

**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

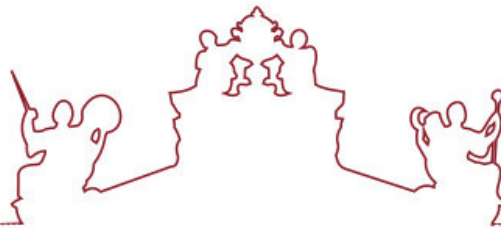
Relatório de Estágio

Partilhas que cuidam

Maria Teresa Branco Palhares

Orientador(es) | Ana Clara Pica Nunes

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

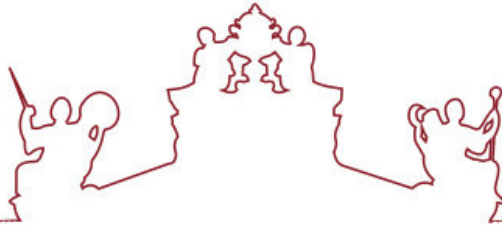
Relatório de Estágio

Partilhas que cuidam

Maria Teresa Branco Palhares

Orientador(es) | Ana Clara Pica Nunes

Évora 2022



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

Presidente | Ana Rodrigues (Universidade de Évora)

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

“ O que quer que possa fazer ou sonhar fazer, comece. A ousadia encerra em si mesma genialidade, magia e poder. Comece agora”.

Goethe

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira C.S. pela orientação, apoio e disponibilidade que me facultou ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Ana Clara Nunes, pelo seu acompanhamento, disponibilidade e compreensão nos momentos de dúvidas e incertezas.

À minha maravilhosa equipa de enfermagem da USF, pelo apoio incondicional, pelo reforço positivo que sempre me deram.

À equipa multidisciplinar da UCC pela presença e apoio que demonstraram no decorrer dos estágios.

Ao enfermeiro M.C. pelas aprendizagens que me transmitiu, pela sua proatividade e por ter elevado este projeto.

Aos meus irmãos, Ana P., José P. e António P., e aos meus preciosos sobrinhos, pela força e colaboração que me deram, é um orgulho poder fazer parte das suas vidas.

E em especial, por fazerem parte de mim em todos os trilhos desta minha existência, um agradecimento de coração ao meu marido Juan e aos meus filhos, Samuel e Sara, por serem meus parceiros nos bons e maus momentos e me apoiarem incondicionalmente neste importante percurso ...sem eles nada seria possível!

Um bem haja!

RESUMO

Título: Partilhas que cuidam

Introdução: As dificuldades que os cuidadores evidenciam podem comprometer a qualidade dos cuidados e provocar sobrecarga física e emocional. O enfermeiro, em contexto domiciliário, tem uma posição privilegiada na supervisão dos cuidados, identificando fragilidades e reforçando potencialidades.

Objetivo: Promover a capacitação dos cuidadores no processo de cuidar perante a pessoa dependente autocuidado.

Metodologia: Recorreu-se à Metodologia de Planeamento em Saúde. Realizado um estudo descritivo cuja população correspondeu aos cuidadores dos utentes dependentes, admitidos numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Região do Algarve.

Resultados: A avaliação das dificuldades permitiu ressaltar problemas relacionados com o desgaste físico, com a prestação de cuidados e a falta de apoio profissional.

Conclusão: O reconhecimento dos cuidadores como elementos-chave passa por uma articulação com os serviços de proximidade. No projeto de intervenção comunitária “Partilhas que Cuidam” foram delineadas estratégias para um empoderamento progressivo do cuidador.

Palavras-Chave: Cuidadores, empoderamento, enfermagem em saúde comunitária

ABSTRACT

Title: Sharing for caring

Introduction: The difficulties that caregivers experience can compromise the quality of care and cause physical and emotional overload. The nurse, in the domiciliary setting, has a privileged position in the supervision of care, identifying weaknesses and strengthening potentialities.

Main goal: To promote the training of caregivers in the process of caring for the self-care-dependent person.

Methodology: The Health Planning Methodology was used. A descriptive study was conducted in a population of caregivers of dependent patients admitted to an Integrated Continuous Care Team in the Algarve Region.

Results: The assessment of difficulties allowed the highlighting of problems related to physical wear and tear, care provision and lack of professional support.

Conclusion: The recognition of caregivers as key elements requires an articulation with proximity services. In the community intervention project "Sharing for Caring" strategies were outlined for a progressive empowerment of the caregiver.

Key words: Caregivers, empowerment, community health nursing

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde
- APA**- American Psychological Association
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- CADI** -Caregivers Assessment of Difficulties Index
- CI**- Cuidador Informal
- CGA**-Caixa Geral de Aposentações
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DGEEC**- Direção Geral de Estatística de Educação e Ciência
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- DL**- Decreto-Lei
- ECCI**- Equipas de Cuidados Continuados Integrados
- ECL**- Equipa de Coordenação Local
- ECRCCI**- Equipa de Coordenação Regional para os Cuidados Continuados Integrados
- ECSP**- Enfermagem comunitária e de Saúde Pública
- ENEAS** – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
- Fig.** – Figura
- HPM** - Health Promotion Model
- IEFP**- Instituto do Emprego e Formação profissional
- INE** – Instituto Nacional de Estatística
- ISS**- Instituto de Segurança Social
- MS**- Ministério da Saúde
- NUTTS**-Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatístico
- OE**- Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PIE**- Plano de Intervenção Específico
- PLS**- Plano Local de Saúde
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- Prof.** – Professor(a)
- RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP -Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

WHO –World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	
.....	18
1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	21
1.1. Envelhecimento ativo e saudável	22
2. CUIDADOR INFORMAL/ CUIDADOR FAMILIAR.....	24
2.1. Estatuto do Cuidador informal.....	27
2.2. As dificuldades no cuidar percebidas pelos cuidadores informais	30
2.3. Teoria das transições de Meleis e a abordagem ao cuidador.....	31
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE	34
3.1. Enfermagem e a promoção da saúde	37
3.2. Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender	38
4. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	43
PARTE II- ENQUADRAMENTO PRÁTICO	44
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO EM SAÚDE	44
1.1. Caracterização demográfica e socioeconómica do Concelho	45
1.2. Caracterização do local de estágio- UCC	53
1.3. População e amostra	56
1.4. Instrumento de colheita de dados	57
1.5. Considerações Éticas	58
1.6. Apresentação e análise de resultados.....	59
1.6.1. Caracterização sociodemográfica do cuidador	59
1.6.2. Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)	63
1.7. Identificação dos problemas/ necessidades	70
2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	71
3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	73
4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	75

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E INTERVENÇÃO	79
5.1. Previsão de recursos.....	82
5.2. Divulgação do projeto.....	84
5.3. Cronograma de atividades	85
5.4. Seguimento/ follow-up	85
PARTE III- ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	92
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	92
2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	96
3.COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	99
CONCLUSÃO.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1-Autorização para aplicação instrumento de colheitas por parte do coordenador da UCC	CVIII
Anexo 2-Autorização do professor Dr. Carlos Sequeira, para a utilização do instrumento de colheita de dados (CADI).....	CIX
Anexo 3- Índice para a avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI).....	CX
Anexo 4-Parecer da Comissão de Ética	CXI
Anexo 5- Logotipos do projeto “Partilhas que cuidam”	CXII

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice1- Instrumento de colheita de dados caracterização sociodemográfica da amostra.....	CXIV
Apêndice 2 - Consentimento informado	CXV
Apêndice 3- Apresentação do projeto à ECCI.....	CXVII
Apêndice 4- Formalização do pedido de parceria à autarquia e respetiva resposta.....	CXXIII
Apêndice 5- Flyer de divulgação do projeto	CXXIV
Apêndice 6- Fotografias dos blocos e lanches personalizados	CXXV
Apêndice 7-Cronograma de atividades	CXXVI
Apêndice 8-Planos de sessão das formações	CXXVIII
Apêndice 9-Diapositivos da formação: “ <i>A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente</i> ”	CXXXII
Apêndice 10- Diapositivos da formação “ <i>Medidas de apoio e de saúde à pessoa dependente e ao cuidador</i> ”	CXXXVII
Apêndice 11- Diapositivos da formação: “ <i>A importância do bom estado nutricional da pessoa dependente</i> ”	CXL
Apêndice 12-Questionários para avaliação das sessões de formação.....	CXLVII
Apêndice 13-Questionários para avaliação das sessões de formação.....	CL
Apêndice 14- Resumo do artigo científico	CLI

INDICE DE TABELAS

Tabela 1- População residente no Município em estudo total e por sexo...	46
Tabela 2-Fatores da escala de dificuldades (CADI)	57
Tabela 3-Problemas relacionais com o idoso	64
Tabela 4-Reações à prestação de cuidados	65
Tabela 5- Exigências de ordem física da prestação de cuidados	67
Tabela 6-Restrições na vida social.....	68
Tabela 7-Falta de apoio familiar	68
Tabela 8-Falta de apoio profissional	69
Tabela 9 -Problemas financeiros	70
Tabela 10-Problemas identificados.....	70
Tabela 11-Priorização dos problemas	72
Tabela 12- Definição de metas.....	74
Tabela 13-Pertinência, vantagens e desvantagens de cada estratégias	78
Tabela 14-Estratégia 1: Envolvimento da equipa multidisciplinar	79
Tabela 15- Estratégia 2: Criação de parcerias.....	80
Tabela 16- Estratégia 3: Empoderamento dos CI na área da prestação de cuidados de saúde.....	81
Tabela 17-Estimativa dos custos associados ao projeto	83
Tabela 18-Avaliação dos Indicadores de Atividade	86
Tabela 19- Indicador de resultado.....	91

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Teoria das transições de Meleis	33
Figura 2-Diagrama do modelo de promoção de saúde	40
Figura 3- Área geográfica do ACES Algarve	46
Figura 4-População residente por grandes grupos etários	47
Figura 5- Índice de envelhecimento segundo o censos 2021, em Portugal, Algarve e Município estudado	47
Figura 6-Taxa bruta de natalidade, em Portugal, Algarve e Município estudado.....	48
Figura 7- Índice de dependência de idosos em Portugal, Algarve e Município estudado	48
Figura 8- População empregada segundo os Censos 2011: total e por sector de atividade económica (%),	49
Figura 9-Desempregados inscritos IEFP (média anual)	50
Figura 10 -Nº de alunos no ensino Pré-escolar, Básico e Secundário	51
Figura 11-Nº de óbitos no Concelho em estudo por algumas causas de morte	52
Figura 12-Principais necessidades/determinantes de saúde da população da área do ACES	52
Figura 13-Pirâmide etária da população da área de abrangência da UCC .	55
Figura 14 -Idade dos cuidadores por faixa etária.....	60
Figura 15- Género dos cuidadores	60
Figura 16- Relação de parentesco com a pessoa cuidada	61
Figura 17- estado civil do cuidador.....	62
Figura 18- Tempo de prestação de cuidados como CI.....	62
Figura 19- Escolaridade dos cuidadores	63

INTRODUÇÃO

Os avanços da ciência e da medicina em muito têm contribuído para o aumento da longevidade das populações, o que nem sempre se reflete em anos vividos com qualidade de vida. O aumento das doenças crônicas e incapacitantes que acompanham o envelhecimento demográfico fazem transparecer os elevados índices de dependência para o autocuidado e condicionam a capacidade de resposta das estruturas formais e informais de apoio à pessoa dependente (Teixeira et al., 2017; Sequeira, 2018).

Tem sido enfatizado o papel da família na transição de cuidados, através do desenvolvimento de medidas que assentam na capacitação dos cuidadores, medidas essas alicerçadas por uma rede de suporte de cuidados na comunidade que envolvem instituições de saúde, instituições de apoio social e familiares (Ministério da Saúde [MS], 2006; Teixeira et al., 2017).

As reformas no campo da saúde que marcaram os últimos anos, priorizaram áreas de intervenção comunitária como o desenvolvimento da cidadania, num esforço para integração do cidadão e família nos cuidados e promovendo uma cultura de capacitação e participação ativa no processo de saúde-doença (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013). Com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), operacionalizaram-se estratégias de suporte ao impacto do envelhecimento através da implementação de redes de apoio que tentam adequar os cuidados de saúde e de apoio social às necessidades das pessoas em situação de dependência (MS, 2006; Sequeira, 2018). A regulamentação de medidas comunitárias de proximidade visa envolver a participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores, num processo integrativo de cuidados que se centre nas necessidades do cidadão (MS, 2006).

A família, como primeira unidade social onde a pessoa se insere, continua a ser o pilar fundamental de apoio, apesar de todas as transformações que o conceito de família sofreu nos últimos anos (Araújo, Paul & Martins, 2010; Sequeira, 2018). O desenvolvimento de medidas políticas e sociais tem delegado à família o papel central nos cuidados, desencorajando a institucionalização da pessoa dependente e privilegiando o domicílio como o ambiente propício para preservar a dignidade e humanização dos cuidados (Araújo, Paul & Martins, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a implementação de estratégias que capacitem os familiares nos cuidados têm um impacto positivo nas políticas de saúde, ressaltando a aposta na literacia, a diminuição dos custos dos serviços de saúde pela diminuição da despesa, as intervenções mais eficazes na educação para a saúde pela tomada de decisão partilhada (WHO, 2015a).

A publicação da Lei nº100/2019, de 6 de setembro, aprova o Estatuto do Cuidador Informal, formaliza o seu campo de ação e reconhece-o como “um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde” (Teixeira et al., 2017, p.5), essencial para fazer face aos desafios do envelhecimento demográfico e aos custos associados aos cuidados continuados (Teixeira et. al, 2017). A regulamentação dos direitos e deveres do cuidador e da pessoa ao seu cuidado, com definição das respetivas medidas de apoio, projeta social e politicamente o reconhecimento do papel fundamental do cuidador informal, mas faz ressaltar fragilidades e lacunas que envolvem o momento da transição de cuidados para o domicílio (Teixeira et al., 2017).

A complexidade e exigência dos cuidados à pessoa com dependência no autocuidado requer o desenvolvimento de competências por parte do cuidador e um acompanhamento de proximidade por parte do enfermeiro, sendo um processo contínuo e demorado (Landeiro, Martins & Peres, 2016). A transição de cuidados para o domicílio vai gerar sentimentos de ansiedade e insegurança no núcleo familiar, verificando-se que, muitas vezes, a responsabilidade pela gestão dos cuidados é transferida para os cuidadores sem que haja uma preparação prévia no treino de competências (Landeiro, Martins & Peres, 2016; Sequeira, 2018).

São vários os condicionantes que podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados no domicílio e que estão diretamente relacionados com as dificuldades percecionadas pelos cuidadores, entre os quais estão a falta de apoio e suporte profissional, o grau de dependência da pessoa e a especificidade dos cuidados, a falta de recursos económicos, o isolamento social e a sobrecarga física e emocional (Teixeira et al., 2017).

O acompanhamento de proximidade é fundamental para a identificação das dificuldades e para o reforço das potencialidades, pois, muitas vezes, o cuidador

apresenta défice de conhecimentos, baixa literacia e uma abordagem desadequada face à complexidade dos cuidados (Sequeira, 2018).

Uma exposição prolongada a acontecimentos desencadeadores de sobrecarga física e emocional pode ser determinante na forma como o cuidador assimila o seu papel e comprometer a continuidade dos cuidados (Sequeira, 2018; Teixeira et al., 2017). A sinalização dos riscos no domicílio permite delinear estratégias prioritárias de intervenção e um planeamento conjunto de cuidados.

O enfermeiro tem uma posição privilegiada no acompanhamento da pessoa em contexto domiciliário, ao interagir num espaço que reflete as particularidades e vivências de cada família (Gago & Lopes, 2012) permitindo, deste modo, a supervisão dos cuidados, a identificação de dificuldades e a implementação de estratégias que capacitem o cuidador nos cuidados (Sequeira, 2018; Moreira et al., 2018).

O presente Projeto de Intervenção Comunitária “Partilhas que cuidam”, surge com o intuito de intervir nas dificuldades que os cuidadores informais evidenciam no decurso da prestação de cuidados no domicílio, perante a pessoa dependente no autocuidado. Desenvolvido no âmbito do V Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação- Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o Projeto emerge no decorrer da concretização do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e estágio final, na unidade de cuidados continuados integrados de uma UCC da ARS Algarve e segue as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde. É Sustentado nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, na medida em que se pretende uma avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base nas etapas da Metodologia de Planeamento em saúde, contribuindo deste modo para o processo de capacitação de grupos e comunidades na consecução dos projetos de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE]2018).

O planeamento em saúde constitui um processo contínuo e dinâmico que tem como principais fases o diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

A delimitação da área problemática foi emergindo através da exploração das necessidades sentidas pela equipa multidisciplinar, tendo em conta a tipologia dos utentes que integram a ECCI. Sendo uma temática atual no contexto da saúde em Portugal, as dificuldades que os cuidadores informais percecionam na prestação de cuidados à pessoa dependente, ressaltaram como sendo uma necessidade de saúde da comunidade em estudo, o que direcionou o diagnóstico de situação.

Pretendeu-se, como objetivo geral, promover a capacitação dos cuidadores informais no processo de cuidar da pessoa com dependência no auto-cuidado, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

O relatório que se segue pretende demonstrar o enraizamento de competências que foram adquiridas com a assimilação de aprendizagens no campo da enfermagem comunitária e de saúde pública, permitindo vincar a capacidade de reflexão sobre o percurso formativo e a sua aplicação prática. A construção da identidade profissional é marcada por trajetórias de saberes que são essenciais para uma prática reflexiva e fundamentada e que elevam a profissão no campo das ciências humanas práticas. É na reflexão sobre a experiência que Carper integra o *conhecimento reflexivo*, decisivo para uma consolidação da prática, numa aprendizagem dinâmica sobre a ação (Nunes, 2010).

O relatório encontra-se estruturado em três partes que se complementam. Na primeira parte é desenvolvido o enquadramento conceptual, onde se pretende fundamentar à luz da evidência científica a problemática do envelhecimento e consequente dependência no autocuidado. O segundo ponto foca-se no cuidador informal e na importância que este representa no contexto social, político e cultural do nosso país, nas dificuldades que apresenta face ao exercício do papel de cuidador, assim como o reconhecimento do estatuto do CI e das respetivas medidas de apoio. É feita uma abordagem à Teoria das transições de Meleis, fundamentação epistemológica essencial para o entendimento dos condicionantes que influem na assimilação do papel de cuidador. É salientado o modelo teórico de Nola Pender e a sua análise conceptual na promoção da saúde e capacitação do cuidador. Por último é enfatizada a Metodologia de Planeamento em Saúde como linha condutora do projeto “Partilhas que cuidam”.

Na segunda parte é descrito o enquadramento prático do projeto com a concretização de todas as etapas da metodologia de planeamento em saúde. É apresentado o diagnóstico de situação, determinação de prioridades, definição dos objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional, intervenção e a monitorização e avaliação.

