sucesso relativamente á aquisição de conhecimentos.

A sessão no geral foi avaliada através de questionário, que os participantes responderam prontamente e está resumida no quadro 2, através do somatório de respostas obtidas. Podemos observar que as respostas satisfeito, muito satisfeito e totalmente satisfeito foram as mais assinaladas para avaliar a sessão desde a divulgação da mesma, tema e conhecimentos do formador até aos recursos utilizados e condições das instalações.

Quadro 2 – Somatório das respostas ao questionário de Satisfação da Sessão

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulgação da sessão	0	0	4	6	5
Tema e conteúdos abordados	0	0	5	4	6
Conhecimentos do formador	0	0	3	6	6
Utilidade da temática para a sua vida diária	0	0	2	6	7
Recursos didáticos utilizados	0	0	3	4	8
Instalações	0	1	10	2	2
Duração da sessão	0	0	2	8	5
Satisfação Geral com a sessão	0	0	2	6	7

No final do questionário alguns dos comentários e sugestões deixados foram:

“deveriam dinamizar outros momentos, para os cuidadores poderem partilhar os seus sentimentos...”, “deveria haver mais sessões de esclarecimento”, “serve para nos ajudar no nosso dia a dia...”, “foi tudo muito bem organizado e apresentado com clareza”.

▪ **Referências bibliográficas:**

Costa, P. M. & Nunes, A. C. (2020). Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. Em M. Faria, J.P. Ramalho, A. C. Nunes & A. I. Fernandes. (Coord). *Visões sobre o envelhecimento*. Observatório da Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, Instituto Politécnico de Beja Editorial. pp. 65-78.
<https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5193/4/VIS%c3%95ES%20SOBRE%20O%20ENVELHECIMENTO.pdf>

▪ PowerPoint da sessão:

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
 5º MESTRADO EM ENFERMAGEM (EM ASSOCIAÇÃO)
 ANO LETIVO 2021/2022
 UNIDADES CURRICULARES: ESTÁGIO FINAL
 2º Ano/1º Semestre
 Orientadora Científica: Professora Laurência Gemito;
GESTÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES
 UCC de En^h Cidália Guerreiro

1

O Cuidador Informal

É habitualmente um membro da família ou alguém muito próximo do doente, que, na maioria das vezes, se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados.

A história de vida do cuidador com o familiar constitui um fator relevante para a aceitação do novo papel de cuidador e perceber o cuidar de forma positiva ou negativa.

Fonte: Sequeira (2018)

2

Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?

Aplicação do questionário WHOQOL-Bref.

Na aplicação do questionário aos cuidadores informais foi obtido um valor de 49,96 %... Longe dos 100% que seria a ausência destes sentimentos negativos

Os sentimentos negativos estão muitas vezes presentes devido à pressão e ao stress a que os cuidadores estão sujeitos no seu percurso de cuidar de alguém, geralmente um familiar doente e dependente.



3

Objetivo da sessão:

- Pretende-se com esta apresentação chamar a atenção dos cuidadores para a presença destes sentimentos, sinais de alerta e como objetivo principal fornecer estratégias para os combater.

Quando tal não for possível, deve-se saber reconhecer que precisamos de ajuda.

4

Implicações do cuidar...

Cuidar das pessoas implica estabelecer uma relação, que favoreça a compreensão das diferentes formas como cada pessoa vivencia os seus problemas e exprime os seus sentimentos, pelo que consideramos fundamental saber lidar com as emoções e sentimentos de forma a obter um bem estar contínuo e a melhorar a nossa qualidade de vida.

quality of LIFE

5

SENTIMENTOS ? EMOÇÕES

As EMOÇÕES são forças motivadoras que nos preparam para agir.

São processos espontâneos e biológicos fora do nosso controlo.

Podem ser captadas pelos outros com base em expressões físicas espontâneas, como a risada.

Os SENTIMENTOS são a maneira como interpretamos as emoções que experimentamos.

Temos consciência dos nossos sentimentos e podemos tomar decisões com base neles.