A terceira parte está focalizada na análise e reflexão das competências desenvolvidas á luz das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e uma abordagem às competências adquiridas no grau de mestre.

A conclusão concentra uma análise do projeto, as dificuldades sentidas assim como os pontos fortes, os benefícios para a comunidade alvo e as perspetivas de continuidade do projeto.

De referir ainda que, ao longo do texto, nas diferentes abordagens ao cuidador, poderão ser utilizadas designações como cuidador informal, cuidador familiar e prestador de cuidados informal, familiar prestador de cuidados, sendo que todas as designações fazem referência “à pessoa que presta cuidados de forma informal”, tratando-se apenas de alterações de léxico.

O trabalho é redigido seguindo as orientações da Norma de Referenciação da American Psychological Association (APA) – 6ª edição e está estruturado de acordo com o definido pelo regulamento de estágio profissional e relatório final do Mestrado em Enfermagem em Associação da Universidade de Évora.

A elaboração deste relatório, bem como a sua discussão pública e aprovação, conduzem à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

A população mundial encontra-se perante um processo de envelhecimento demográfico que decorre a um ritmo sem precedentes, afetando particularmente os países desenvolvidos. Prevê-se que se acentue nas próximas décadas, quer pelo aumento da esperança de vida quer pela queda nas taxas de fertilidade (WHO,2015b). Em 2019, o número de pessoas com 60 ou mais anos de idade era de 1 bilião. Segundo as projeções demográficas mundiais, estima-se que este número possa atingir 1,4 mil milhões até 2030 e 2,1 mil milhões até 2050 (WHO, 2015b).

Portugal, nos últimos 50 anos, sofreu uma intensa transição demográfica, prevendo-se que nos próximos 25 a 30 anos 1/3 da população tenha mais de 65 anos (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável [ENEAS], 2016). Os dados provisórios dos Censos 2021 apontam para um índice de envelhecimento de 182,1 idosos por cada 100 jovens em idade ativa, valores que ressaltam quando comparados com o ano de 1960, que apresentava um índice de envelhecimento de 27,3%.As projeções do Instituto Nacional de Estatística prevê que em 2080 o índice de envelhecimento mais que duplicará, podendo atingir os 300 idosos por cada 100 jovens, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Paralelamente, a população em idade ativa (15 a 64 anos) diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas (Instituto Nacional de Estatística[INE],2017).

O declínio nas taxas de fecundidade e nas taxas de mortalidade, associados a um decréscimo da população jovem ativa e os saldos migratórios negativos têm incrementado o envelhecimento demográfico. Há menos jovens em populações que vivem por períodos mais longos. Os dados mais recentes do INE sobre a esperança de vida á nascença em Portugal, aponta para 78,1 anos para os homens e 83,7 anos para as mulheres.

Estas tendências, transversais a todas as regiões NUTS II (INE,2017), reforçam a necessidade de salvaguardar a sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde colocando em alerta o Estado no seu dever de regulação e de proteção. Se o aumento da esperança média de vida é entendido como um sinal de desenvolvimento de uma sociedade, nem sempre o aumento da longevidade da população se traduz em anos vividos com qualidade de vida. Neste sentido, “Portugal encontra -se assim confrontado com um duplo desafio: o que decorre do envelhecimento demográfico e o que resulta do facto de as pessoas idosas ainda não terem atingido os níveis de saúde e bem-estar desejáveis, o que se reflete em elevados índices de dependência para o autocuidado” (ENEAS,2016,p.30783).

O indicador de anos de vida saudável mede o número de anos que se prevê que a pessoa viva sem incapacidade e está relacionado com o número de anos que são vividos em perfeita saúde. É considerado um importante indicador para entender o envelhecimento da população com saúde, ao medir a esperança de vida livre de incapacidade. Em Portugal, de acordo com dados publicados no portal do Eurostat referentes a 2019, os anos de vida saudável para os homens encontra-se nos 60,6 anos, enquanto para as mulheres é de 57,8 anos (Pordata,2021).

O envelhecimento ao ser reconhecido como uma vitória do desenvolvimento social, económico e de saúde pública, encerra em si um desafio de adaptação e definição de estratégias para atender aos direitos fundamentais das pessoas idosas (WHO, 2015b). O desenvolvimento no campo da saúde, da ciência e tecnologia ao contribuir para o prolongamento da vida, contribuiu simultaneamente para o aumento da carga global de doenças ou comorbilidades (ENEAS,2016; Sequeira,2019).

O conceito de envelhecimento biológico segundo a OMS, está associado a uma grande variedade de alterações moleculares e celulares que ocorrem com o tempo e que conduzem a uma perda gradual das reservas fisiológicas, aumentando o risco de surgimento de doenças e um declínio na capacidade intrínseca do indivíduo. Representa as mudanças biológicas universais que ocorrem com a idade e não são afetadas por doenças e influências ambientais. (WHO,2015b).

O processo de envelhecimento individual envolve um conjunto de mudanças que vão para além das alterações biológicas. É influenciado pelo envelhecimento cronológico e pelo o envelhecimento psicossocial na medida em que sofre a influência de outras condicionantes, como fatores sociais, económicos, culturais, ambientais que se vão manifestar ao longo de todo o ciclo vital e determinar mudanças mais ou menos significativas (WHO,2015b).

Em demografia é considerada a idade sociocultural, ao incluir o indivíduo idoso no grupo etário dos 65 e mais anos, idade alinhada com o término da idade ativa (Coelho,2016).

As populações progressivamente mais idosas têm repercussões para a sociedade, particularmente no campo da saúde. O aumento das doenças crónicas e degenerativas podem comprometer a autonomia, tornando a pessoa idosa dependente de terceiros, o que acarreta uma maior necessidade de recursos formais e informais. Citando Coelho, o envelhecimento é “o maior desafio demográfico vivenciado na atualidade e desvendado nos cenários prospetivos com grandes implicações para a governação.” (Coelho,2016, p.19).

A perda de funcionalidade que decorre do processo de envelhecimento está intrinsecamente ligada ao conceito de autocuidado. Orem (2001) define o autocuidado como a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar. Afirma que o autocuidado é uma conduta aprendida e que resulta de experiências cognitivas, culturais e sociais (Fonseca,2013). No autocuidado estão presentes domínios como o cognitivo pela capacidade de entender a condição de saúde e de autogestão, na tomada de decisão, o domínio psicossocial onde são consideradas atitudes valores, desejos e motivações e o domínio comportamental que envolve as capacidades para desenvolver o comportamento de autocuidado (Fonseca,2013).

O défice no autocuidado surge quando as pessoas não têm capacidade para as satisfazer as necessidades individuais de autocuidado. À luz da Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem, a incapacidade para satisfazer as próprias necessidades e/ou

as necessidades dos seus dependentes, carecem da ajuda de suportes estruturais como os serviços disponíveis na sua comunidade (Fonseca, 2013).

Neste sentido, a perda de autonomia associada ao processo de envelhecimento vai exigir cuidados mais efetivos por parte das famílias e dos serviços de saúde e sociais de proximidade.

1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O aumento da prevalência de pessoas idosas com doenças crónicas incapacitantes, associado à crescente necessidade de institucionalização, põe em risco o acesso aos cuidados de saúde de forma universal e digna por superar a capacidade de resposta das estruturas de apoio. Há um risco de insustentabilidade financeira para o Estado, o que requer que se implementem estratégias que venham a satisfazer as necessidades de apoio social e de saúde às pessoas com dependência funcional, com patologia crónica múltipla e pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (MS, 2006).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, surgiu como medida política ao definir estratégias que atenuassem o impacto do envelhecimento através da articulação com cuidados comunitários e de proximidade, abrangendo os hospitais, centros de saúde, serviços da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais (MS, 2006).

A RNCCI “Dirige -se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados” (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], 2014).

A parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde vem possibilitar a criação de respostas multisectoriais, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, numa articulação entre unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2011; MS, 2006).

Cuidados continuados integrados são definidos como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (MS, 2006).

1.2. Envelhecimento ativo e saudável

Se as condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, um envelhecimento com qualidade de vida não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). É essencial considerar o ambiente onde a pessoa se insere, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, a acessibilidade ao sistema de saúde entre outros (WHO,2015b). A família, a comunidade e a sociedade são basilares na forma como se envelhece ao acompanhar e influenciar a história de vida da pessoa, não se dissociando de um conjunto de determinantes em saúde (WHO,2015b,DGS, 2017).

O desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares e de proximidade que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável, têm sido priorizadas a nível mundial (DGS,2017) e considerado um imperativo ético.

O conceito de Envelhecimento Ativo foi proposto em 2002 pela OMS, na II Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid, sendo definido como uma forma de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Foram definidas linhas orientadoras que enfatizaram a necessidade de ação em múltiplos sectores com o objetivo de assegurar que "as pessoas mais velhas continuem a ser um recurso para as suas famílias, comunidades e economias"(WHO,2015b, pp.5).

No relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS, é contextualizado o envelhecimento saudável no quadro da Saúde Pública mundial, com o objetivo de maximizar a capacidade funcional da pessoa idosa. No mesmo relatório são diferenciados dois conceitos que permitem entender e promover o envelhecimento saudável: A capacidade intrínseca, que diz respeito a todas as capacidades físicas e mentais onde o indivíduo se pode apoiar ao longo do ciclo vital, e que vai determinar o que uma pessoa pode ou não conseguir fazer, sendo sempre influenciada pelo ambiente onde vive e interage. O outro conceito é a capacidade funcional, considerada como um atributo diretamente relacionado com a saúde, na forma como o estado de saúde pode condicionar a autonomia (WHO,2015b). Neste sentido, o envelhecimento saudável é considerado como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (WHO,2015b).

No plano nacional, no que respeita ao envelhecimento ativo e saudável, Portugal comprometeu-se com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), na promoção do envelhecimento ativo e em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro)(DGS, 2017).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, publicado pela DGS em 2007 definiu três grandes pilares: a promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida, a maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes que projetem a capacitação, autonomia e independência das pessoas idosas (Fonseca,2013).

Foram sendo integrados esforços para que todos os setores da sociedade assimilassem estratégias assentes na cidadania, na equidade e na acessibilidade das pessoas, para uma melhoria da qualidade dos cuidados (Fonseca,2013) eixos estratégicos ressaltados pelo PNS 2012-2016 e o PNS- revisão e extensão a 2020.

A criação de um grupo de trabalho interministerial em 2016, pretendeu apresentar uma proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável [INEAS], de forma a concretizar os compromissos políticos assumidos. As estratégias delineadas pretendem “criar os alicerces necessários para que a política de envelhecimento ativo e saudável passe de uma mera visão a uma realidade que quebre barreiras e supere estereótipos, com vista a melhorar a qualidade de vida dos idosos, participação e segurança no combate à exclusão social de cidadãos idosos, através de uma intervenção contínua no panorama socioeconómico, tornando o envelhecimento uma vivência positiva” (ENEAS,2016, p.30783).

Torna-se imperativo garantir a “participação das pessoas idosas de forma continuada na sociedade atual, durante mais anos, delineando intervenções que apostem na prevenção da doença crónica, diminuindo assim o limiar da incapacidade, dos internamentos hospitalares e dos custos em saúde” (Fonseca, 2013, p.34)

2. CUIDADOR INFORMAL/ CUIDADOR FAMILIAR

O cuidador informal surge como elemento-chave no sistema de saúde atual, assumindo parte do peso nos cuidados à pessoa dependente, numa partilha de responsabilidades com a rede de apoio multidisciplinar. Apesar dos múltiplos benefícios que os cuidados no domicílio podem representar para a pessoa cuidada, todo o processo de gestão dos cuidados vai ter implicações na vida social, na saúde e na situação económica dos prestadores de cuidados (Sequeira, 2018; Valencia, Sierra & López, 2019).

Nos últimos anos têm sido criadas medidas políticas que visam desencorajar a institucionalização, privilegiando a permanência da pessoa dependente no domicílio. Uma aposta nos serviços de proximidade e na capacitação das famílias cuidadoras projeta o seu reconhecimento na sociedade em geral, mas faz transparecer, simultaneamente, as lacunas que as redes de suporte ainda apresentam para que ressalte um acompanhamento e apoio mais efetivos (Teixeira et al., 2017). O CI é reconhecido como “um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde” (Teixeira et al., 2017, p.5), essencial para fazer face aos desafios do envelhecimento demográfico e aos custos associados aos cuidados continuados (Teixeira et. al, 2017).

De acordo com a definição de Sequeira (2018), cuidador primário ou principal “é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados”, o cuidador secundário” é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar”, podendo ser familiares que dão apoio ao cuidador principal (Sequeira, 2018,pp.168-169).

É no seio da família que muitas vezes se assimila o papel de cuidador. A família como instituição social, continua a ser o grupo primário de apoio, constituindo um espaço onde se enraízam aprendizagens de dimensão significativa (Alarcão, 2000). O aparecimento de um problema de saúde no ambiente familiar, vai gerar um desequilíbrio interno e exigir uma readaptação e mudança no próprio sistema da família, sendo a sua superação condicionada pelas fundações afetivas que os une, na gestão de emoções e no grau de flexibilidade que os elementos apresentam para aceitar a mudança (Alarcão, 2000).

A construção do papel de cuidador está acompanhada de repercussões nos diferentes aspetos da vida, na medida em que o cuidador, ao assumir a responsabilidade pela gestão dos cuidados no domicílio, vai-se deparar com situações geradoras de stress. O momento de transição dos cuidados, de uma unidade de internamento para o domicílio é feita, muitas vezes, sem que haja uma preparação prévia no treino de competências. A complexidade e exigência de cuidados requer o desenvolvimento de

conhecimentos, capacidades e habilidades sendo um processo contínuo e demorado (Landeiro, Martins & Peres, 2016, Couto et al. 2018).

A habitação transforma-se em espaço de cuidados com singularidades que, ao serem identificadas, desafiam a manutenção da continuidade dos cuidados (Duarte,2010). A mesma autora salienta que “não se pode pensar apenas em transferir a pessoa do hospital para o domicílio apresentando-o somente sob uma ótica favorecedora” (Duarte,2010, p.207). Privilegiar o domicílio como ambiente propício à continuidade dos cuidados requer que os cuidados de proximidade intervenham no ambiente domiciliário, implementando “um conjunto de medidas que contextualizem e promovam o ato de cuidar” (Teixeira et al., 2017, p.33).

O enfermeiro, emerge como elemento-chave no acompanhamento de proximidade ao interagir “no espaço cultural e vivencial de cada família” (Gago & Lopes,2012), num percurso de conquista de confiança em prol da adesão ao projeto terapêutico. Ao defrontar-se com várias contingências no ambiente onde se desenvolvem os cuidados, o enfermeiro perante a compreensão das particularidades da pessoa cuidada, do cuidador e do espaço domiciliário, vai sinalizar fragilidades e lacunas e identificar possíveis potencialidades para que se priorizem medidas de apoio multidisciplinares (Gago & Lopes,2012, Teixeira et al., 2017). De acordo com Sequeira (2018), os profissionais de saúde devem contribuir para que os CI vivenciem processos de transição saudáveis, adaptando os planos de intervenção educacionais ao contexto particular de cada pessoa.

A capacitação do CI passa por a sistematização de três áreas essenciais: **Apoio no campo da informação**, transmitindo conhecimentos que facilitem a prestação de cuidados e que permitam desenvolver a capacidade de resolução de problemas no cuidar, ou capacidade para desenvolver estratégias de *coping*; **O apoio emocional**, permitindo a possibilidade de partilha de emoções, dificuldades, pontos de vista e que é indispensável à manutenção do equilíbrio da pessoa dependente; **O apoio instrumental**, que consiste no suporte à prestação de cuidados de forma a colmatar situações problemáticas que a pessoa não consegue por si só resolver (Sequeira,2018).

Partindo de uma visão integradora dos cuidados, em que se coloca o cidadão no centro do sistema valorizando todas as suas necessidade e expetativas, a família,

cuidadores informais e o próprio cidadão são chamados a participar na gestão da saúde e da doença crónica, como estratégia de reforço da qualidade em saúde, desenvolvendo medidas que promovam a capacitação e literacia em saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

2.1. Estatuto do cuidador informal

O Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela publicação da Lei nº100/2019 de 6 de setembro e vem estabelecer a regulamentação dos direitos e deveres do cuidador e da pessoa ao seu cuidado, definindo as respetivas medidas de apoio e formalizando o seu campo de ação.

Para efeitos do Estatuto são considerados os conceitos de cuidador informal principal e cuidador informal não principal. O cuidador informal principal é considerado “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” (Assembleia da República [AR],2019).

O cuidador informal não principal é considerado “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 regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (AR,2019, p.9).

O reconhecimento formal é da competência do Instituto de Segurança Social (ISS) mediante um requerimento apresentado pelo CI ou das entidades competentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou caso os serviços de ação social das autarquias

sinalizem a pessoa cuidada e o respetivo cuidador, articulando com os serviços competentes da Segurança Social.

O CI, através da atribuição do estatuto, vê reconhecido o seu papel como um dos direitos fundamentais no acompanhamento da pessoa a quem presta cuidados. A regulamentação dos direitos incluem ainda: o direito a receber acompanhamento e formação para que desenvolva as suas capacidades e competências de forma a prestar cuidados de forma adequada; o direito a receber informação dos profissionais da área da saúde e da segurança social; o direito a ter acesso a informação sobre a evolução da doença e de todos os apoios que pode usufruir em articulação com os profissionais das respetivas áreas; o direito a ter acesso a informação sobre as boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos CI; a possibilidade de usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde; o direito a beneficiar de períodos de descanso do cuidador para promoção do seu bem-estar e equilíbrio emocional; o direito a beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador principal, nos termos previstos do estatuto e no caso do cuidador não principal, a possibilidade de conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional; o direito a ter um papel ativo nas políticas públicas dirigidas aos CI (AR, 2019).

Ao ser atribuído o estatuto, o CI tem o dever de: atender e respeitar os interesses e direitos da pessoa cuidada, prestar apoio e cuidados em articulação com os profissionais da saúde e solicitar apoio social sempre que justificável; Garantir o dever de acompanhamento e bem-estar, assim como garantir uma melhoria da qualidade de vida à pessoa cuidada promovendo a sua autonomia e intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional; potenciar as condições para que se mantenham o fortalecimento das relações familiares, promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais, assim como o cumprimento do plano terapêutico da equipa de saúde; Deverá promover o ambiente seguro e comunicar à equipa de referência as alterações no estado de saúde. O cuidador deverá ainda participar nas ações de formação que lhes sejam dirigidas e que promovam a capacitação no cuidar da pessoa dependente (AR, 2019).

O período de vigência levado a cabo pela Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersectorial permitiu a implementação e avaliação de um projeto-piloto que incluía 30 concelhos do território nacional, durante um período de 12

meses. Durante esse período (junho de 2020 a maio de 2021), a Comissão monitorizou e avaliou a implementação e execução dos projetos-piloto e a aplicação das medidas de apoio ao cuidador informal (Estatuto do Cuidador Informal, 2022).

O Decreto Regulamentar nº1 de 10 janeiro de 2022 veio “estabelecer os termos e as condições do reconhecimento como cuidador informal, bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas” (Estatuto do Cuidador Informal, 2022, p.21) regulamentando o disposto na Lei nº 100/2019 de 6 de setembro.

As medidas de apoio genéricas salvaguardam a participação ativa do CI na elaboração do Plano de Intervenção Específico (PIE), em colaboração com os profissionais da área da saúde. Uma das medidas fulcrais, é a aposta na formação e capacitação do CI nos vários campos de intervenção à pessoa dependente, permitindo um desenvolvimento progressivo de competências na prestação de cuidados no domicílio. A participação em grupos de autoajuda são também referidos como pilares no apoio ao CI pois promovem a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando desta forma o isolamento social (Estatuto do Cuidador Informal, 2022).

O acompanhamento e orientação de proximidade com os profissionais de referência da saúde e da segurança social é essencial na mobilização de competências, aconselhamento e informação ao CI. O envolvimento conjunto na elaboração do PIE e a coprodução no projeto de saúde do familiar dependente, vai permitir uma sinalização e ativação de recursos, contribuir para a motivação do CI assim como atenuar a sobrecarga associada aos cuidados (Estatuto do Cuidador Informal, 2022).

A identificação das necessidades no terreno e a elaboração de um PIE vai permitir implementar estratégias para criação e manutenção de um ambiente propício à dignidade e humanização dos cuidados (Estatuto do Cuidador Informal, 2022; Araújo, Paul & Martins, 2010).

2.2.As dificuldades no cuidar percebidas pelos cuidadores informais

Vários são os fatores que podem influenciar a forma como cada cuidador vai assumir e interiorizar o seu papel no processo de assistência ao familiar dependente. A dimensão cultural do cuidar está intrinsecamente ligada ao conceito da família e à relação afetiva que une o cuidador e a pessoa cuidada, sendo que, o contexto de vida, o ambiente domiciliário e a condição da pessoa dependente pode influir na forma como este vai vivenciar o processo de cuidar (Landeiro, Martins & Peres, 2016). O impacto do papel do cuidador pode gerar sentimentos contraditórios, que podem ir desde o sentimento de reciprocidade como fonte de satisfação e de dever cumprido, a fragilidades relacionadas com a sobrecarga, problemas financeiros, isolamento social, impacto na saúde e na qualidade de vida. (Landeiro, Martins & Peres, 2016; Brito, 2000).

Com efeito, segundo Brito (2000), a ideia de que a prestação de cuidados a familiares está invariavelmente, por si só, associada a dificuldades a nível físico, emocional, financeiro e social sem que haja um sentimento de reciprocidade ou recompensa pessoal, tem sido debatida e contrariada por outros autores que evidenciam aspetos gratificantes e de satisfação na prestação de cuidados (Nolan et al., 1996 apud Brito, p.26; Sequeira,2018).

Cuidar de uma pessoa com algum nível de dependência exige lidar com uma diversidade de esforços, tensões e tarefas que podem superar as reais possibilidades do cuidador, podendo conduzi-lo à exaustão e ter um impacto a nível físico, psicológico, social e económico quer na vida do cuidador, como da pessoa foco dos seus cuidados. (Brito,2000;Teixeira et al., 2017).

Ser cuidador com ausência de escolha, falta de suporte social e um ambiente físico doméstico que dificulte a prestação dos cuidados, são, entre outros, fatores de risco que podem causar um impacto negativo no cuidador (Teixeira et al., 2017).

É fundamental salvaguardar que, cuidar de pessoas com dependência física e/ ou cognitiva vai para além dos cuidados diários básicos e instrumentais, como a alimentação, a higiene a mobilização e a medicação, que de um modo geral são

considerados e avaliados (Brito,2000, Couto, Caldas & Castro, 2017). A prestação de cuidados no domicílio requer um esforço e desgaste contínuo e prolongado, a nível cognitivo, emocional e físico e que deverá ser salvaguardado. O impacto na vida do cuidador causado pela vivência rotineira com o dependente vai provocar várias alterações adversas em importantes áreas da sua vida (Brito,2000). De entre as várias alterações que são consideradas como desencadeadores de importantes fragilidades, é salientado por Couto et al.(2017) que as mudanças na vida afetiva e social do CI têm um impacto negativo no processo de cuidar, pois priorizam o cuidado ao familiar e deixam para segundo plano as próprias relações afetivas. É também salientado pelos mesmos autores que, o abandono do trabalho com repercussões da condição financeira e as alterações o estado de saúde, podem comprometer o bem estar do cuidador e afetar a qualidade dos cuidados à pessoa dependente (Couto et al.,2017). De entre as alterações do estado de saúde, os mesmos autores destacam as alterações no padrão habitual do sono, com redução do tempo e da qualidade, pelas constantes interrupções (Couto et al.,2017).Este conjunto de condicionantes são vividas num complexo contexto de preocupação constante gerando sentimentos diversos e contraditórios, como o medo, tristeza, insegurança, preocupação, conflito e tensões, e que conduzem a situações de morbilidade aumentada no cuidador (Brito,2000;Couto et al.,2017).

A perceção que cada cuidador tem sobre o impacto da sobrecarga dos cuidados na sua situação de saúde, pode atuar como mediadora cognitiva nas respostas que este possa dar a situações concretas e, desta forma permitir que interiorize estratégias de *coping* (Brito,2000; Sequeira, 2018).

O défice de informação e de habilidades do CI para a prestação de cuidados, é apontada como condicionantes que pode comprometer a continuidade dos cuidados (Landeiro, Martins & Peres, 2016).A falta de informação e suporte a nível prático pelo défice de acompanhamento dos profissionais de saúde, podem gerar sentimentos de incompetência para a realização de diversos procedimentos e afetar de forma significativa o desempenho do cuidador e a sua disponibilidade para a continuidade dos cuidados (Brito 2000; Landeiro, Martins & Peres, 2016).

2.3. Teoria das transições de Meleis e a abordagem ao cuidador

A assimilação do papel de cuidador passa por um processo de transição que, ao interagir com uma série de variáveis, o torna num processo complexo. Estas variáveis estão associadas a “valores preditivos diferentes, em função do cuidador, da pessoa cuidada e do contexto em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados” (Sequeira, 2018, p.176).

As mudanças na saúde e doença dos indivíduos criam processos de transição, que normalmente estão associados aos conceitos de adaptação e crise, em que “crise é o evento que desencadeia a necessidade de transição e a adaptação é a forma como cada um experiencia o processo de transição (Sequeira, 2018). Neste sentido, as pessoas que passam por um processo de transição tendem a ficar mais vulneráveis, o que as expõe a riscos para a saúde. (Meleis, Sawyer, In, Messias & Schumacher, 2000).

A análise conceptual da Teoria das transições de Meleis à luz da temática do CI, é considerada pela natureza de enfermagem como ciência humana prática, ao permitir que o enfermeiro no contexto domiciliário desenvolva um entendimento fundamentado das dificuldades e adaptações associadas ao processo de transição, agindo como agente facilitador e proporcionando conhecimento e capacidade para que sejam desencadeadas respostas positivas às transições (Meleis, Sawyer, In, Messias & Schumacher, 2000).

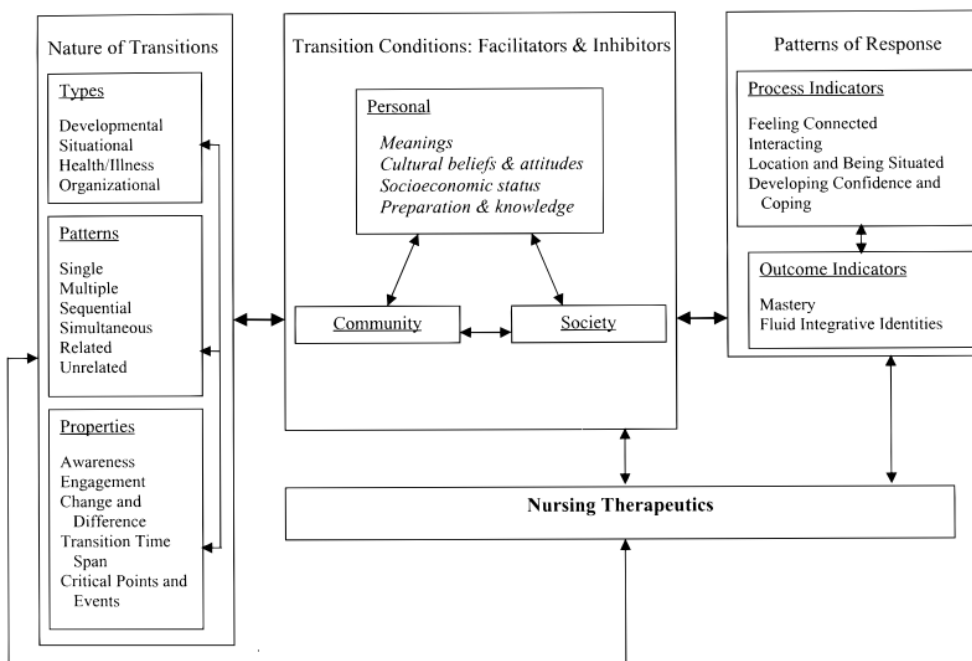
A Teoria das Transições iniciou-se em meados da década de 1960, pela enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis. Para Meleis apud Guimarães & Silva (2016), “a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*”(p.1). Está ligada ao tempo e ao movimento de forma intrínseca, associada a uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades pelas pessoas que a experienciam, de acordo com o contexto e a situação, numa incorporação de novos conhecimentos (Meleis et al., 2000).

De acordo com o modelo proposto por Meleis et. al.(fig.1), a Teoria das transições estão representadas por três grupos fundamentais: A natureza das transições os condicionantes da transição que podem ser facilitadores e inibidores e os padrões de resposta.

As intervenções terapêuticas de enfermagem projetam-se e interagem em todos os momentos do processo de transição, entrelaçando-se nas múltiplas dimensões perante a singularidade e complexidade de cada indivíduo (Meleis et al.,2000).

No que concerne à *natureza das transições*, estas podem ser de diferentes tipos como as que interferem no desenvolvimento ao longo do ciclo vital, situacionais (pelos acontecimentos que desencadearam a alteração dos papéis), saúde /doença (quando a transição vai envolver uma mudança no estado de saúde) e organizacional (associada ao ambiente envolvente, às condicionantes sociais políticas, económicas, entre outras).

Figura 1- Teoria das transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance



FONTE: Meleis, et al.(2000)

A natureza das transições apresenta diferentes padrões podendo ser simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, podem estar ou não relacionadas. Possuem propriedades que vão determinar a forma como essas mudanças são vivenciadas. De entre as diversas propriedades, é salientada a consciencialização, um pressuposto inicial

na mobilização de recursos para a ação (Meleis et.al, 2000; Sequeira, 2018). É nesta fase que o profissional de saúde, deve direcionar a sua atenção no sentido de transmitir informação ao cuidador de forma eficaz, pois muitas vezes, este ainda não interiorizou seu papel enquanto cuidador. A consciencialização vai ser fundamental para o assumir de outra propriedade, que é o envolvimento ou empenho. O envolvimento do cuidador vai permitir a procura de informação e apoio profissional, fator importante no assumir da mudança (Sequeira,2018). As transições promovem a mudança sendo essencial entender a sua natureza e os significados que representa, relacioná-los com eventos críticos que podem condicionar o envolvimento do cuidador. O espaço temporal em que se desenrola o processo transição pode ser um importante fator no comprometimento e empenho do cuidador, pelos desequilíbrios e alterações nas rotinas (Meleis et al. 2000; Guimarães & Silva ,2016).

Os condicionantes da transição, segundo Meleis et.al (2000), envolvem fatores facilitadores e inibidores, neles são considerados os fatores pessoais (a atitude positiva ou negativa perante o evento que desencadeia a mudança), as crenças, a condição socioeconómica da pessoa e as suas influências culturais. Todos os condicionantes interagem de forma dinâmica com os recursos da comunidade e recursos sociais onde a pessoa se insere (Meleis et al. 2000; Sequeira, 2018).

Para que aconteça uma transição saudável, deverá ser avaliada pelos *Padrões de resposta* que a pessoa desencadeia perante o processo de mudança. Meleis et al.(2000) definem indicadores de processo e indicadores de resultado, para definir o ajustamento da pessoa ao processo de transição. O sentir-se ligado está relacionado com a rede social de apoio como os amigos, família, pares, profissionais de saúde, com que interagem e se desenvolvem. Outra característica é o desenvolvimento de confiança e de estratégias de *coping*, que vão promover a adaptabilidade e a aceitação às necessidades de mudança. Os indicadores de resultado compreendem a mestria, o saber fazer e o domínio de novas competências essenciais para uma transição bem-sucedida (Meleis et al. 2000; Guimarães & Silva, 2016).

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A consolidação dos sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta dos serviços comunitários e de saúde pública, tem sido uma prioridade estratégica para a promoção da saúde e bem-estar da população, num alinhamento entre as políticas nacionais e internacionais (OMS, 2020; DGS, 2015).

A Carta de Ottawa (1986), considerada a primeira conferência internacional sobre a promoção de saúde, resultou de uma carta de intenções que emergiu de um movimento de Saúde Pública a nível mundial de forma a projetar uma primeira resposta às crescentes expectativas de saúde e bem-estar. A saúde é considerada como um conceito positivo que acentua as capacidades físicas e está associado aos recursos sociais e pessoais de cada pessoa. O conceito de promoção da saúde reforça a capacidade de cada pessoa e das sociedades onde se inserem, para que consigam controlar a sua própria saúde, sendo “entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (p.1). O indivíduo passa a ter um papel preponderante na adoção dos estilos de vida, em que os recursos fundamentais para a saúde exige uma ação coordenada de todos os intervenientes sociais. A promoção da saúde centra-se na procura da equidade em saúde, pelo que devem assentar premissas como a igualdade de recursos e oportunidades com vista à capacitação do indivíduo e à realização do seu potencial de saúde (Carta de Ottawa, 1986).

Os cuidados centrados nas pessoas emergem como uma abordagem global e de proximidade e que se insere numa ótica de responsabilização do cidadão pelo seus cuidados de saúde. Considerada uma abordagem que projeta e valoriza as perspetivas dos indivíduos, cuidadores, famílias e comunidades como atores principais e beneficiários dos sistemas de saúde, foca-se nas expectativas que cada pessoa tem em relação à sua saúde e não propriamente à situação de doença em si (WHO, 2015a).

De acordo com Lopes (2016), a participação dos cidadãos nas decisões relativas à sua saúde, da sua família e da sua comunidade é um direito fundamental podendo catapultar múltiplas vantagens que ajudem a transpor os atuais constrangimentos do sistema de saúde. Com a aposta em novos modelos conceptuais que têm por base a centralidade do cidadão são definidos novos conceitos em saúde num processo que valoriza o potencial individual ao longo do ciclo da vida, emergindo como elemento fulcral na coprodução de cuidados de saúde (DGS, 2015).

Todo este processo que dinamiza o envolvimento do cidadão como decisor nas políticas sobre a sua saúde e sobre a saúde da comunidade em geral, evidencia a necessidade de ter uma população informada, com alicerces sólidos no campo da educação e com a capacidade de desenvolver um nível alto de literacia em saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Torna-se imperativo a mobilização de políticas de saúde que invistam na capacitação de cada cidadão, para que estes sejam capazes de tomar decisões informadas sobre a sua saúde e sobre a saúde de quem deles depende (DGS, 2015). A cidadania em saúde liga-se desta forma ao conceito de literacia em saúde, numa relação simbiótica, na medida em que uma maior acessibilidade ao conhecimento promove a saúde e empodera o cidadão, permitindo uma maior autonomia e poder de decisão, na gestão da sua própria saúde, assim como uma participação mais interventiva na comunidade em geral (Lopes, 2016; Fundação Calouste Gulbenkian, 2014; DGS, 2015).

Empoderamento ou *Empowerment*, consiste em todo o processo de apoio às pessoas e comunidades de forma a assumirem o controlo das suas próprias necessidades de saúde resultando, por exemplo, na adoção de comportamentos mais saudáveis ou na capacidade para autogerir as próprias doenças e no ambiente em que se desenvolvem. (WHO, 2015a).

Capacitar a pessoa para agir sobre a saúde ou doença, quer seja de forma isolada ou partilhada com os profissionais de saúde, vai envolvê-lo no processo de autocuidado, no planeamento dos cuidados de saúde e na adoção de políticas saudáveis enquanto agente comunitário de saúde (Lopes, 2016).

No relatório “Um futuro para a saúde” da Fundação Calouste Gulbenkian (2014), é defendida uma abordagem para que se atribua a todas as pessoas um papel ativo na melhoria da saúde e do bem-estar, caracterizada pelo empoderamento dos cidadãos, pela participação ativa na sociedade e por uma procura contínua de qualidade. O empoderamento da pessoa e família vai permitir criar ambientes propícios para o desenvolvimento de competências, reforçar a confiança e o conhecimento necessários para que consigam evoluir de cidadãos passivos e recetores de cuidados de saúde para parceiros ativos na promoção, proteção da saúde e na prestação dos cuidados de saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

O conceito de Literacia em Saúde envolve “o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, com vista à tomada de decisão no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida” (DGS,2018, p.6).

Promover a literacia em saúde e capacitação dos cidadãos requer que estejam presentes os vários setores da sociedade, estabelecendo parcerias comunitárias de proximidade, dos quais os cuidados integrados se assumem como fundamentais (SNS, 2017), numa sinergia partilhada entre os cidadãos e os profissionais com vista à sustentabilidade do sistema, ganhos para a saúde e o bem-estar do cidadão (Lopes, 2016).

Ao considerar o cidadão numa ótica de co-produção de cuidados, não se pode dissociar a família e o ambiente onde a pessoa está integrada. Para a continuidade dos cuidados, co-construir no domicílio implica o envolvimento do profissional na identificação de lacunas de conhecimento, para que se projete a possibilidade de um ambiente promotor de saúde (Duarte, 2010).

3.1. Enfermagem e a Promoção da saúde

Promover comportamentos saudáveis e diminuir os comportamentos de risco ou prejudiciais à saúde são um dos principais desafios que os profissionais de saúde enfrentam (Pender, Murdaugh &Parsons, 2015).

Nos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001) é salvaguardado que, o enfermeiro através da promoção da saúde, tem o dever de ajudar a pessoa a alcançar o máximo potencial em saúde. São definidos elementos importantes com vista à promoção da saúde, entre os quais: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos da pessoa, família e comunidade; a criação de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; a promoção do

potencial de saúde da pessoa otimizando o trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; a partilha de informação que gere aprendizagem cognitiva e de novas capacidades para a pessoa (OE,2001).