Como temos controlo dos nossos sentimentos, os outros não podem influê-los com base em nosso comportamento.

Fonte: Costa, M.C.-Psicóloga: Emoções em Paixão

6

Sentimentos negativos associados ao cuidar

Frustração Isolamento Tristeza
 Medo Stress Exaustão



7

Atenção

Sinais de alerta de que poderá estar a precisar de ajuda

- Gritar fortemente com o seu familiar ou restante família
- Perder a paciência na maioria das vezes com pequenos pormenores
- Agredir física ou verbalmente a pessoa cuidada
- Chorar frequentemente ou sentir-se triste

8

Todas as emoções, positivas ou negativas são naturais.

Servem para nos alertar sobre o que está bem ou mal na nossa vida.

Dão-nos a possibilidade de agir, podendo alterar as emoções que nos causam sofrimento.

A gestão de emoções é um processo racional, comparando-se à ginástica de trabalhar o cérebro.

9

Gestão de emoções

A gestão das emoções é a capacidade de observar, avaliar, controlar e expressar os próprios sentimentos.

Saber gerir as emoções é fundamental para ter uma vida mais satisfatória.

As pessoas têm em média cerca de 6.000 pensamentos por dia, dos quais 95% são os mesmos do que os do dia anterior e apenas um pouco menos do que os da semana passada.

Controlar os sentimentos e emoções negativas é sinónimo de um crescente bem-estar e melhor qualidade de vida.

10

O nosso mundo exterior é o resultado do nosso mundo interior. Tudo aquilo que é visível, que demonstramos, vem de encontro às nossas perceções internas, aquilo que pensamos e que refletimos.

11

Emoções

Instinto básico: Tristeza, Felicidade, Raiva, Medo, Nojo.

Permitem desenvolver a capacidade de se relacionar com o mundo.

Interferem na nossa saúde nomeadamente no sistema imunológico.

A capacidade para lidar com as emoções denomina-se: Inteligência Emocional.

12

Estratégias de Regulação Emocional

- Avaliação / Atribuição Cognitiva: Reinterpretar contextos / Perspetiva Distanciada
- Distração: Atenção dirigida para outra informação
- Técnica ABCDE: Reestruturação Cognitiva
- Botão Pausa: Controlo do impulso

13

Estratégias de Regulação Emocional

- Controlo da Respiração
- 5 sentidos
- Porto Seguro
- Relaxamento Muscular Progressivo

14

Resumindo: Identifique 3 sentimentos ou emoções que considere negativos:

- 1 - Tristeza
- 2 - Medo
- 3 - Frustração

15

Resumindo: Enumere três estratégias de regulação emocional:

- 1 - Distração
- 2 - Controlo da respiração
- 3 - Técnica ABCDE

16

Desafio

Consegue executar uma técnica de relaxamento?



17

Obrigada!

* Nossos contactos?

18

Bibliografia:

- Damásio, A. (2001). *Erro de Descartes*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Goleman, D. (1995) – *Inteligência emocional*. Círculo de Leitores.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª ed. Lidel – edições técnicas, lda.
- Soeiro, J., Araújo, M., Figueiredo, S. (2020). *Cuidar de Quem Cuida*. Penguin, Random House, Grupo Editorial.

19

Apêndice 13
Planeamento da atividade - Caminhada



Planeamento de Intervenção de Educação para a Saúde

- **Tema:** Manter-se ativo e saudável – caminhada
- **Contextualização do tema:**

A população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas na sua população. O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade (Organização das Nações Unidas [ONU], 2015). Portugal, segue esta tendência mundial enfrentando um envelhecimento progressivo da sua população, com inevitáveis consequências quer a nível socioeconómico, quer a nível da saúde e qualidade de vida.

“O envelhecimento humano é um fenómeno complexo que implica a diminuição da capacidade física, correspondendo a um conjunto de processos que com a passagem do tempo levam a perda de adaptabilidade e incapacidade funcional” (Martins, 2019, p.70) Este autor explica também que existe uma diminuição generalizada e progressiva da função, resultante da perda de respostas ao stress e num aumento do risco de doença associado com a idade (Martins, 2019).