Segundo Nunes (2018) “A enfermagem estabelece-se no universo da saúde, o que lhe dá, desde logo, traços próprios de caracterização”(p.28). A saúde é considerada como uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento do projeto de vida de cada pessoa, traçado de forma individual ou coletiva num processo de procura de “equilíbrio e bem-estar, atendendo às vertentes física, psicológica, emocional, sociocultural e espiritual” (Nunes, 2018, p.28-29). Sob esta premissa, a mesma autora defende que o “foco do olhar da profissão de enfermagem é a saúde” (p.29), entrelaçando-se com a educação, os hábitos de vida, as condições de trabalho, os espaços físicos onde se habita, sem esquecer a cidadania e o ambiente, num sentido de responsabilidade profissional que tem uma “natureza prospetiva, assente em atos que visam proteger o amanhã” (Nunes,2018, pp.29). Esta “natureza prospetiva” pode ser entendida como um dos alicerces para a promoção da saúde onde o enfermeiro, através do “processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE,2018), cria oportunidades que permitem a tomada de decisão consciente sobre a saúde.

A relação de proximidade que o enfermeiro tem com a comunidade em geral, permite identificar necessidades e dificuldades dos indivíduos e famílias ao longo de todo o ciclo vital, estabelecer pontes que permitem antecipar e prevenir complicações e agir precocemente nos problemas, ao delinear estratégias visam a promoção de saúde e prevenção da doença (Nunes,2018; Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). A promoção de contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida implica a proteção e manutenção da saúde numa sobreposição de visões que permite a articulação e a integração de esforços (DGS, 2013).

3.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção da Saúde – Health Promotion Model [HPM], desenvolvido por Nola Pender representa um referencial para a prática de enfermagem no campo da

saúde comunitária, representando uma ferramenta que permite traçar linhas orientadoras na compreensão da pessoa enquanto decisor sobre a sua saúde, numa abordagem que assimila a vertente biopsicossocial do indivíduo, na forma como age perante a influência dos vários determinantes e na forma como explora os comportamentos promotores de estilos de vida saudável (Pender et al., 2015).

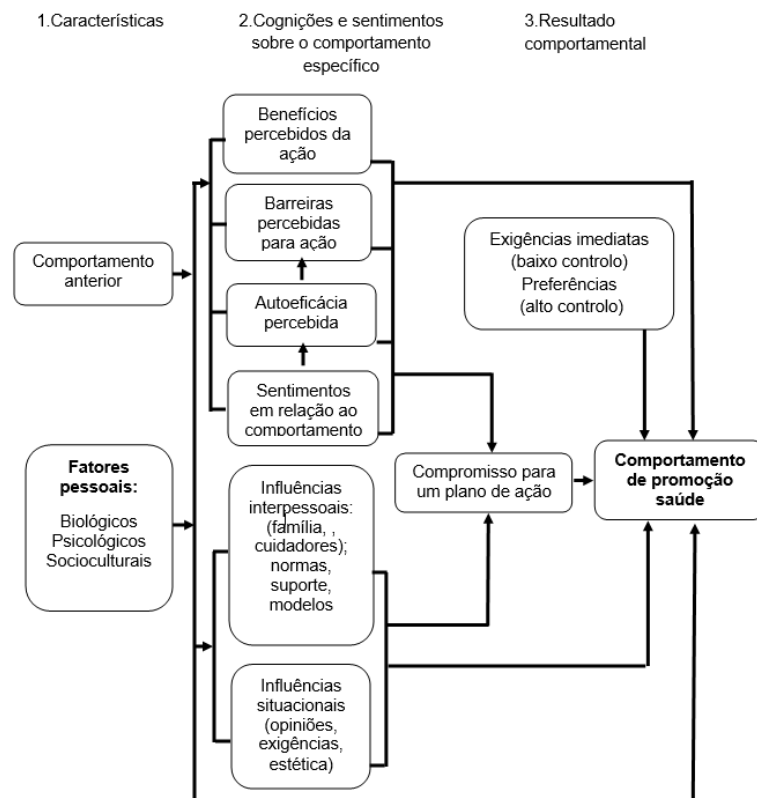
O modelo integra a enfermagem nas ciências do comportamento, ao identificar os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis. Integra diversos construtos sustentando-se na teoria da aprendizagem e na psicologia social, ao afirmar que os comportamentos são desenvolvidos e alterados com base em pressupostos pessoais, nas crenças e valores, na motivação intrínseca para alterar comportamentos. Os autores defendem que há um potencial humano para a mudança, potencial esse que influi na capacidade que a pessoa tem para autodirigir a mudança, na capacidade de autoconhecimento e na capacidade que apresenta para a autorregulação. O enfermeiro surge como mediador na promoção de um clima positivo para a mudança ao potenciar essa capacidade e ao direcionar para a tomada de decisão na resolução de problemas de saúde. (Pender et al.,2015).

O HPM assume uma natureza multidimensional no entendimento das pessoas no contexto em que vivem, na forma como interagem com os ambientes interpessoais e a sua influência no processo de procura de saúde. É um modelo de Enfermagem que se adequa à implementação e avaliação de ações de promoção da saúde, quer para os indivíduos, quer para as famílias e comunidades. Associado a outros projetos de intervenção comunitária, potencia o empoderamento da população (Pender et al.,2015).

A promoção da saúde é entendida como uma estratégia para que se alcance a si própria, com o objetivo major de criar ambientes promotores de bem-estar através do suporte educacional, ao convergir para comportamentos que visam a mudança de estilos de vida. Neste sentido, comportamento promotor de saúde, é entendido como o ponto final ou o resultado da ação no HPM, em que numa última análise, a direção é sempre projetada para a obtenção de resultados positivos para a pessoa. Os comportamentos promotores de saúde, particularmente quando integrados num estilo de vida saudável, resultam em melhor saúde, capacidade funcional melhorada, e melhor qualidade de vida em todas as fases de desenvolvimento. (Pender et al.,2015).

Os vários construtos do HPM ancoram-se em três principais domínios: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o resultado do comportamento de saúde desejável (Pender et al., 2015). O diagrama representativo do modelo de promoção de saúde pode ser observado na figura 2.

Figura 2-Diagrama do modelo de promoção de saúde



Fonte: Adaptado de pender,et al.,2015

A escolha do Modelo de Promoção de Saúde como referencial para o desenvolvimento do projeto Partilhas que cuidam é fundamentado à luz do diagrama e tem em conta a fundamentação aclarada neste capítulo. A otimização do exercício do papel de cuidador está diretamente ligado ao desenvolvimento de competências no domínio da informação e no domínio de suporte aos cuidados, funções para as quais deverá estar apto, para que adote comportamentos promotores de saúde, quer para si quer para a pessoa de quem cuida (Sequeira,2018). O enfermeiro especialista em

enfermagem comunitária e de saúde pública intervém como promotor da saúde na comunidade na capacitação de pessoas, família e grupos, coordena, dinamiza e participa no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde (OE,2018).

De acordo com o diagrama HPM, na primeira coluna são evidenciadas as *características e experiências individuais* que correspondem aos comportamentos anteriores e que podem precisar ser alterados. Podem ser considerado neste campo os comportamentos que estão sujeitos à influência dos determinantes em saúde. Nos comportamentos anteriores estão incluídos os fatores pessoais que se subdividem nos fatores biológicos, considerando a idade, a constituição física, a agilidade.

Os fatores psicológicos, como por exemplo a motivação, auto-perceção do estado de saúde, autoestima; e os fatores socioculturais, como os valores e as crenças, etnia, educação e estatuto socioeconómico (Pender et al., 2015). De acordo com os mesmos autores, a complexidade da família pela diversidade que representa nas diferentes etnias, culturas e contextos geográficos, projeta-se como um desafio ao definir e promover a saúde em contexto familiar.

As cognições e sentimentos sobre os comportamentos que se pretendem alcançar, correspondem ao campo central do diagrama, tem na sua base a força motivacional de cada pessoa e caracteriza-se por serem comportamentos passíveis de serem modificados. É neste campo central que o enfermeiro pode atuar pela permeabilidade que representa (Pender et al., 2015). Para que se verifique uma mudança de comportamento em prol da promoção da saúde, no caso concreto do CI, é imperativo que o próprio, a família e a comunidade envolvente, percebam os benefícios que uma determinada ação de capacitação pode ter para promover a saúde da pessoa dependente e do CI. A identificação das barreiras que impedem ou dificultam a adesão ao comportamento promotor de saúde é uma rampa de lançamento para incrementar estratégias de superação. A autoeficácia percebida é considerada a capacidade que a pessoa tem para avaliar as competências pessoais, com vista a organizar ou executar uma ação específica e as expectativas que demonstram para com os comportamentos promotores de saúde sendo essencial para alcançar a auto confiança (Pender et al., 2015).

As influências interpessoais representam as forças externas que interagem no espaço da pessoa e que modificam direta e indiretamente os comportamentos promotores de saúde. As atitudes e decisões vão sendo moldadas e influenciadas pela família e pelos pares com que se relacionam, levando à interiorização de aprendizagens ao longo do ciclo vital e que se vão espelhando em comportamentos de referência (Pender et al., 2015). As influências situacionais estão relacionadas com as percepções pessoais sobre o contexto ou a situação em si, que podem influenciar de forma positiva ou negativa a adoção de determinados comportamentos em saúde. As exigências relacionadas com o ambiente onde a ação se desenvolve pode dificultar ou impedir que determinados comportamentos em saúde aconteçam (Pender et al., 2015). O ambiente de domicílio, onde o cuidador presta cuidados é muitas vezes um espaço onde são identificadas várias contingências relacionadas com a falta de recursos físicos e meios de apoio que comprometem o comportamento de saúde desejado (Gago & Lopes, 2012; Sequeira, 2018)

Os *resultados comportamentais*, representam a última coluna do diagrama e tem como resultado final o *comportamento promotor de saúde*. Para que esta premissa se verifique é essencial considerar o compromisso da pessoa /cuidador/ comunidade na adesão ao plano de promoção de saúde e que é propulsor para que seja desencadeado um comportamento de mudança, impelindo a pessoa a agir em prol da sua saúde. As *exigências imediatas e preferências* são fatores que podem influenciar o compromisso para o plano de ação. As exigências imediatas podem estar relacionadas com influências externas e que fogem ao controlo da pessoa. No caso do CI, a impossibilidade em aderir às atividades promotoras de saúde podem-se justificar pelo compromisso para com o familiar de quem cuida, a falta de tempo ou compromissos como o trabalho. As preferências estão relacionadas com a capacidade de autorregulação da pessoa (Pender et al., 2015).

Tendo o HPM como referencial de suporte para direcionar estratégias que permitam promover a saúde do CI e da pessoa dependente, importa sublinhar que, a Enfermagem se centra “no *bem-estar*, portanto, no desenvolvimento do potencial humano”(Nunes, 2018, pp.32), interagindo no ambiente onde a família se desenvolve e contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde (Pender et al., 2015).

4. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia de Planeamento em saúde garante a eficiência das intervenções em saúde, na medida em que, tendo em conta a escassez de recursos, se planeiam intervenções com base na priorização e otimização dos recursos disponíveis (Melo,2020). Planeamento em saúde, segundo Imperatori e Giraldes, pode entender-se 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 socio-económicos.” (1982, p.6). Os mesmos autores salientam que o planeamento em saúde não consiste apenas no planeamento dos serviços de saúde, mas requer o envolvimento de todos os sectores que condicionam a saúde da população, como sendo os setores económico e social (Imperatori & Giraldes,1982). Trata-se de um processo contínuo de previsão de recursos e serviços necessários, sendo caracterizado por estar voltado para o futuro, onde se pretende a racionalidade na tomada de decisões, visa um percurso de ação num processo cíclico de compreensão do sistema social e institucional (Tavares, 1992).

A importância de planear vai ao encontro da necessidade de adaptar os serviços às modificações constantes da população, da sua estrutura e comportamentos, salvaguardando uma população é permeável aos avanços da medicina, às abordagens técnicas mais especializadas, à necessidade de profissionais mais diferenciados e às condicionantes relacionadas com as diferentes aspirações socio-culturais (Imperatori & Giraldes, 1982). As principais etapas no processo de Planeamento em Saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes, são: Diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Será sobre o desenvolvimento dessas etapas para a prossecução do projeto de intervenção comunitária “Partilhas que cuidam”, que versará a parte II deste trabalho.

PARTE II- ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO EM SAÚDE

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa na metodologia de Planeamento em saúde devendo corresponder às necessidades da população em causa. Imperatori e Giraldes afirmam que “a concordância entre o diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividade” (Imperatori e Giraldes,1982).

O diagnóstico envolve a noção de causalidade e de evolução prognóstica que nem sempre se sobrepõe a necessidade de saúde. De acordo com os mesmos autores as necessidades de saúde constituem a parte fundamental do diagnóstico, diferenciando o conceito de necessidade reais (as identificadas pelos técnicos) e necessidades sentidas que estão relacionadas com o contexto sócio-económico da população e o acesso aos serviços de saúde existentes (Imperatori e Giraldes, 1982).

No diagnóstico de saúde, a primeira tarefa inclui a definição do sujeito, a área onde irá incidir a programação do projeto, sendo, pois, um requisito indispensável à análise da situação (Imperatori & Giraldes, 1982). Neste sentido, o primeiro estágio foi o ponto de partida para a elaboração do diagnóstico, através da auscultação dos intervenientes da ECCI e da análise das necessidades de saúde da população alvo. Foi identificada como uma necessidade de intervenção efetiva, as dificuldades que os cuidadores expressam na prestação de cuidados ao familiar em contexto domiciliário, quando a pessoa apresenta dependência no autocuidado. Foi referido pela equipa que estas dificuldades estão muito vincadas no cuidador após alta institucional para o domicílio, ou quando há uma alteração do estado de saúde da pessoa ao comprometer a sua autonomia.

É no processo de transição de cuidados, que os cuidadores vão desempenhar um papel fulcral no apoio à pessoa dependente ao assumirem um conjunto de responsabilidades que estão, muitas vezes, associadas aos conceitos de adaptação e crise, considerando que crise é o evento que desencadeia a necessidade de transição e a adaptação representa a forma como cada cuidador vai experienciar o processo de

transição (Sequeira, 2018). Após integração na ECCL, os utentes que apresentam algum grau de dependência em cuidados de enfermagem, requer que da parte dos profissionais, seja feita uma abordagem de proximidade com os familiares /cuidadores como forma de colmatar as necessidades/ dificuldades por eles vivenciadas.

O acompanhamento da equipa durante a visitação domiciliária permitiu, através de uma observação participante, conhecer a especificidade do objeto de estudo, desenvolver a reflexão sobre a prática e adquirir um conhecimento prévio da população. A observação *in loco* conduziu à sustentação do tema escolhido, corroborada ainda pelos estudos que estão na base da fundamentação teórica. A consulta de indicadores demográficos e de saúde, bem como a auscultação dos elementos da equipa, reforçou a pertinência da temática que é identificar as dificuldades dos cuidadores perante os familiares/pessoas dependentes integrados na ECCL.

1.1. Caracterização demográfica e socioeconómica do concelho em estudo

A caracterização sociodemográfica da população em estudo, vai permitir incorporar um conjunto de dados estatísticos, ao interligar vários níveis de análise, como o comportamento demográfico, social e económico.

Área geográfica

O Concelho em estudo localiza-se na Região do Algarve (NUTS II e III), está dividido em 16 municípios, no Distrito de Faro. Situado no designado Barlavento Algarvio corresponde à metade ocidental do Algarve, confrontado a Oeste e a Sul com a Costa Atlântica, a Norte com a região Alentejo a Este com os concelhos de Albufeira e Loulé.

O Barlavento abrange uma área de 2.061 Km², correspondendo a 41,3% do território da região Algarvia. Quanto ao Município estudado, tem uma área total de 182 Km² (Fig.3).

Figura 3- Área geográfica do ACES Algarve



Fonte: ARS Algarve, I.P.

Demografia

De acordo com os dados provisórios do Censos 2021, o concelho em estudo, conta com uma população de 59 867 residentes (INE, 2022), que corresponde a 12,8% da população residente no Algarve (467 475 residentes). A taxa de variação do número de indivíduos entre 2011 e 2021 foi de 7,65%, apresentando com uma densidade populacional de 328,8 pessoas por Km² (INE, 2022). O aumento populacional reflete-se na maioria dos municípios algarvios, tendo sido a região que mais cresceu nos últimos 10 anos (INE,2022). Da população residente, 28.750 são do sexo masculino e 31.117 do sexo feminino (INE,2022) como pode ser observado na tabela 1.

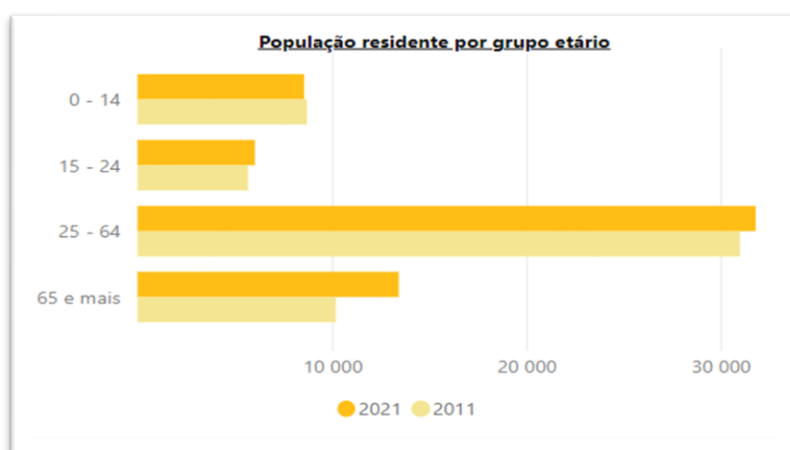
Tabela 1- População residente no Município em estudo total e por sexo

Anos	Total		Masculino		Feminino	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Município estudado	55.614	59.867	26.853	28.750	28.761	31.117

Fonte de dados: INE; Fonte: construção própria

O grupo etário de 65 e mais anos, corresponde a 22,4% da população residente no município, tendo-se verificado um aumento população idosa de 10,204 em 2011 para 13,434 em 2021, como se pode verificar na figura abaixo. (Fig.4)

Figura 4-População residente por grandes grupos etários



Fonte de dados: INE, 2022

No que diz respeito ao índice de envelhecimento, o concelho estudado tem acompanhado uma tendência crescente que é transversal a todo o país. O Índice de Envelhecimento dá-nos uma relação entre a população idosa e a população jovem e corresponde ao número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos (Pordata,2022). Na figura abaixo (Fig.5), podemos verificar os dados provisórios do censos 2021, onde são comparados dados de três anos diferentes, no território português, na região do Algarve e no Concelho estudado. O respetivo Concelho, apresenta uma taxa de variação de 33,9% em relação a 2011, o que nos remete para uma população tendencialmente envelhecida. Verifica-se um decréscimo de jovens com idades inferiores a 14 anos e acentuam-se as idades superiores a 65 anos.