A atividade física é uma das ações mais importantes para promover um envelhecimento ativo. Com o envelhecimento há uma redução da massa magra em cerca de um terço, o que reduz a força muscular. Ao realizar exercícios, quando desenvolvidos de forma contínua, aumenta a capacidade de resistência, a força muscular, o equilíbrio, facilita a mobilidade, reduzindo o risco de lesão e de queda (Araújo, 2018).

Importa referir que a prática de exercício físico, a alimentação saudável, um esquema terapêutico ajustado e adequado às necessidades e a participação ativa em atividades sociais, são de igual modo importantes para diminuir o risco de queda (Duarte e Barbosa, 2018). O exercício físico melhora o equilíbrio, a mobilidade e o tempo de reação; ajuda a controlar o peso. São recomendadas atividades de intensidade leve a moderada, como caminhadas e exercícios realizados em água (Duarte & Barbosa, 2018).

Assim, justifica-se a pertinência de organizar uma caminhada com o objetivo de

proporcionar exercício físico, aumentando o equilíbrio e a manutenção muscular de modo a prevenir as quedas nos idosos com mais de 75 anos que participaram no projeto “Antes prevenir... que cair” – Intervir para a prevenção de quedas nos idosos. Esta atividade está também associada a um estilo de vida ativo tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos com dependência que participaram no projeto “Promoção do autocuidado do Cuidador Informal”, aumentando o lazer e bem-estar, para evitar sentimentos negativos e isolamento. Procuramos proporcionar uma maior satisfação pessoal, interação social e a saúde física e emocional dos participantes desta atividade.

▪ **Objetivo geral:**

- Contribuir para a adoção de um estilo de vida saudável por parte dos cuidadores informais e idosos

▪ **Objetivos específicos:**

- Proporcionar momento de lazer e descontração
- Realizar atividade física

▪ **Atividades:**

- Elaborar o plano de sessão (quadro 1)
- Contactar a Junta de Freguesia e estabelecer parceria
- Contactar professor de educação física e estabelecer parceria
- Elaborar poster e convites de divulgação do evento
- Visita domiciliária para entrega dos convites
- Preparar lanches para distribuir no dia da atividade

▪ **Referências Bibliográficas:**

Araújo, L. (2018). Exercite o seu corpo. In Ribeiro, O. Paúl, C. (Coords), Manual de Envelhecimento Ativo. (pp. 15-49). Lidel.

Duarte, N. Barbosa, C. (2018). Sinta-se seguro. In Ribeiro, O. Paúl, C. (Coords), Manual de Envelhecimento Ativo (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Martins, R.A. (2019). Atividade Física e Envelhecimento. Em A.M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coord.). *Envelhecimento Ativo e Saudável- Manual do Cuidador*. Imprensa da

Universidade de Coimbra. <http://monographs.uc.pt/iuc/catalog/download/4/9/16-2?inline=1>

Organização das Nações Unidas (2015). *World Population Ageing 2019 Highlights*. www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf

- **Quadro 1**– Plano da sessão de educação para a saúde: Caminhada

Atividade	Objetivos	Quem	Quando	Onde	Como	Processo	Avaliação
Caminhada pela saúde e bem-estar dos cuidadores informais e idosos da freguesia	Contribuir para a adoção de um estilo de vida saudável por parte dos cuidadores informais e idosos Proporcionar momento de lazer e descontração Realizar atividade física	Mestrandas: Cidália [Redacted] Professor de Educação Física	Fevereiro	Percurso pedestre na freguesia	Orientação da atividade através do professor de educação física	Reunião com as orientadoras do Estágio. Reunião com os parceiros. Pesquisa bibliográfica	Indicador de processo ou de atividade: N° de participantes presentes/n° de participantes convidados

- Poster/convite da caminhada



**Venha caminhar connosco!
Mantenha-se ativo e saudável**

CAMINHADA



**Domingo
Dia: 27/02/2022
Hora: 15 horas
Local: Estaleiro
da Junta de
Freguesia**

MESTRADO EM ENFERMAGEM
BIBLIOTECA



Logos of various organizations including the University of Coimbra, ACES, and others.

Apêndice 14

Atividade do Dia Mundial do Cuidador Informal



Planeamento de atividade em comemoração do Dia Mundial do Cuidador Informal

- ❖ **Título:** À conversa com... cuidadores informais – a experiência de quem cuida
- ❖ **Contextualização do tema:**

O aumento da longevidade em Portugal é um facto extraordinário e prende-se com o avanço científico das ciências da saúde, mas existe o reverso da medalha com o aumento da vulnerabilidade e da dependência dos idosos. A qualidade de vida dos anos ganhos em termos de maior longevidade, precisa ser ainda melhorada. Segundo nos diz Costa e Nunes (2020, p. 67) “este melhoramento está diretamente sujeito ao empenho de cada indivíduo, como agente principal da sua própria saúde, na participação e segurança, e da sociedade como um todo, de modo a garantir oportunidades à medida que os indivíduos ficam mais velhos”.

Os idosos podem apresentar um conjunto de problemas que muitas vezes se misturam e não apresentam uma única especificidade, podem não ser precisos, muitas vezes denominados de suscetibilidades ou fragilidades. A saúde das pessoas é um processo e não um estado fixo, a pessoa começa a envelhecer desde o dia em que nasce.

De uma maneira geral, a dependência pode traduzir-se na necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária, para se relacionar e ajustar com o meio (Figueiredo, 2007). Resulta do aparecimento de um défice no funcionamento do corpo em consequência de um acidente ou doença (Sequeira, 2018). Este défice terá efeitos na atividade da pessoa, assim, o mesmo autor percebe a dependência como “a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades” (Sequeira, 2018, p. 4).

Os idosos dependentes e geralmente frágeis e vulneráveis, necessitam de cuidados e atenção essencialmente daqueles que lhe são próximos, nomeadamente um familiar mais chegado que assume o papel de cuidador informal. O cuidador informal é a figura

mais próxima do destinatário de cuidados e que cada vez mais é imprescindível para dar continuidade à prestação de cuidados, passando a realizar tarefas que antes eram desempenhadas pelos profissionais de saúde, mas que com a sua orientação e capacitação, consegue pôr em prática. O papel de cuidador geralmente é assumido pelo familiar mais próximo, normalmente o cônjuge ou uma filha, predominando o género feminino neste papel. O Estatuto do Cuidador Informal, considera:

Cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, artigo 2.º, p. 9).

Os profissionais de saúde que mais próximos estão dos cuidadores informais, são sem dúvida os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros integrados em equipas na comunidade, que no seu dia a dia realizam cuidados nos domicílios. Assim, são muitas vezes o primeiro recurso quando surgem necessidades no processo de cuidar.

O ato de cuidar pode assumir inúmeras facetas, desde a ocupação ou preocupação com o outro, opção de vida ou obrigação social, podendo conter sentimentos positivos ou negativos ou apenas desejo de cuidar, próprio do indivíduo relacionado com a sua própria identidade. Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação (Collière, 1999).

Outro foco implícito nas atividades dos enfermeiros comunitários no grupo de cuidadores informais é o bem-estar e autocuidado, conseguidos através de ações de promoção e educação para a saúde. “A promoção da saúde inclui não só ações destinadas a reforçar as competências para a vida e as capacidades dos indivíduos, mas também ações para influenciar as condições sociais e económicas subjacentes e os ambientes que influenciam a saúde” (OE, 2015, p.16485).

Perante o exposto anteriormente e para dar resposta aos objetivos da UCC de [REDACTED] pareceu pertinente desenvolver uma ação que contemplasse o Cuidador Informal, assinalando o dia comemorativo do Cuidador Informal. Assim, pretendemos com este projeto a partilha de experiências do cuidar, dando voz aos cuidadores e também promover o autocuidado dos próprios permitindo uma atividade lúdica e recreativa.