Figura 5- Índice de envelhecimento segundo o censos 2021, em Portugal, Algarve e Município estudado

Territórios	Índice de envelhecimento			
	Anos	1960	2011	2021
Portugal		27,3	127,8	Pro 182,1
Algarve		44,7	131,0	Pro 176,7
Município estudado		41,0	117,1	Pro 156,8

Fontes de dados: INE, 2022

O índice de envelhecimento está diretamente relacionado com a diminuição da taxa bruta de natalidade no concelho (Fig.6),verificando-se que em 1981 a natalidade tinha valores de 14,4 %, em 2011 estava em 11,9 % e em 2020 nasciam 10,3 nado-vivos por 1000 habitantes.

Figura 6-Taxa bruta de natalidade, em Portugal, Algarve e Município estudado

Territórios	Taxa bruta de natalidade (permilagem)			
	Anos	1981	2011	2020
Portugal		15,5	9,2	8,2
Algarve		13,2	10,2	9,9
Município estudado		14,4	11,9	10,3

Fontes de dados: INE,2022

O índice de dependência de idosos relaciona o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa (Pordata, 2022). No município, em 2020, o índice de dependência de idosos estava nos 32,1% que, comparativamente com o ano de 2001, teve um aumento de mais de sete pontos percentuais (Fig.7)

Figura 7- Índice de dependência de idosos em Portugal, Algarve e Município estudado

Territórios	Índice de dependência de idosos (%)			
	Anos	2001	2011	2020
Portugal		24,4	28,5	34,7
Algarve		28,2	29,6	34,9
Município estudado		25,8	26,4	32,1

Fontes de dados: INE, 2022

Quanto ao índice de longevidade, em 2020, 45,7% da população idosa tinha mais de 75 anos de idade, indicador que está associado ao aumento da esperança média de vida. Apesar de estar entre os municípios com um maior aumento populacional, de acordo

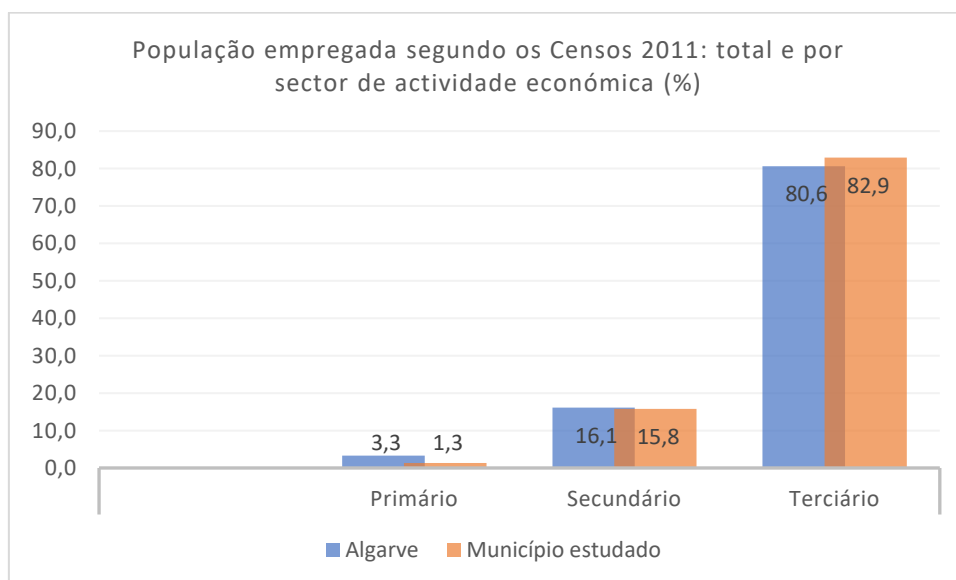
com os dados preliminares do censo 2021, presume-se que a tendência para o envelhecimento da população se continue a verificar.

Economia, Emprego e Educação

A População ativa reflete a caracterização socioeconómica da área geográfica que se quer estudar, conceito que é entendido por o “Conjunto de indivíduos com idade mínima de 15 anos que, no período de referência, constituíam a mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico (empregados e desempregados)” (INE,2021).

O Barlavento algarvio tem registado ao longo dos anos, mudanças acentuadas nos setores de atividade económica que se traduziram na quebra acentuada no sector primário (caracterizado pelo predomínio do sector das pescas e da indústria conserveira), para uma dependência cada vez maior do turismo como principal sector da atividade económica (ARS Algarve, 2017). Neste sentido, no que respeita à **população empregada** por setor de atividade económica (Fig.8) e de acordo com os dados do Censos 2011, o setor terciário foi a principal fonte de emprego (80,6%), com valor próximo do da Região do Algarve (82,9%)

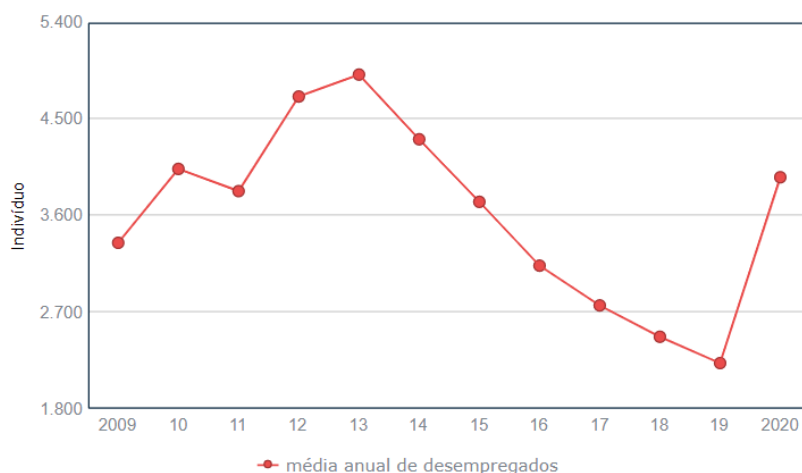
Figura 8- População empregada segundo os Censos 2011: total e por sector de atividade económica (%),



Fonte: Pordata,2022

No que respeita ao desemprego, no município em estudo, no ano de 2020 estiveram em média, 3.958 desempregados estavam inscritos nos centros de emprego e de formação profissional, mais 18% que no ano de 2009 (3.347 desempregados), como se pode ver na figura 9. A taxa de desemprego na região do Algarve é variável tendo em conta a sazonalidade das atividades económicas ligadas ao setor terciário, como a hotelaria e o turismo.

Figura 9-Desempregados inscritos IEFP (média anual)



Fontes/entidades: IEFP/MTSSS-METD, Pordata, 2021

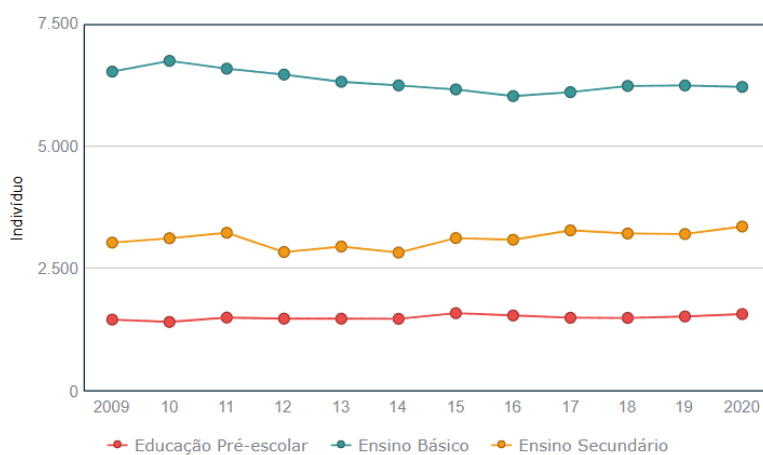
Educação

A taxa de analfabetismo na área do Aces estudado, de acordo com o Censos de 2011, foi de 4,4%, inferior ao da Região (5,3%), tendo-se verificado um decréscimo comparativamente ao ano de 2001, no qual a taxa de analfabetismo se encontrava nos 8,8% (Pordata,2022).

Relativamente à população estudante, o município em 2020 apresentava 1580 alunos no ensino pré-escolar, 6.216 alunos no ensino básico e 3367 alunos no ensino secundário(Fig.10). Os alunos que não transitaram de ano ou desistiram de estudar diminuiu de 18,1% em 2018 para 14,9% em 2019 (Pordata,2022).

De acordo com a Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência (DGEEC), o total de residentes, matriculados no ensino superior em 2021, era de 926 alunos (Pordata,2022).

Figura 10-Nº de alunos no ensino Pré-escolar, Básico e Secundário



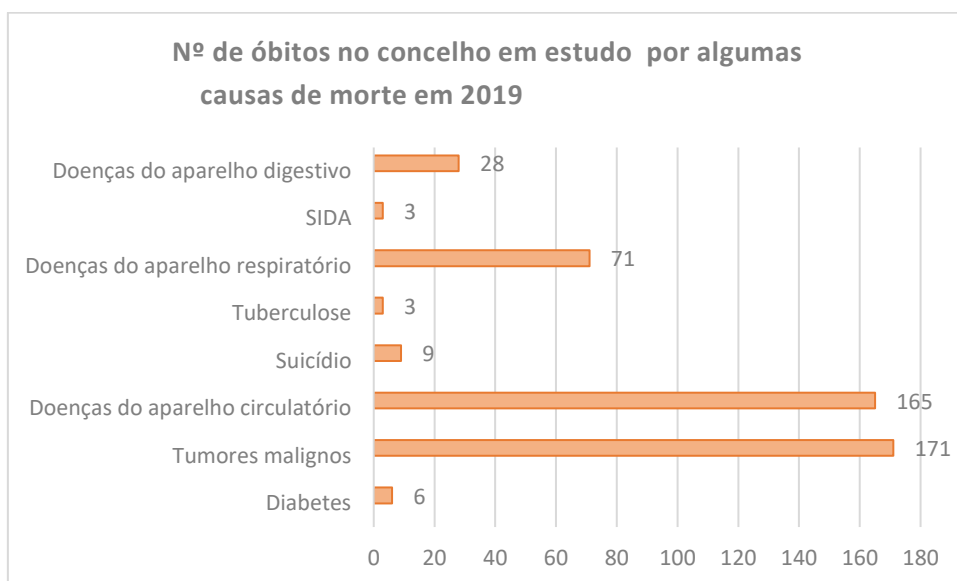
Entidades/ Fontes: DGEEC/ME-MCTES, Pordata, 2022

Os residentes inscritos na Caixa Geral de Aposentações (CGA) em 2020, correspondiam a 3007 reformados/pensionistas, tendência crescente relativamente aos anos anteriores (Pordata,2022).

Morbimortalidade

Constata-se que no município em estudo (Fig.11), em 2019 se verificou uma maior incidência de mortes por tumores malignos seguido de doenças cardiovasculares. A taxa bruta de mortalidade em 2020 estava em 10,4 ‰ (Pordata,2022).

Figura 11-Nº de óbitos no Concelho em estudo por algumas causas de morte em 2019



Fonte: Pordata,2022

O perfil de Saúde da população da área do Aces Barlavento, é evidenciado na figura 12, onde ressaltam as principais necessidades de saúde da população e os determinantes de saúde que afetam de forma significativamente os respetivos problemas identificados (PLS,2017-2020)

Figura 12-Principais necessidades/determinantes de saúde da população da área do ACES

↓ Morbi-mortalidade	Determinantes de Saúde
- Doença isquémica cardíaca	↑ residentes vivendo acima do limiar de pobreza
- Pneumonia	↓ HTA
- Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões	↓ excesso peso/obesidade
- Tumor maligno da mama (feminina)	↓ alterações do metabolismo dos lípidos
- Tumor maligno do cólon e reto	↑ atividade física regular
- Tumor maligno do colo do útero	↓ consumo de tabaco
- Tumor maligno do estômago	↓ consumo de álcool em excesso
- Acidentes de trânsito c/ veículos a motor	↑ cobertura em saúde oral nos CSP
- Tuberculose	↑ cobertura vacinal (entre outras, anti-HPV)
- Infecção VIH/SIDA	
- Suicídio	
- Perturbações depressivas	
- Diabetes	
- Doença dos dentes e gengivas	
- DPOC	

Fonte: PLS 2017-2019

Recursos de saúde - Cuidados de Saúde Primários

Os agrupamentos de centros de saúde (ACES), estabelecidos através do Decreto-Lei n.º 28/2008, “são serviços públicos de saúde (...) com autonomia administrativa e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Ministério da Saúde [MS], 2008, p.1182). São constituídos por várias unidades funcionais das quais estão incluídas as Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP) e Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP). As unidades funcionais são compostas por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa e funcional, numa perspetiva de cooperação com as restantes unidades. Da Administração Regional de Saúde Algarve, I. P. (ARS, I. P.) fazem parte três ACES, Algarve I- Central, Algarve II-Barlavento e Algarve III-Sotavento.

O ACES Algarve II-Barlavento, tem na sua área de intervenção os centros de saúde que correspondem aos concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo. No que respeita aos recursos humanos que integram o ACES Barlavento e de acordo com dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-SNS), estão contabilizados 109 médicos, 187 enfermeiros, 116 secretários clínicos e 115 outros profissionais. O ACES tem na sua área de abrangência 152.340 utentes inscritos (Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde Primários [BI-CSP], 2022)

1.2. Caracterização do local de estágio- Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi desenvolvido numa UCC do ACES Barlavento, concretamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

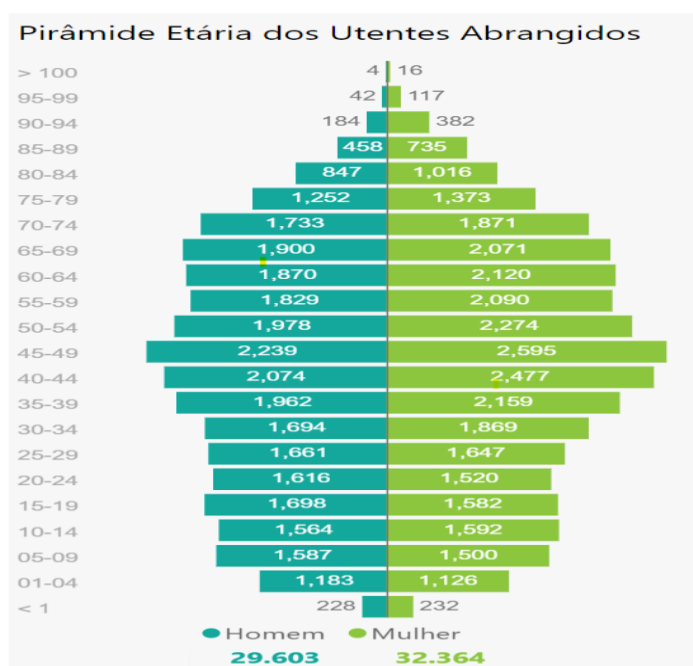
As UCC são unidades dotadas de autonomia organizativa e técnica que asseguram respostas integradas e articuladas, numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES do qual são parte integrante, nos termos do disposto, nº 2 do artigo 7º, do decreto lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Estão primordialmente direcionadas a pessoas, famílias e grupos vulneráveis e em situação de maior risco, dependência física e funcional, ou doença que necessitem de acompanhamento próximo, na integração de redes de apoio à família, desenvolvendo atividades de educação para a saúde, numa lógica de proximidade com a população onde está inserida (UCC,2019)

A UCC onde o estágio foi desenvolvido, iniciou a sua atividade em 2-12-2010, funciona de 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00; Sábados e Feriados: 09:00 às 16:00. A organização interna privilegia a cooperação interdisciplinar, desenvolvendo programas e projetos da carteira de serviços definidos no Plano de Ação do ACES, em estreita articulação com a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP) e com a Equipa de Coordenação Local (ECL), no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Como unidade elementar nos serviços de saúde de proximidade, a UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção geográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde. As respostas integradas vão de encontro às necessidades reais, estabelecendo parcerias com a comunidade local (Autarquia, a Segurança social, IPSS, entre outras), numa cultura de cidadania, que assente na continuidade e qualidade dos cuidados (UCC, 2019).

De acordo com os dados do BI-SNS referentes a março de 2022, a UCC tem na sua área de abrangência um total de 61.967 utentes inscritos, distribuídos pelas várias unidades funcionais. (fig.13). O índice de dependência total é de 59,08%, 23,13% são jovens e 35,94% são idosos. O índice de dependência pode ser definido como a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 anos ou mais e o número de pessoas com idades compreendidas entre 15 e os 64 anos (Pordata, 2020).

Figura 13-Pirâmide etária da população da área de abrangência da UCC estudada



Fonte: BI-SNS, acedido a 07-03-2022

As áreas chave de intervenção da UCC estão organizadas por equipas multidisciplinares e que asseguram o desenvolvimento de atividades e programas: Equipa de Intervenção em Saúde Escolar, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Equipa de Intervenção em Aleitamento Materno, Equipa de Intervenção Precoce na Infância, Rede Social da Comunidade – Conselho Local de Ação Social, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos, Curso de Preparação para a Parentalidade, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Com base no BI-CSP, a UCC conta com os seguintes recursos humanos: pessoal de enfermagem:16; Pessoal Assistente Operacional:6; Secretários clínicos:2; Pessoal Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica:5 (Higiene oral-1; Terapia Ocupacional-1; Nutrição e dietética-1; Fisioterapia-2); Pessoal técnico superior de saúde (Psicologia): 3; Pessoal Técnico Superior Serviço Social: 2; Pessoal Médico:1.

A ECCI tem como objetivo assegurar de forma gradual a prestação de cuidados aos utentes integrados na RNCCI, direcionar respostas adequadas às necessidades da

população, numa lógica de proximidade, prestando cuidados diferenciados e permitindo a possibilidade de o utente permanecer no domicílio. Caracteriza-se por ser uma “equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de uma avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social (...), a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença (...)” (DL n° 101/2006, p.3862).

A referenciação dos utentes para a ECCI segue as orientações preconizadas pela RNCCI, através dos registos no aplicativo GestCare CCI, efetuados pela equipa multidisciplinar e aprovada pela Equipa de Coordenação Local (ECL). A ECCI assegura de segunda a sábado a saída de duas equipas na parte da manhã e duas equipas na parte da tarde, para fazer face às necessidades dos utentes referenciados, prestando-se assim, cuidados domiciliários de carácter preventivo, curativo, paliativo, ou de reabilitação. As intervenções são programadas e é estabelecida a regularidade em função das necessidades de cuidados, discutida com o utente e família e de acordo com o plano individual de intervenção. O apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares ou prestadores de cuidados, está patente no desempenho da equipa.