- ❖ **Data e hora:** 5 de novembro de 2021 pelas 15h00

- ❖ **Localização:** Auditório Câmara Municipal de [REDACTED]

- ❖ **População alvo:** População geral do concelho de [REDACTED]

- ❖ **Objetivos:**
 - Sensibilizar a população em geral sobre a importância do cuidador informal;
 - Informar sobre as respostas e recursos existentes na comunidade;
 - Promover o autocuidado/bem-estar do cuidador através da partilha de experiências.
 - Proporcionar um momento de bem-estar com atuação musical.

- ❖ **Parcerias:** Câmara Municipal [REDACTED] Contrato Local de Desenvolvimento Social (CLDS); artista musical convidada; Intermarché de [REDACTED]

- ❖ **Recursos:**
 - Projetor
 - Computador
 - Apresentação em PowerPoint
 - Ramo de Flores
 - Oferta de lembranças
 - Convites
 - Panfletos
 - Pósteres

- ❖ **Atividades:**
 - Contactar a Câmara Municipal [REDACTED] e estabelecer parceria
 - Contactar o Contrato Local de Desenvolvimento Social (CLDS) e estabelecer parceria
 - Preparar a apresentação, os convites, panfletos e os pósteres
 - Contactar os cuidadores selecionados para participar na mesa-redonda
 - Contactar e solicitar parceria ao Intermarché [REDACTED]
 - Distribuição de convites

- Divulgação da ação nas redes sociais

❖ **Avaliação:**

A sessão decorreu como planeado. Inicialmente foi abordado o tema do cuidador informal, tal como a definição e a importância do mesmo na prestação de cuidados. Falou-se também sobre a sobrecarga do cuidador informal, como pode ser prevenida e os recursos existentes na comunidade. Posteriormente, a assistente social (CLDS) informou e esclareceu os participantes sobre o **estatuto do cuidador informal**.

De modo a dar início ao momento de partilha de experiências foi projetado um vídeo realizado pela UCC [redacted] onde constava um testemunho de agradecimento de um familiar de um utente acompanhado pela UCC. Posteriormente, houve um momento de partilha de experiências, em que 2 dos participantes aceitaram falar sobre a sua experiência enquanto utentes e 2 enquanto cuidadores.

Após terminada a partilha de experiências iniciou-se o momento musical e a distribuição das ofertas. Na sessão realizada estiveram presentes um total de 27 participantes que demonstraram satisfação com a ação desenvolvida.

❖ **Referências Bibliográficas:**

- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa.
- Costa, P. M. & Nunes, A. C. (2020). *Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment*. Em Faria, M., Ramalho, J.P., Nunes, A. C. & Fernandes, A. I. (Coord). *Visões sobre o envelhecimento*. Observatório da Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, Instituto Politécnico de Beja Editorial. pp. 65-78.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi editores.
- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República Eletrónico* 1ª série N.º 171, pp.3-15. <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 348/2015 de 19 junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República Eletrónico*, 2.ª série, N.º 118. pp. 16481-16486. [67540465 \(dre.pt\)](https://dre.pt)

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª ed. Lidel – edições técnicas, Lda.

❖ PowerPoint da sessão

DIA MUNDIAL DO CUIDADOR INFORMAL

- À conversa com Cuidadores Informais
- A Experiência de Quem Cuida

ANACOM ACES

1

Definição de cuidador informal → Importância do cuidador informal como parceiro de cuidados → Sobrecarga do Cuidador → Quais as respostas e os recursos existentes na comunidade

Momento de partilha de experiências

Momento musical

2

Cuidados informais → Domicílio → Famílias, vizinhos, amigos e voluntários

- Grande maioria dos cuidadores são do sexo feminino
- Não remunerados
- Sem formação na área de cuidar

3

Cuidador Informal → Indivíduo que presta cuidados e assistência permanente, sem qualquer tipo de pagamento, a familiares ou amigos que necessitam de ajuda devido a condições físicas, cognitivas ou mentais que causem dependência (Tavares, 2019).