1.3. População e amostra

Foi realizado um estudo descritivo, não experimental. A população alvo correspondeu aos cuidadores dos utentes dependentes admitidos numa ECCI da região algarvia, no período de tempo compreendido entre 30 junho a 7 de julho de 2021. Do total de 22 cuidadores apenas 16 foram seleccionados para a amostra, através da técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, ou seja, por indivíduos da população alvo que cumpriam os critérios de inclusão no estudo: utentes integrados na ECCI no período de tempo definido; cuidador que acompanhe familiar/pessoa com dependência física e/ou cognitiva; e participação voluntária no estudo. Como critério de exclusão: cuidadores remunerados pelos familiares; utentes seguidos exclusivamente pela Fisioterapia.

1.4. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados foi efetuada através da aplicação da Escala CADI (*Caregivers Assessment of Difficulties Index*), instrumento que permite avaliar as dificuldades percebidas pelo cuidador, desenvolvido por Nolan e Colaboradores no Reino Unido, traduzido e adaptado para a população portuguesa por João Barreto e Luísa Brito (Brito,2002). Tem como objetivo facilitar a identificação das dificuldades mais frequentes perante as situações de prestação de cuidados a familiares idosos, bem como a maneira como, de forma particular, os prestadores de cuidados vivenciam essas dificuldades. É composto por 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar da pessoa dependente e suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e no apoio dos profissionais aos prestadores de cuidados (Sequeira, 2018). Para avaliar cada dificuldade, o cuidador tem quatro possibilidades de resposta: (1) Não acontece no meu caso; (2) Acontece, mas não me perturba;(3) Acontece e causa-me alguma perturbação; (4) Acontece e perturba-me muito.

As questões são posteriormente agregadas em sete fatores chave, de acordo com os seus autores Nolan et al. (1996) e Brito (2002), como observado na tabela abaixo (tabela 2):

Tabela 2-Fatores da escala de dificuldades (CADI) propostos por Nolan et al.

Fatores	Nº dos itens	Observações
Problemas relacionais com o idoso	5,11,12,14,22,25,26	7 itens
Reações à prestação de cuidados	1,2,9,17,19,29,30,3	8 itens
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	6,10,13,15,23,24	6 itens
Restrições na vida social	8,18,20	3 itens
Falta de apoio familiar	16, 28	2 itens
Falta de apoio profissional	7,27	2 itens
Problemas financeiros	4,21	2 itens

Fonte: Sequeira (2018, p.211)

A CADI está disponível no sistema de registos informático “*S-Clinic®*”, para utilização em contexto de cuidados de saúde da comunidade. Neste sentido, foi formalizado um pedido de autorização ao coordenador da UCC, Equipa de Coordenação Local [ECL] para os Cuidados Continuados Integrados do ACES Barlavento, Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados Integrados [ECRCCI] do Algarve, para aplicação do respetivo instrumento de colheitas de dados (anexo 1).

Paralelamente, através do contacto com o Prof^o Dr. Carlos Sequeira - Escola Superior de Enfermagem do Porto, foi solicitada, por correio eletrónico, autorização para a utilização da escala CADI por ele adaptada e validada num estudo que envolveu 182 cuidadores da população portuguesa, tendo demonstrado uma boa consistência interna e avaliada com um coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha= 0,94$). A autorização para a sua utilização consta em anexo (anexo2).

O instrumento de colheita de dados apresenta uma primeira parte que visa a caracterização sociodemográfica da amostra e onde se pretende caracterizar: o género, idade, estado civil, escolaridade, relação de parentesco com a pessoa com necessidades de cuidados, e o tempo em que é prestador de cuidados (apêndice 1). A segunda parte corresponde à aplicação do Índice para Avaliação das Dificuldades do prestador de cuidados (CADI) (Anexo 3).

A colheita de dados decorreu de forma presencial, em contexto da visitação domiciliária, entre 30 de junho e 7 de julho de 2021. Os cuidadores foram informados sobre o objetivo do estudo, consentindo a sua aplicação.

1.5. Considerações éticas

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos e garantida a confidencialidade dos dados durante todas as fases do processo de planeamento em saúde.

Na etapa do diagnóstico da situação, procedeu-se ao pedido formal para a aplicação do Instrumento de colheitas de dados e desenvolvimento do respetivo estudo, ao coordenador da UCC, ECL do ACES Barlavento e ECRCCI Algarve (anexo 1)

No questionário está explícito a salvaguarda dos princípios éticos e legais inerentes à realização deste estudo, mantendo o anonimato das pessoas envolvidas. Cada participante assinou previamente um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 2). Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade no tratamento dos dados, durante a aplicação do questionário e ao longo da implementação do projeto.

O estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo 4).

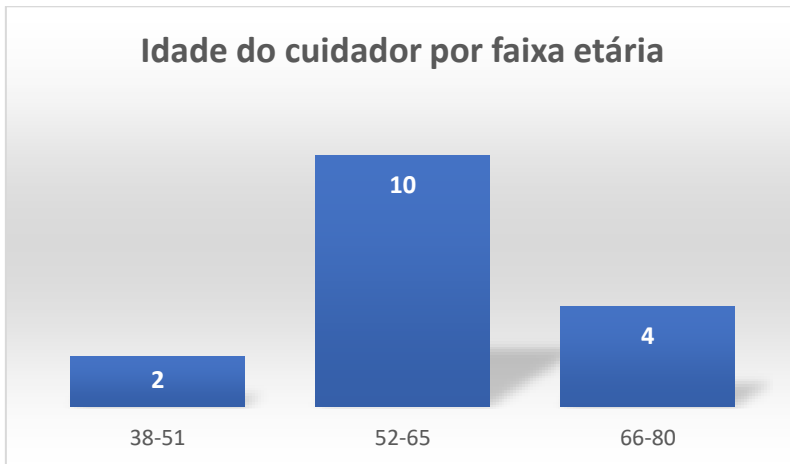
1.6. Apresentação e análise de resultados

Os dados obtidos foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico IBM SPSS Statistics, versão 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences). A análise e interpretação dos dados teve por base a estatística descritiva.

1.6.1. Caracterização sociodemográfica do cuidador

O perfil sociodemográfico dos cuidadores revela uma média de idades de 44 anos, com um intervalo de variação de 42 anos – idade máxima de 80 anos e mínima de 38 anos. De salientar que cerca de metade dos inquiridos tinha mais de 60 anos (Fig. 14).

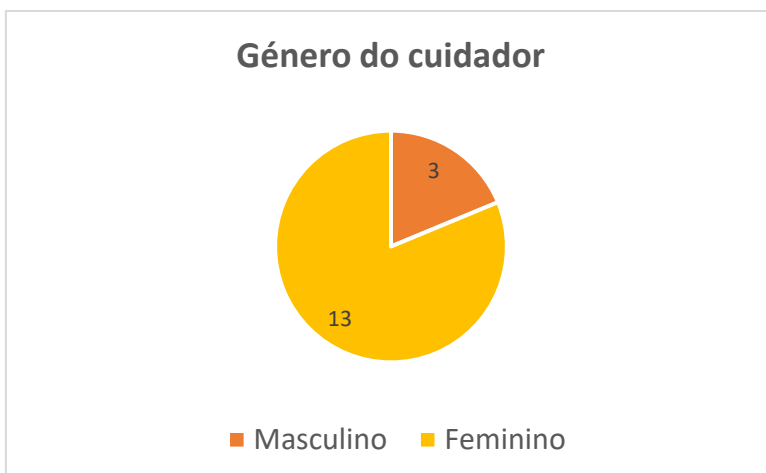
Figura 14-Idade dos cuidadores por faixa etária



Fonte: Elaboração própria

Quanto à variável sexo, verificamos que as mulheres prevaleciam no papel de cuidadoras (13 mulheres), tendo sido apenas identificados 3 homens neste estudo (Fig. 15), resultados sustentados por diversos estudos e que demonstram que as mulheres assumem maioritariamente a responsabilidade pelo cuidar, sendo uma tendência marcada pela herança histórica, social e cultural que é atribuída à mulher (Brito, 2000; Sequeira, 2018; Moreira et al., 2018; Valencia, Sierra & López, 2019).

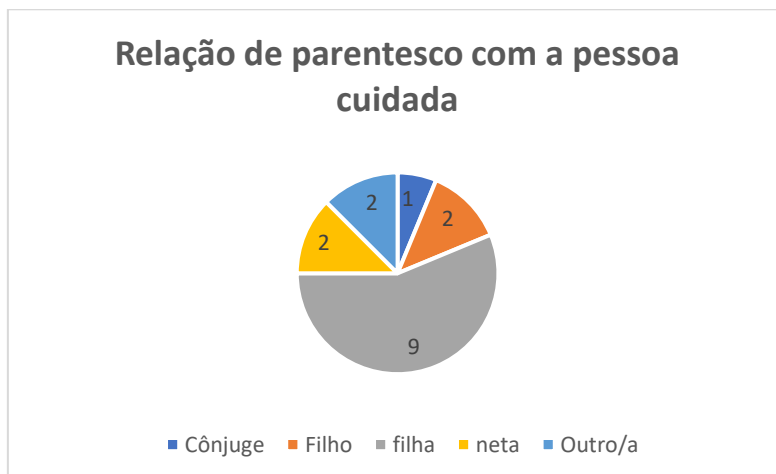
Figura 15- Género dos cuidadores



Fonte: Elaboração própria

Cerca de 2/3 dos inquiridos eram descendentes diretos da pessoa cuidada, salientando 9 filhas e 2 filhos (figura 16), responsabilidade que é assumida no núcleo familiar e que pode estar relacionada com o sentimento de retribuição aos cuidados recebidos durante a infância e pelo dever moral de cuidar dos pais na velhice (Moreira et al., 2018; Valencia, Sierra & López, 2019; Sequeira, 2018). São os familiares com laços de proximidade que habitualmente assumem a totalidade dos cuidados, realçando que a identidade do cuidador ainda está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, assim como aos contextos sociais e culturais onde se inserem (Teixeira et al., 2017; Sequeira, 2018). A escolha do cuidador em contexto familiar tem na sua base a decisão de cada um dos filhos, sendo influenciada por pressupostos como a disponibilidade e a necessidade de cuidados do familiar dependente (Sequeira, 2018).

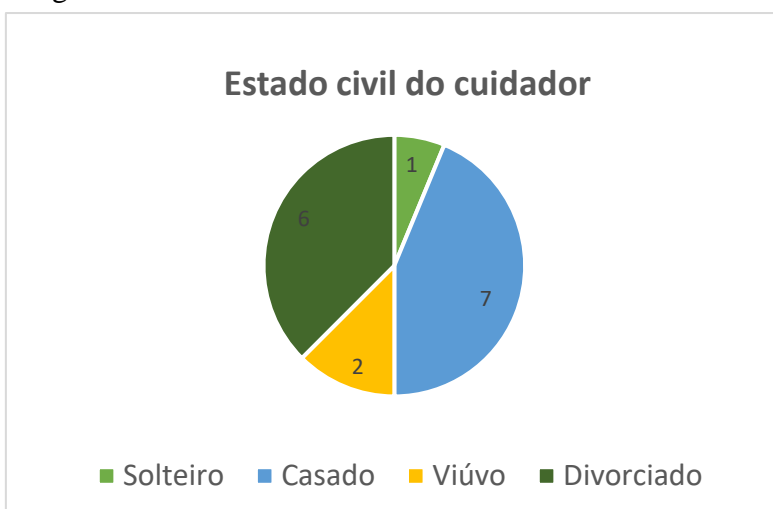
Figura 16- Relação de parentesco com a pessoa cuidada



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao estado civil, 7 cuidadores eram casados, 6 eram divorciados, 2 eram viúvos e somente 1 era solteiro (Fig. 17).

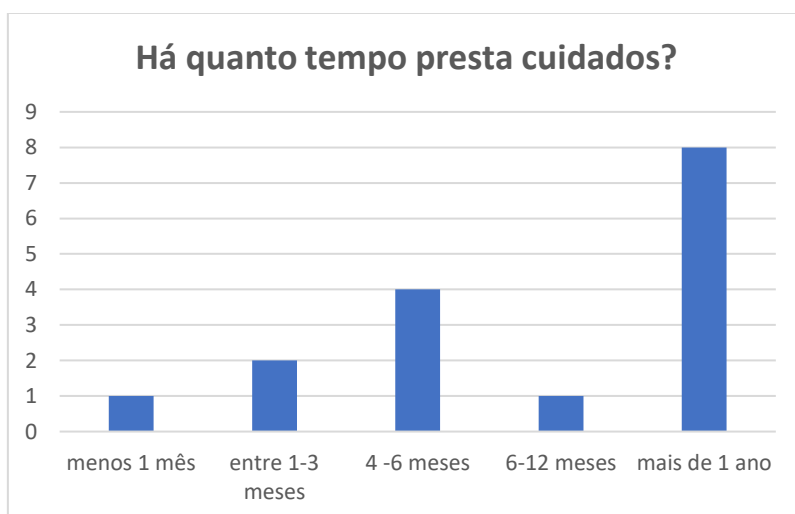
Figura 17- Estado civil do cuidador



Fonte: Elaboração própria

Mais de metade dos inquiridos eram cuidadores há mais de 1 ano (9 cuidadores), sendo que os restantes 7 assumiam esse papel há menos de 6 meses (Fig. 18).

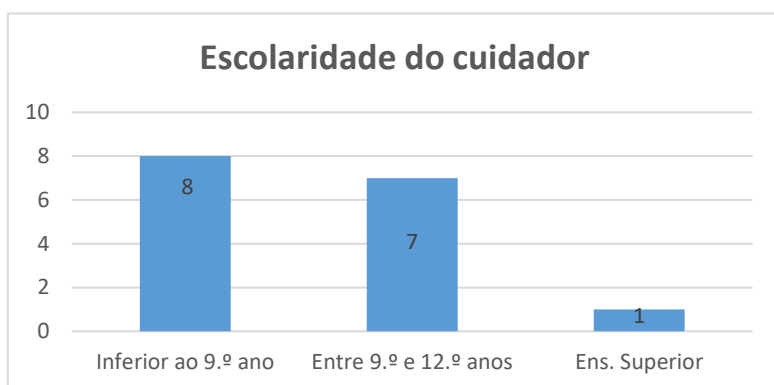
Figura 18- Tempo de prestação de cuidados como CI



Fonte: Elaboração própria

Quanto à escolaridade, observou-se que 8 apresentavam níveis de ensino inferiores ao 9º ano, 7 detinham uma escolaridade entre o 9º e o 12º anos e apenas 1 era detentor de um diploma do ensino superior (Fig. 19).

Figura 19- Escolaridade dos cuidadores



Fonte: Elaboração própria

1.6.2. Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

A análise dos resultados obtidos com a aplicação do Índice para a avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI) foi efetuada com base nas frequências absolutas das posições: “perturba-me muito”, “causa alguma perturbação”, “não me perturba”, e “não acontece no meu caso”, itens que demonstram as tendências e os fatores condicionantes quanto às dificuldades sentidas. Cada item foi agrupado pelos sete principais fatores propostos por Nola e colaboradores (1996, apud Sequeira, 2018).

Problemas Relacionais com o idoso

Os cuidadores que participaram no estudo, maioritariamente (10) desempenhavam o seu papel com satisfação e resiliência, enquanto que 6 reconheceram que cuidar da pessoa lhe proporcionava uma satisfação mitigada (causava alguma perturbação ou, então, perturbava muito). Nesta dimensão apreende-se, igualmente, que (7) cuidadores negaram a perda do sentimento e dos laços afetivos que tinham na sua relação com a pessoa que cuidavam – mesmo quando a pessoa em questão exigir demasiado deles - não obstante os restantes inquiridos terem admitido graus diferenciados de perturbação no que aos sentimentos e laços afetivos dizia respeito. Subentende-se, ainda, algum lamento por parte de um número considerável de cuidadores (10), quando tendem a admitir que a pessoa de quem cuidavam nem sempre ajudava tanto quanto poderia, sendo este facto apontado como muita perturbação por parte de 5 cuidadores (Tabela 3).

Da agregação das questões na dimensão que avalia os problemas relacionais com a pessoa cuidada, verificou-se que mais de metade dos cuidadores estudados desempenham o seu papel com satisfação e resiliência, marcada pelo fortalecimento dos laços afetivos que mantêm e que atuam como estímulo positivo na prestação dos cuidados (Sequeira, 2018; Mateus & Fernandes, 2019). A relação entre o cuidador e a pessoa cuidada é muitas vezes afetada pelos comportamentos desadequados e atitudes de incompreensão por parte do dependente, aspetos referidos como agentes dificultadores (Sequeira, 2018; Couto, Caldas & Castro, 2018).

Tabela 3-Problemas relacionais com o idoso (Frequências absolutas)

ITENS	Não acontece no meu caso	Acontece não me perturba	Acontece causa-me alguma Perturbação	Acontece perturba-me muito
Q5 A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	6	2	6	2
Q11 Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	3	4	5	4
Q12 Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	7	4	3	2
Q14 A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	4	2	5	5
Q22 A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	6	3	5	2
Q25 O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	6	3	5	2
Q26 Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	10	0	3	3

Fonte: Elaboração própria

Reações à prestação de cuidados

No que respeita à dimensão “reações à prestação de cuidados”, 14 cuidadores consideram que a falta de tempo que dedicam a si próprios lhes causa perturbação, dos quais 5 assumiram que lhes causava muita perturbação. Seis (6) inquiridos reconheceram que se sentiam impotentes e de mãos atadas perante determinadas situações, indicando que lhes perturbava muito não conseguirem fazer nada para dominarem essas situações. No plano familiar a condição de cuidador também se repercute, na medida em que mais de metade dos inquiridos assume que não consegue dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família (para 9 inquiridos causa-lhes

alguma perturbação e 2 sentem que lhes perturba muito). No item “Chega a transtornar as minhas relações familiares”, 13 dos inquiridos assumem que é uma dificuldade que causa alguma perturbação (5 cuidadores) e que perturba muito (8 cuidadores). Emergiu, igualmente, uma preocupação entre os participantes no estudo, refletida no facto de os cuidados que estavam a prestar lhes estarem a causar alguma (7) e muita perturbação (7) no seu sossego. A prestação de cuidados tende a desencadear irritabilidade e stresse, “estados de espírito” reconhecidos nas respostas de 8 e 12 cuidadores, respetivamente, seja causando alguma perturbação ou muita perturbação. Porém, ainda que a prestação de cuidados tenha impactos variáveis nos quotidianos pessoais e familiares dos cuidadores, a grande maioria dos inquiridos (10) tende a não geral sentimentos de culpabilidade (Tabela 4).