- Mantém afetividade na relação
- Desempenha um cuidado permanente e não esporádico
- Constrói a rede de apoio mais importante e valorizada pela pessoa cuidada
- Reduz a necessidade de recursos formais
- Ajudá, evita ou retarda a institucionalização
- Ajudá a pessoa cuidada a permanecer no espaço habitacional e social

4

Cuidador Informal → Durante a prestação de cuidados → Assume várias funções → Vigilância Promoção Incentivo

- Vigiar a saúde do idoso- elo de ligação com os serviços de saúde
- Promoção da autonomia e independência
- Supervisionar o idoso
- Assume várias funções
- Criar um ambiente seguro – prevenção de acidentes
- Promover a participação e envolvimento familiar
- Vigilância Promoção Incentivo
- Incentivar e ajudar na realização das atividades
- Ambiente confortável para o idoso
- Promover a comunicação e a socialização

5

Cuidador familiar - Especifica complexa e multidimensional → Grande responsabilidades → Exposição a esforços físicos, psicológicos e sociais → Estrés negativo no cuidador → Sens a sobrecarga do cuidador

6

Sobrecarga do cuidador

A sobrecarga tem sido definida como o conjunto de dificuldades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e financeiras experienciadas pelos cuidadores familiares (ou informais) que resultam do cuidado prestado a uma pessoa idosa dependente (Figueiredo, 2019).

A sobrecarga está relacionada com a diminuição da qualidade de vida do cuidador e com o aumento da morbilidade, tanto do cuidador como do idoso.

7

Respostas e recursos existentes na comunidade → Rede Nacional de Cuidados Continuados → Estrutura residencial para pessoas idosas → Serviços de apoio domiciliário → Centro de dia

Linha de apoio

Estatuto do cuidador informal

Associações de apoio a cuidadores

8

Estatuto de Cuidador Informal → É um conjunto de normas que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada. (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro).

Cuidador Informal principal

- Acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma permanente;
- Vive em comunhão de habitação;
- Não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados prestados à pessoa cuidada.

Cuidador Informal não principal

- Acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente;
- Pode auferir ou não de remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados prestados à pessoa cuidada.

9

Medidas de apoio - Cuidador Informal principal

- Subsidio de apoio mediante condição de recursos;
- Acesso ao regime de Seguro Social Voluntário e majoração do subsidio quando o cuidador adere a ele;
- Apoio psicossocial;
- Formação prestada pelos serviços de saúde, em colaboração, com os serviços da Segurança Social
- Integração em grupos de autoajuda, dinamizados por profissionais de saúde;
- Períodos de descanso, previamente definidos no plano de intervenção, em específico ao cuidador;
- Promoção da integração no mercado de trabalho findo os cuidados prestados à pessoa cuidada.

10

Medidas de apoio - Cuidador Informal não principal

- Pode beneficiar de medidas que promovam
- A conciliação entre a atividade profissional
- E a prestação de cuidados

Para pedir o Estatuto do Cuidador Informal deve apresentar um requerimento junto dos serviços da Segurança Social ou através do portal da Segurança Social Direta. Sempre que possível, a pessoa cuidada deverá dar o seu consentimento.