Tabela 4-Reações à prestação de cuidados (Frequências absolutas)

ITENS	Não acontece no meu caso	Acontece não me perturba	Acontece causa-me alguma Perturbação	Acontece perturba-me muito
Q1 Não tenho tempo suficiente para mim próprio	0	2	9	5
Q2 Por vezes sinto-me “de mãos atadas” /sem poder fazer nada para dominar a situação	1	1	8	6
Q3 Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	3	2	9	2
Q9 Chega a transtornar as minhas relações familiares	4	4	5	8
Q17 Esta situação faz-me sentir irritado	4	4	6	2
Q19 Esta situação está a transtornar-me os nervos	1	3	9	3
Q29 Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	2	0	7	7
Q30 Esta situação faz-me sentir culpado	10	3	2	1

Fonte: Elaboração própria

A preocupação constante quanto aos cuidados a prestar e a impotência face à situação de dependência são considerados fatores limitantes na assimilação do papel de cuidador, gerando alterações emocionais como a ansiedade, nervosismo e irritação (Moreira et al., 2018; Sequeira, 2018), dificuldades que estão muitas vezes associadas à capacidade de adaptação e aceitação perante a complexidade e exigência dos cuidados (Landeiro, Martins & Peres, 2016). As alterações na dinâmica familiar e a falta de

tempo para si e para os outros membros da família, a longo prazo, pode contribuir para o desgaste do papel de cuidador ao comprometer a manutenção das suas atividades sociais, de autocuidado e de descanso (Sequeira, 2018; Couto, Caldas & Castro, 2018).

Exigências de ordem física da prestação de cuidados

Os resultados referentes a todos os itens desta dimensão, são referidos como como fonte de dificuldade em mais de metade dos inquiridos, causando alguma e muita perturbação.

No que respeita às tendências observadas nas respostas ao item 13 – “A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais” – 15 cuidadores admitem que ocorrem perturbações, 5 denotando alguma perturbação 10 vincando muita perturbação. A dependência do cuidador para a mobilidade da pessoa em cuidado (item 6), tende a acontecer e a perturbar muito 8 inquiridos e a induzir alguma perturbação em 5 destes sujeitos. A forma como as exigências de ordem física são sentidas pelos prestadores de cuidados, revela repercussões de saúde associadas ao cuidar, em que 13 dos cuidadores referem que ficam muito cansados fisicamente, 12 andam a dormir pior e, também, 12 referem que a sua saúde ficou abalada (Tabela 5).

A complexidade e exigência dos cuidados traz implicações de ordem física e requer o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e treino de competências, sendo por si só um processo contínuo e demorado (Landeiro, Martins & Peres, 2016). As questões agregadas nesta dimensão foram identificadas como sendo causadoras de alguma e muita perturbação na maioria dos inquiridos, e que estão associadas à dependência da pessoa no autocuidado e ao défice de conhecimentos e habilidades dos cuidadores na prestação de cuidados. Esta tendência é corroborada por outros estudos similares, onde se salienta que as principais fontes de dificuldades estão relacionadas com os conhecimentos desadequados à prestação de cuidados e as consequências de ordem física que advêm da exigência dos cuidados, como o cansaço, alterações da saúde física e o condicionamento social (Valencia, Sierra & López, 2019; Sequeira, 2018; Moreira et al., 2018).

Tabela 5- Exigências de ordem física da prestação de cuidados (Frequências absolutas)

ITENS	Não acontece no meu caso	Acontece não me perturba	Acontece causa-me alguma Perturbação	Acontece perturba-me muito
Q6 A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	1	2	5	8
Q10 Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	1	2	7	6
Q13 A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	0	1	5	10
Q15 Ando a dormir pior por causa desta situação	3	1	6	6
Q23 A minha saúde ficou abalada	2	2	8	4
Q24 A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	2	3	4	7

Fonte: Elaboração própria

Restrições na vida social

A maioria dos prestadores de cuidados (mais de 2/3 dos inquiridos) identificaram como causa de alguma ou muita perturbação todas as dificuldades referentes às restrições sociais. O afastamento do convívio com outras pessoas e a dificuldade em canalizar o tempo para algo que gostam, foram aspetos identificados por 8 inquiridos como algo que acontece e os perturba muito. A impossibilidade de ter tempo de descanso, incluindo dias de férias, foi assinalada por 12 cuidadores como algo que perturba muito (Tabela 6).

As restrições na vida social são referidas por mais de 2/3 dos inquiridos como algo que causa perturbação. O afastamento do convívio social, a dificuldade em canalizar o tempo para atividades de lazer e em conseguir dias de férias são dificuldades percecionadas pelos cuidadores como muito perturbante, podendo contribuir para a sobrecarga ou stress do cuidador ao viverem no limite das suas reservas físicas e emocionais (Sequeira, 2018; Couto, Caldas & Castro, 2018; Mateus & Fernandes, 2019).

Tabela 6-Restrições na vida social (Frequências absolutas)

ITENS	Não acontece no meu caso	Acontece não me perturba	Acontece causa-me alguma Perturbação	Acontece perturba-me muito
Q8 Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	0	3	5	8
Q18 Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	0	3	9	4
Q20 Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	1	2	1	12

Fonte: Elaboração própria

Falta de apoio familiar

No que respeita ao item Q16 – “As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria” –, mais de metade dos inquiridos refere que essa dificuldade não acontece ou não os perturba. Constata-se, também, que o item Q28 (“Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam”) é uma dificuldade referida como causadora de alguma ou muita perturbação em metade dos cuidadores (Tabela 7).

Tabela 7-Falta de apoio familiar (Frequências absolutas)

ITENS	Não acontece no meu caso	Acontece não me perturba	Acontece causa-me alguma Perturbação	Acontece perturba-me muito
Q16 As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	5	6	3	2
Q28 Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	5	3	4	4

Fonte: Elaboração própria

Falta de apoio Profissional

Na dimensão que avalia o apoio dos profissionais de saúde, o item Q7 “Parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam” foi sublinhado inversamente por 11 cuidadores, pois tudo indica que estas dificuldades não acontecem ou não os perturba. Quando questionados acerca do apoio dos serviços de saúde e serviços sociais, 11 cuidadores referem que são dificuldades sentidas como causa de alguma e muita perturbação. Em ambas os itens, 3 inquiridos referiram que é uma dificuldade que os perturba muito (Tabela 8).

O apoio dos profissionais de saúde é avaliado pelos inquiridos como insuficiente, causando alguma perturbação, convergindo para estudos que demonstram que as principais dificuldades se prendem com o défice de conhecimentos e apoio no treino de competências, o que os leva muitas vezes a aprender por tentativa e erro, induzindo ao erro e insegurança. (Sequeira, 2018; Landeiro, Martins & Peres, 2016). A gestão de sentimentos perante a dependência da pessoa e a dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde reforça a necessidade de mais apoio multidisciplinar (Landeiro, Martins & Peres, 2016).

Tabela 8-Falta de apoio profissional (Frequências absolutas)

ITENS	Não acontece no meu caso	Acontece não me perturba	Acontece causa-me alguma Perturbação	Acontece perturba-me muito
Q7 Parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	7	4	2	3
Q27 Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	3	2	8	3

Fonte: Elaboração própria

Problemas financeiros

Os resultados referentes ao item Q4 deste fator indicam que uma larga maioria dos prestadores de cuidados (12 dos inquiridos) identificaram os aspetos financeiros como causadores de alguma ou muita perturbação. O item Q21, “A qualidade da minha vida piorou”, foi revelador, por parte de 14 dos inquiridos, que indicaram alguma ou de muita perturbação, como uma evidência do impacto menos positivo na vida de quem presta cuidados a pessoas tendencialmente da família (Tabela 9).

Os problemas financeiros estão na base das dificuldades manifestadas pela maioria dos inquiridos, pela perda de capacidade económica e porque o cuidar acarreta perda de oportunidade laboral e de desenvolvimento profissional (Valencia, Sierra & López, 2019).

Tabela 9 -Problemas financeiros (Frequências absolutas)

ITENS	Não acontece no meu caso	Acontece não me perturba	Acontece causa-me alguma Perturbação	Acontece perturba-me muito
Q4 Traz-me problemas de dinheiro	4	0	5	7
Q21 A qualidade da minha vida piorou	0	2	6	8

Fonte: Elaboração própria

1.7. Identificação dos problemas/ necessidades

A última etapa do diagnóstico, é a definição dos principais problemas de saúde que condicionam a população estudada, problemas entendidos como situação de doença e medidos em termos de morbi-mortalidade (Imperatori & Giraldes, 1982). Tavares (1992) salienta que o diagnóstico da situação deve culminar com uma lista de problemas, sobre os quais irá incidir a próxima etapa do planeamento em saúde, que é a determinação de prioridades. Com base na análise e discussão dos resultados, ressaltaram algumas tendências mais marcantes em cada fator, ao agregar as posições “Acontece e causa-me alguma perturbação” e “acontece e perturba-me muito” e que convergem para a identificação de dificuldades (Brito, 2000; Sequeira, 2018). A avaliação das dificuldades permitiu identificar os seguintes problemas (Tabela 10):

Tabela 10-Problemas identificados

Problemas relacionais com a pessoa cuidada	Exaustão do cuidador, exigência por parte da pessoa cuidada em relação ao cuidador, a não colaboração da pessoa no autocuidado tanto quanto poderia
Reações à prestação de cuidados	Alterações na dinâmica familiar, preocupação com os cuidados a prestar não o deixam sossegar, impotência face à situação de dependência, alterações emocionais como a ansiedade, nervosismo, irritação
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	Dependência da pessoa para se movimentar, cansaço físico do cuidador, exigência na prestação de cuidados pessoais como a higiene, alimentação, mobilização, eliminação
Restrições na vida social	Afastamento social, falta de convívio com amigos, falta de tempo para descansar e impossibilidade para tirar férias
Falta de apoio familiar	Os familiares não ajudam tanto quanto poderiam

Falta de apoio profissional	Falta de apoio dos serviços de saúde e dos serviços sociais
Problemas financeiros	Problemas de dinheiro e pior qualidade de vida

Fonte: Elaboração própria

2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A seleção de prioridades consiste na segunda etapa do processo de planeamento em saúde. Segundo Tavares (1992), é uma etapa onde, com base nos problemas identificados, se faz a sua ordenação de acordo com o grau de importância, sendo considerado um processo de tomada de decisões. É orientada com base no diagnóstico da situação, determinando a fase seguinte que é a definição dos objetivos. Perante os problemas identificados, deverá recorrer-se a critérios de decisão de forma a sustentar uma maior objetividade na priorização dos mesmos.

Imperatori e Giraldes (1992), consideram que se deve ter em consideração duas dimensões, são eles: o horizonte temporal do plano e a área de programação, ou seja, deverá ser previsto o tempo para a intervenção, em função do local e dos recursos disponíveis.

O conjunto de critérios vão depender do contexto onde o projeto se desenvolve. Os mesmos autores salientam que o principal obstáculo desta etapa é a subjetividade que está subjacente à seleção dos critérios, pelo que se deverá recorrer ao consenso de um grupo extenso e multidisciplinar (Imperatori & Giraldes, 1992). Para seleção e hierarquização dos problemas identificados na etapa anterior, optou-se pelo Método de Hanlon, como um dos critérios de priorização.

O Método de Hanlon é uma técnica que permite a tomada de decisão quanto às prioridades em saúde, tendo por base em 4 critérios: A-Amplitude ou magnitude do problema, B-Gravidade do problema, C-Eficácia da solução (ou vulnerabilidade do problema) e D-Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

De acordo com Tavares (1990), no método de Hanlon, a classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da fórmula: Valor de Prioridade = (A+B) x C x D e que se aplica a cada um dos problemas, onde as letras correspondem aos critérios acima enunciados. A amplitude ou magnitude do problema corresponde ao número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total, numa escala de 0 a 10; A gravidade do problema pode ser analisada em termos de mortalidade, morbidade, criação de incapacidades e custos em que a escala varia de 0 a 10, sendo 10 o valor máximo da gravidade de um problema. A eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema é ponderada numa escala de 0,5 a 1,5, onde o valor 0,5 corresponde a um problema de mais difícil solução, sendo que esta forma de pontuar tem como efeito reduzir ou aumentar a soma dos dois primeiros critérios; por fim, a Exequibilidade do projeto Integra cinco componentes (descritos pela sigla PEARL): Pertinência; Exequibilidade; Aceitabilidade; Disponibilidade de recursos; Legalidade. Os cinco componentes PEARL, determinam se a solução do problema em análise pode ser aplicada, com base em dois valores possíveis, SIM =1 ponto ou NÃO= 0 pontos. O problema é eliminado perante a pontuação 0, um valor positivo de exequibilidade, constitui uma condição necessária, mas não suficiente, para que um problema seja considerado prioritário. As necessidades de intervenção tendo em conta a aplicação do Método de Hanlon, foram as seguintes:

Tabela 11-Priorização dos problemas- Aplicação do método de Hanlon

Problemas identificados	Método de Hanlon (A+B) C x D
Problemas relacionais com a pessoa cuidada	0
Reações à prestação de cuidados	8
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	10
Restrições na vida social	0
Falta de apoio familiar	0
Falta de apoio profissional	9
Problemas financeiros	0

Fonte: Elaboração própria

Os problemas de saúde que foram selecionados como prioritários, demonstraram ser os mais exequíveis para o desenvolvimento do projeto, tendo em conta os recursos disponíveis e a sua pertinência. As prioridades que direcionaram as etapas do processo de planeamento em saúde, foram as seguintes:

- 1º- Exigências de ordem física da prestação de cuidados
- 2º Falta de apoio profissional
- 3º Reações à prestação de cuidados.

3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do processo de planeamento em saúde. É definida como uma etapa fundamental na medida em que, uma correta formulação de objetivos vai nortear o desenvolvimento do projeto (Tavares,1992). De acordo com Imperatori e Giraldes (1982), por objetivo entende-se o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível e que poderá determinar uma “inflexão positiva na tendência de evolução natural do problema”. No seu enunciado deverão estar incluídos critérios que irão permitir apreciar o grau de sucesso do projeto, a sua adequação aos resultados visados em função do estado que se pretende para a população alvo (Tavares, 1992).

Tendo em conta o diagnóstico da situação, estabeleceram-se os seguinte objetivos para o desenvolvimento deste projeto:

Objetivo Geral

Promover a capacitação dos cuidadores informais no processo de cuidar da pessoa com limitações no autocuidado, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Objetivos Específicos

1. Implementar a criação *Fóruns de ajuda mútua* para cuidadores informais dos utentes admitidos na ECCI.
2. Promover a adesão dos cuidadores informais às sessões de educação e promoção de saúde.
3. Capacitar o CI através nas sessões de educação em grupo, para a adoção de estratégias que minimizem as consequências do desgaste físico associado ao cuidar.
4. Reforçar a continuidade dos ensinamentos em contexto domiciliário, aos CI que participaram nas sessões de educação em grupo.

Na elaboração do projeto, foram estabelecidas as metas, tendo em conta os objetivos específicos, sendo que meta ou objetivo operacional é definido por Imperatori e Giraldes como um resultado desejável, tecnicamente exequível e que se traduzem em termos de indicadores de atividade. As metas definidas para o presente projeto podem ser observadas na seguinte tabela:

Tabela 12- Definição de metas

Objetivos específicos	Metas
Implementar a criação <i>Fóruns de ajuda mútua</i> para cuidadores informais dos utentes admitidos na ECCI.	Que até janeiro de 2022 sejam implementados 6 fóruns temáticos.
Promover a adesão dos cuidadores informais às sessões de educação e promoção de saúde.	Que pelo menos 40% dos cuidadores elegíveis, adiram às sessões de educação em grupo.
Capacitar o CI através nas sessões de educação em grupo, para a adoção de estratégias que minimizem as consequências do desgaste físico associado ao cuidar.	Que até janeiro de 2022, 60% dos cuidadores adotem pelo menos uma estratégia que ajude a diminuir as consequências do desgaste físico associado ao cuidar.
Reforçar a continuidade dos ensinamentos em contexto domiciliário, aos CI que participaram nas sessões de educação em grupo.	Que até à 3ª semana de janeiro de 2022, seja efetuada uma visita de follow-up para avaliação e reforço das aprendizagens a pelo menos 80 % dos cuidadores participaram nas sessões.

Fonte: Elaboração própria

Ao longo das etapas do planeamento em saúde os indicadores são importantes instrumentos de medida das variáveis que se pretendem estudar (Tavares,1992).

Para a monitorização e avaliação das atividades do projeto foram definidos indicadores de estrutura, processo e resultado.

4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Uma das etapas mais fundamentais do processo de planeamento em saúde, etapa que pretende delinear o caminho mais adequado para intervir nos problemas de saúde prioritários. De acordo com Imperatori e Giraldes estratégia em saúde define-se como o “conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (1982, p.65). De forma a atingir os objetivos propostos foram delineadas as seguintes estratégias:

- ✓ Envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC nas atividades do projeto.
- ✓ Criação de parcerias que permitam divulgar e enriquecer o Projeto.
- ✓ Empoderamento dos cuidadores informais na área da prestação de cuidados de saúde.

Estratégia 1- Envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC nas atividades do Projeto

Esta estratégia foi concretizada através de uma sessão de formação em serviço, onde foi divulgado o diagnóstico da situação em saúde e a apresentação do projeto “Partilhas que cuidam”(apêndice 3) .Através da projeção de slides, criou-se um espaço de partilha de ideias onde se tentou envolver a equipa na preparação operacional e onde foram debatidas as vantagens e dificuldades das atividades a implementar, privilegiando sempre as sugestões dos participantes. Foi proposta a colaboração da equipa para a

divulgação das sessões junto dos cuidadores, de forma a promover a adesão aos espaços de aprendizagens.

Estratégia 2- Criação de parcerias que permitam divulgar e enriquecer o Projeto

O envolvimento e articulação com as estruturas comunitárias de proximidade reforça as fundações do projeto, impulsiona a divulgação do mesmo e dá um suporte mais efetivo à sua operacionalização. Estabelecer parcerias vai permitir a adoção de estratégias com o melhor custo-benefício e custo-efetividade (Tavares,1992).

Foi elaborada uma proposta de parceria à Câmara Municipal, tendo sido remetido um e-mail à entidade competente, no dia 17 de novembro de 2021, acompanhado do documento com a descrição do projeto. Na proposta estava sugerida uma reunião de apresentação/divulgação do Diagnóstico de Saúde com a projeção do Projeto de Intervenção na Comunidade "Partilhas Cuidam". Entre outros possíveis apoios, esta parceria visou primordialmente a disponibilização de um espaço físico onde as sessões de educação para a saúde pudessem ser desenvolvidas. (Apêndice 4)

A reunião foi efetivada dia 18 Janeiro às 15h, através de vídeo- conferência, onde foi efetuado um levantamento de necessidades para pedido de parceria e posterior parecer superior.