11

Para o reconhecimento do Estatuto de Cuidador Informal o cuidador tem de reunir os seguintes requisitos:

Possuir residência legal em território nacional;	Ter idade superior a 18 anos;	Apresentar condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada;	Ser cônjuge ou unido de facto, ou parente até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos).
--	-------------------------------	--	---

12

Para o Cuidador Informal principal terá de reunir as seguintes condições:

Viver na mesma habitação que a pessoa cuidada;	Prestar cuidados de forma permanente;	Não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada;	Não se encontrar a receber prestações de desemprego;	Não auferir remuneração pelos cuidados que presta.
--	---------------------------------------	---	--	--

13

Unidade de Cuidados na Comunidade

14

► Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

► 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 atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

15

Alimentação Saudável

Cessação Tabágica

PREVENIR O CANCRO

Atividade Física

16

Rastreios

Parcerias

Ações de sensibilização

17

Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de [redacted]

É uma **equipa multidisciplinar** da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da **avaliação integral**, 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 convalescência**, **com rede de suporte social**, **cujas situações não requer internamento** mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Artigo 21.º do DL 101/2006, de 3 de Junho

18

Equipa Cuidados Continuados Integrados [redacted]

Utente Cuidador

- Fisioterapeuta
- Enfermeiros
- Articulação com os médicos de família
- Psicólogo
- Assistente social

19

Nós não podemos fazer tudo, mas não desistimos de fazer tudo o que pudermos!

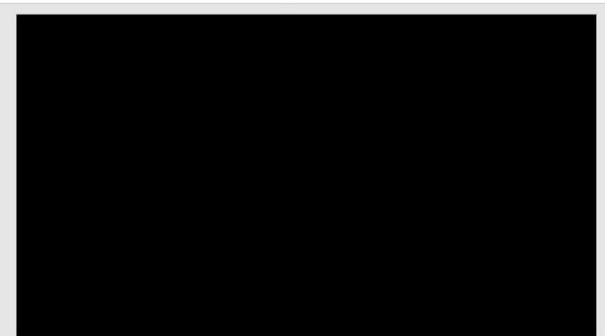
Visamos a Qualidade de Vida do Utente / Família, promovendo os diferentes aspetos do cuidado holístico: Físico, Psicológico, Social, Espiritual.

20

"A gente corre o risco de chorar um pouco quando se deixa cativar."
O Pequeno Príncipe

"Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."
Adaptado de 1943 Regard

21



22

À conversa com... cuidadores informais
Momento de Partilha de Experiências

23

Contactos

UCC [redacted]

Equipa de Cuidados Continuados Integrados [redacted]

Associação Nacional de Cuidadores Informais
www.ancuidadoresinformais.pt
ANCUIDADORESINFORMAIS@GMAIL.COM

Área do Cuidador Informal
www.aportugal.gov.pt

24

Apêndice 15

Atividade do Dia Mundial da Diabetes



UCC



Planeamento de atividade em comemoração do Dia Mundial da Diabetes



Para 2021-23 o tema principal do Dia Mundial da Diabetes é o acesso aos cuidados de saúde das pessoas com diabetes, com o slogan “Se não for agora, quando será?”

Título: Promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade escolar do 1º Ciclo

Contextualização do tema:

Segundo a World Health Organization (WHO, 2006), a diabetes é uma condição definida principalmente pelo nível de glicémia elevado que origina o risco de complicações microvasculares a longo prazo (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Tem como consequência a diminuição da esperança média de vida e da

qualidade de vida, o aumento da morbilidade devido a complicações microvasculares relacionadas com a doença e o aumento do risco de complicações macrovasculares (ex: doença cardíaca isquémica, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica).

A diabetes constitui atualmente um dos maiores desafios de saúde pública, reconhecida pelos organismos internacionais da saúde como epidemia nos finais do século XX. Está relacionada com a combinação de um conjunto de fatores genéticos, comportamentais, sociais e da vida intrauterina. (Boavida, 2016) Segundo a WHO a população mundial com diabetes aumentou de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014. A prevalência global de diabetes em adultos aumentou de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014. Em 2015 cerca de 1,6 milhões de óbitos foram causados pela diabetes, a WHO projeta que em 2030 será a 7ª principal causa de morte.

Em Portugal estima-se que a diabetes afete 13,3% da população com idades entre os 20-79 anos, das quais 44% desconhecem ter a doença. Diariamente são diagnosticados com diabetes em Portugal cerca de 200 novos doentes. Estima-se que a diabetes afete mais de 1 milhão de portugueses enquanto a «pré-diabetes» afetará cerca de 2 milhões.

Como nos diz a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD, pág.64) "a adoção de um estilo de vida saudável, através de uma alimentação equilibrada, controlo de peso e aumento da atividade física, constituem a base de tratamento da diabetes tipo 2 e são transversais a todas as fases de tratamento", por tudo isto é essencial que o utente se envolva ativamente no tratamento adquirindo competências que lhe permitam gerir o regime terapêutico, sendo capaz de tomar decisões informadas.

Cem anos depois da descoberta da insulina, milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo ainda não têm acesso aos cuidados de que precisam. As pessoas

com diabetes precisam de cuidados e apoio contínuos para controlar a sua saúde e evitar complicações.

Assim, surge a oportunidade de celebrar este dia através da realização ações de sensibilização sobre a adoção de estilos de vida saudáveis.

Data: 16/11/2021 e 18/11/2021

Localização: Centro Escolar de 

População alvo: alunos do 1º Ciclo

Número de sessões: 4 (1º ano; 2º ano; 3º ano; 4º ano)

Duração da sessão: 45 minutos

Objetivos:

- Informar sobre a Diabetes
- Sensibilizar para a adoção de estilos de vida saudáveis

Recursos:

- Alunas mestradas
- Livro "O Diogo tem Diabetes" de Baltazar Caeiro
- Fichas de avaliação da sessão

Atividades de planeamento das sessões:

- Contactar a escola, nomeadamente o professor responsável pela área de projeto e articular com ele a atividade
- Realizar folheto informativo da atividade para os pais
- Aquisição do livro
- Realização da ficha de avaliação da atividade

Conteúdos da sessão:

- Explicar a temática
- Leitura e interpretação da história "O Diogo tem Diabetes" de Baltazar Caeiro
- Esclarecimento de dúvidas
- Realização da ficha de avaliação da sessão

Avaliação:

A avaliação de conhecimentos será feita por aplicação de ficha aos alunos para indicarem quais os alimentos saudáveis e não saudáveis e a sua satisfação geral com a sessão apresentada.

Na turma de 1º ano estiveram presentes 24 alunos, todos responderam às fichas de avaliação, nas quais se constatou que 91% das respostas estavam corretas. Todos os alunos identificaram a atividade como satisfatória.

Na turma de 2º ano estiveram presentes 22 alunos, todos responderam às fichas de avaliação, nas quais se constatou que 96,8 % das respostas estavam corretas. Todos os alunos identificaram a atividade como satisfatória.

Na turma de 3º ano estiveram presentes 21 alunos, todos responderam às fichas de avaliação, nas quais se constatou que 99 % das respostas estavam corretas. Todos os alunos identificaram a atividade como satisfatória.

Na turma de 4º ano estiveram presentes 20 alunos, todos responderam às fichas de avaliação, nas quais se constatou que 99 % das respostas estavam corretas. Todos os alunos identificaram a atividade como satisfatória.

Na generalidade a avaliação foi positiva, pois todas as crianças gostaram muito da atividade, demonstrando interesse sobre o tema e participando ativamente na interpretação da história.

Referências Bibliográficas:

Boavida, J. M. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas da saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, pp. 1-2.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Letra Solúvel. Publicidade e Marketing, Lda

World Health Organization. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.

World Health Organization. (acedido a 11.11.2021). World Health Organization. Fact Sheets: [http:// Diabetes\(who.int\)](http://Diabetes(who.int))

Informação dirigida aos pais:

Atividade em comemoração do Dia Mundial da Diabetes



Aja hoje para mudar o amanhã
14 de novembro - Dia Mundial da Diabetes

Iremos realizar ações de sensibilização sobre a diabetes e a importância da adoção de estilos de vida saudáveis aos alunos do 1º Ciclo na semana de 15 a 19 de novembro de 2021.

As atividades decorrem em sala de aula e no horário letivo com a presença dos professores titulares.



O Diogo tem diabetes

Organização: UCC []
Saúde Escolar []