A parceria estabelecida com os representantes da Segurança Social e da Saúde do Estatuto do cuidador informal no concelho em estudo, permitiu que o projeto “Partilhas que cuidam” fosse sugerido como projeto formativo no desenvolvimento do Plano de Intervenção Específico (PIE) aos cuidadores que integram o estatuto e que se encontram na área de abrangência da unidade de cuidados continuados integrados, podendo ser catapultado futuramente para um âmbito mais alargado, aos restantes cuidadores que que solicitam o estatuto.

As parcerias podem ser os propulsores para “novas formas de atuação que permitem infletar a tendência da evolução natural dos problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes,1982, p.65), considerando os mesmos autores que, a inovação e criatividade

podem ser a chave para a definição de estratégias. Neste sentido a articulação com um Designer gráfico para a criação de um logotipo original, elevou o projeto a um patamar de reconhecimento pela força publicitária da imagem, na instituição em particular e na população em geral. (Anexo 5)

Estratégia 3- Empoderamento dos cuidadores informais na área da prestação de cuidados de saúde

Tendo como pedra basilar a promoção da qualidade de vida dos utentes que integram a ECCI e dos respetivos cuidadores informais, surge como estratégia a criação de espaços de aprendizagens e partilha de experiências entre pares, através de sessões de educação em grupo, espaços estes inspirados nos grupos de ajuda mútua e nos princípios e valores que promovem o respeito pela diversidade e pelas capacidades individuais. A criação dos *Fóruns Temáticos de ajuda mútua* para cuidadores informais surge como uma forma de suporte comunitário alternativo que permite promover o acesso à informação, numa rede de apoio onde se partilham problemas, dúvidas, sentimentos, soluções e que poderá ter um impacto significativo no processo de transição de cuidados, sempre mediado por profissionais de equipas multidisciplinares que estabelecem a linha condutora no desenvolvimento das sessões. Pretende-se intervir nas dificuldades que afetam os cuidadores, de forma a atenuar ou eliminar obstáculos num espaço aberto que permite o acesso à informação, incrementando estratégias para uma maior segurança e autocontrolo na prestação de cuidados no domicílio. O apoio emocional e gestão de stress surge pela identificação com os seus pares, pela oportunidade de partilhar dificuldades e trocar experiências, num processo de suporte ativo e de interajuda. Para reforço as aprendizagens adquiridas nas sessões de formação, foram delineadas visitas de acompanhamento pós formação.

As sessões de educação em grupo foram planeadas com vista à realização de 6 fóruns temáticos onde primordialmente se pretendia promover a partilha de conhecimentos no âmbito das temáticas escolhidas e promover a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades através da dinâmica de grupo. As sessões foram moderadas pelo profissional de saúde:

1. Promoção da mobilidade- transferência, prevenção de quedas, manutenção da integridade cutânea

2. Promoção do bom estado nutricional
3. Cuidados de higiene e conforto
4. Promoção da cognição e estado emocional
5. Gestão do Regime Terapêutico- Reconciliação terapêutica, controle diabetes
6. Apoio Social.

Tabela 13- Pertinência, vantagens e desvantagens de cada estratégias

Estratégias	Pertinência	Vantagens	Dificuldades
Envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC nas atividades do projeto	Melhor adesão na implementação do projeto	Partilha de ideias, conhecimentos e sugestões Solução conjunta de obstáculos Maior criatividade	Gestão de horários Equipa alocada a outras atividades devido ao contexto pandémico Falta de motivação
Criação de parcerias que permitam divulgar e enriquecer o Projeto	Promover o projeto na comunidade Articulação com as estruturas comunitárias de proximidade	Divulgação das atividades Colaboração com materiais de apoio Acesso a espaço para a implementação do projeto	Atraso na resposta ao pedido de parceria Indisponibilidade para a parceria Articulação de horários
Empoderamento dos cuidadores informais na área da prestação de cuidados de saúde	Capacitar os CI na prestação de cuidados ao familiar/pessoa dependente Apoio emocional Promover a literacia Diminuir os focos de dificuldade	Espaços de aprendizagem Partilha de experiências com os pares Esclarecimento de dúvidas	Indisponibilidade para assistir às atividades por não terem com quem deixar a pessoa de quem cuidam Falta de interesse Falta de transporte

Fonte: Elaboração própria

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E INTERVENÇÃO

O início da preparação operacional visa especificar as atividades que vão constituir o projeto em todo o seu desenvolvimento (Tavares, 1992). As tabelas que se seguem clarificam a forma como se vai desenrolar a implementação do projeto.

Tabela 14-**Estratégia 1**: Envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC nas atividades do projeto

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Realização de sessão formativa para apresentação do projeto à equipa	Mestranda	18-11-2021	Sala de reuniões C.S. Portimão	Método expositivo Dinâmica de grupo	Computador Projetor Sala de reuniões
Convite à assistente social para participação na sessão de formação sobre “Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente e ao cuidador	Mestranda Enf ^a supervisora	1 ^a semana de dezembro de 2021	Instalações da UCC	Reunião presencial/ informal Formalização por E-mail	Computador
Convite ao enfermeiro especialista em reabilitação para participação na sessão “A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente”	Mestranda Enf ^a supervisora	1 ^a semana de dezembro de 2021	Instalações da UCC	Reunião presencial/ informal Formalização por E-mail	Computador
Convite à Nutricionista da UCC para participação na sessão “A importância do	Mestranda Enf ^a	1 ^a semana de dezembro	Instalações da UCC	Reunião presencial/	Computador

bom estado nutricional da pessoa dependente”	supervisora	2021		informal Formalização por E-mail	
--	-------------	------	--	-------------------------------------	--

Fonte: Elaboração própria

Tabela 15- **Estratégia 2:** Criação de parcerias que permitam divulgar e enriquecer o projeto

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Divulgação do projeto à Câmara Municipal	Mestranda Enfermeira supervisora Enfermeiro Coordenador da UCC	2ª Semana de novembro 2021 18-01-2021 15h	Sala 11 C.S.	Via e-mail Reunião on-line	Computador Suporte digital do projeto Apresentação powerpoint Computador
Divulgação aos representantes da Saúde e da Segurança Social do Projeto-Piloto do CI no Município	Mestranda Enfermeira supervisora	Novembro 2021 a janeiro de 2022	Sala de reuniões da UCC	Partilha presencial Visitas domiciliárias com a equipa	Documento escrito Flyer de divulgação
Colaboração com um Designer gráfico para a criação de um logótipo original	Mestranda	Novembro de 2021	Domicílio mestranda	Reunião por vídeo conferencia E-mail Contactos telefónicos	Computador telemóvel

Fonte: Elaboração própria

Tabela 16- **Estratégia 3:** Empoderamento dos CI na área da prestação de cuidados de saúde

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Divulgação do projeto junto dos cuidadores	Mestranda Enfermeira supervisora	Semana de 22 a 27 de novembro 2021	Domicílios dos Utentes/ CI	Método expositivo/ Interativo	Flyer para divulgação
Convocatória para os fóruns temáticos	Mestranda	1ª semana de janeiro 2022	UCC Dunas	Contacto telefónico	Lista de contactos Telefone serviço
Sessões de educação para a saúde					
Realização de sessão de educação para a saúde: <i>A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente</i>	Formanda Enfermeiro especialista em Reabilitação	11 janeiro de 2022	Sala de conferências da Biblioteca Municipal	Método expositivo/ demostrativo Dinâmica de grupo	Computador Projetor Blocos de notas com logótipo Canetas Lanches individualizados Águas
Realização de sessão de educação para a saúde: <i>Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente e ao cuidador</i>	Formanda Assistente Social Representantes da saúde e da SS do Projeto piloto do CI no município	13 janeiro de 2022	Sala de conferências da Biblioteca Municipal	Método expositivo Dinâmica de grupo	Computador Projetor Blocos de notas com logótipo Canetas Lanches individualizados Águas Folhetos informativos

Realização de sessão de educação para a saúde: <i>A importância do bom estado nutricional na pessoa dependente</i>	Formanda Enfermeira supervisora	14 janeiro de 2022	Sala de conferências da Biblioteca Municipal	Método expositivo Dinâmica de grupo	Computador Projeter Blocos de notas com logótipo Canetas Lanches individualizados Águas
---	--	--------------------	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

5.1. Previsão de recursos

De forma a proceder a uma adequada previsão dos recursos para a execução e desenvolvimento das atividades definidas, segue-se a estimativa dos recursos materiais e humanos.

Recursos Humanos:

Os intervenientes no projeto estão agrupados por equipa de Gestão do Projeto, equipa de execução do projeto e *Stakeholders*:

- ✧ Gestor do Projeto- Aluna da especialidade de ECSP
- ✧ Equipa de Gestão do Projeto- Aluna da especialidade de ECSP, Enfermeira supervisora
- ✧ Equipa de execução do projeto- Equipa da UCC/ ECCI, Enfermeiro Especialista em reabilitação, Assistente Social
- ✧ *Stakeholders*- Autarquia (Diretora Biblioteca Municipal), Designer gráfico, Cuidadores informais, Representantes da saúde e da Segurança Social do Projeto piloto do CI no município, Coordenador da UCC.

Recursos Materiais:

- ✧ Recursos audiovisuais: computador, impressora, fotocopiadora, projetor multimédia
- ✧ Imagem e marketing: criação de logótipo original, flyers para divulgação, canetas e blocos com logótipo impresso, folhetos informativos.

- ✧ Águas, lanches individualizados.
- ✧ Transporte, combustível.

Recursos Físicos:

- ✧ Espaço para a realização das sessões
- ✧ Instalações da UCC
- ✧ Domicílio dos CI

Estimativa dos custos associados:

As despesas que vão ser previsíveis para este projeto serão despesas correntes, ou seja, despesas relacionadas com bens de curta duração (Imperatori e Giraldes, 1992):

Tabela 17-Estimativa dos custos associados ao projeto

RECURSOS	ESPECIFICAÇÃO		ESTIMATIVA DE CUSTO
<i>Recursos humanos</i>	Enfermeiro Enfermeiro Especialista em Reabilitação Assistente Social		500 €
<i>Recursos materiais</i>	Recursos audiovisuais	Projeter multimédia Computador Impressora Fotocopias	300 €
	Imagem e marketing	Logótipo original Flyers para divulgação Canetas/ blocos com Logótipo Folhetos informativos	500 € 50 € 40 € 20 €
	Encargos gerais	Águas	20 €
		Lanches individualizados Combustível	75 € 30 €
<i>Recursos físicos</i>	Sala de Conferências da Biblioteca municipal Transporte		150 € 50€
Custo Total			1735 €

Fonte: Elaboração própria

5.2. Divulgação do projeto

A divulgação do projeto “Partilhas que cuidam”, foi fundamental para a promoção das atividades planeadas e projeção futura do projeto na Instituição, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados e população alvo.

A divulgação e convite aos cuidadores elegíveis foi feita através das visitas domiciliárias, complementadas pela entrega de flyers informativos (apêndice 5). Foram salientadas as vantagens na participação das sessões de formação em grupo pela partilha de conhecimentos, dúvidas e experiências. Na véspera das sessões, foi feito um contacto telefónico para reforçar a adesão dos cuidadores.

A promoção e publicitação do projeto foi também conseguida pela criação de um logótipo original em colaboração com um Designer gráfico, tendo elevado e valorizado o impacto do projeto, quer na população alvo quer nos profissionais envolvidos. Foram impressos blocos de apontamentos com o logótipo, assim como autocolantes para selar as embalagens de lanches individualizados. (Apêndice 6)

Na sessão de formação sobre o tema “Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente e ao cuidador”, promovida pela ARS Algarve, o representante da saúde do *Projeto-Piloto do Estatuto do cuidador informal* no município em causa, no decorrer da sua preleção, fez referência ao projeto “Partilhas que cuidam” e ressaltou a sua importância na capacitação dos CI, salientando a parceria que foi estabelecida entre a equipa gestora do projeto e os representantes da Saúde e da Segurança Social do Projeto-Piloto. A pertinência da implementação e continuidade do projeto “Partilhas que cuidam” no âmbito do Estatuto do CI, foi justificado pelo disposto no artigo 12º do Decreto Regulamentar 1/ 2022 de 10 de janeiro, onde se salvaguarda que o PIE deverá incluir “a avaliação das necessidades do cuidador informal, 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 e os recursos a mobilizar para apoio e alívio na prestação de cuidados” (Estatuto do cuidador informal,2022, p.26).

5.3. Cronograma de atividades

A elaboração de um cronograma de atividades permite monitorizar o desempenho das atividades programadas (Tavares,1992) e possibilita uma visualização conjunta das atividades nas diferentes fases que integram o projeto, facilitando o planeamento, organização e distribuição das tarefas nos diferentes períodos (Imperator & Giraldes, 1982). O cronograma respeitante ao projeto “Partilhas que cuidam” pode ser consultado no Apêndice 7.

5.4. Seguimento/ follow-up

Para que o projeto “ Partilhas que cuidam” continue a ser uma referência para os cuidados continuados integrados da UCC onde foi desenvolvido e com vista a garantir a sua projeção e continuidade futura, foram delineadas algumas intervenções junto dos dois enfermeiros da ECCI que serão o elo de ligação do projeto com a comunidade, com vista a garantir a sua projeção e continuidade:

- ✓ Envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC
- ✓ Entregar o suporte digital do projeto aos dois enfermeiros que representam o elo de ligação do projeto com a UCC
- ✓ Assegurar a continuidade da parceria com a Autarquia, como ficou acordado com os representantes da Câmara Municipal em última reunião, através do envio do projeto onde conste o levantamento das necessidades de recursos, para suporte nas próximas sessões.
- ✓ Assegurar a continuidade da parceria com os responsáveis pelo estatuto do CI no município.

6. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A avaliação constitui a última etapa do planeamento em saúde ligando-se circularmente com a fase inicial do processo, sendo a sua função primordial monitorizar o grau de sucesso das atividades planeadas e das metas estabelecidas (Imperatori & Giraldes, 1982).

Tavares (1992), refere que os indicadores são instrumentos de medida das variáveis em estudo, sendo que estes deverão estar presentes nas diversas etapas do processo de planeamento. Nesta etapa é fundamental fazer uma análise dos objetivos traçados com base nos indicadores de execução e impacto, assim como a avaliação sobre pertinência das estratégias estabelecidas, numa visão que estabelece a possibilidade de medidas corretivas futuras. Por ser um processo contínuo, a avaliação reveste-se de uma análise reflexiva, para que se estabeleçam conclusões sensatas e propostas úteis (Imperatori & Giraldes, 1982).

A monitorização do projeto “Partilhas que cuidam” foi feita de forma contínua e dinâmica, tendo sido submetido a reformulações nas diferentes etapas do processo para que se conseguissem alcançar as metas e indicadores previstos, no prazo estabelecido. As medidas corretivas para a consecução do projeto resultaram de reflexão e partilha com a enfermeira supervisora e com o grupo multidisciplinar. A tabela nº18, valida as atividades desenvolvidas com base em indicadores de atividade e de resultado.

Tabela 18-Avaliação dos Indicadores de Atividade

Objetivos específicos	Metas	Fórmula de cálculo	Resultado/Avaliação
Implementar a criação de <i>Fóruns de ajuda mútua</i> para cuidadores informais dos utentes admitidos na ECCI	Que até janeiro de 2022 sejam implementados 6 fóruns temáticos através de sessões de educação em grupo.	Nº de sessões realizadas/nº de sessões planeadas X 100 $3/6 \times 100 = 50\%$	50% Parcialmente atingido.
Promover a adesão dos cuidadores informais às	Que até janeiro de 2022, 40% dos cuidadores	Nº de CI que aderiram às sessões de formação em	62,5%

sessões de educação e promoção de saúde.	elegíveis adiram às sessões de educação em grupo	grupo /Nº total de CI elegíveis X 100 10 /16 x 100= 62,5%	Atingido
Capacitar o CI através nas sessões de educação em grupo, para a adoção de estratégias que minimizem as consequências do desgaste físico associado ao cuidar.	Que até janeiro de 2022, 60% dos cuidadores adotem pelo menos uma estratégia que ajude a diminuir as consequências do desgaste físico associado ao cuidar.	Nº de cuidadores que adotaram pelo menos uma estratégias para diminuir consequências do desgaste físico associado ao cuidar/ nº de cuidadores que assistiram às sessões X 100 8/ 10 x 100= 80%	80% Atingido
Reforçar a continuidade dos ensinamentos em contexto domiciliário, aos CI que participaram nas sessões de educação em grupo.	Que até à 3ª semana de janeiro de 2022, seja efetuada uma visita de follow-up para avaliação e reforço das aprendizagens, a pelo menos 80 % dos cuidadores participaram nas sessões.	Nº de visitas de follow-up / nº de cuidadores que assistiram às sessões X 100 10/ 10x 100= 100%	100% Atingido

Fonte: Elaboração própria

Objetivo 1- Implementar a criação de espaços de aprendizagem e partilha de experiências- *Fóruns temático de ajuda mútua* para cuidadores informais dos utentes admitidos na ECCL.

Foram planeadas 6 sessões de formação em grupo, na fase de definição das metas. Durante a programação e preparação operacional, houve um agravamento da situação epidemiológica no país marcado pelo início da quinta fase da pandemia por covid-19. Foi suspensa a reserva da sala de conferências na biblioteca municipal, comprometendo a concretização em tempo útil, das seis sessões planeadas. O objetivo foi parcialmente alcançado, uma vez que não foram concretizadas as 6 sessões previstas.

O reajuste das sessões, permitiu agrupar algumas temáticas que se complementavam entre elas. Neste sentido priorizaram-se as temáticas que, em reunião com a equipa de enfermagem, se consideraram mais pertinentes. Dos temas inicialmente

propostos, ficaram de fora os cuidados de higiene e conforto e a gestão do regime terapêutico. A promoção da cognição e estado emocional, foi transversal a todas as sessões uma vez que era parte integrante dos objetivos propostos em cada sessão. A partilha de experiências, dúvidas e dificuldades em grupo, promoveu a interajuda pela identificação entre os pares.

Na primeira sessão foi abordado o tema “*a importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente*”, com a participação do enfermeiro M.C., especialista em Reabilitação. A sessão decorreu de forma interativa, com a participação dos CI. De entre as várias temáticas abordadas e que se encontram descritas no plano de sessão (apêndice 8) e respetiva apresentação (apêndice 9) salienta-se a exemplificação das técnicas facilitadoras na mobilização e transferência da pessoa dependente, para a prevenção das lesões músculo-esqueléticas no CI.

O tema da segunda sessão foi sobre “*Medidas de apoio e de saúde à pessoa dependente e ao cuidador*”, com a presença da assistente social I.S., que moderou o debate sobre as medidas de apoio social e os recursos disponíveis na comunidade. Na sessão estiveram também presentes os representantes da Saúde e da Segurança social do Projeto piloto do CI no município, interagindo com o grupo e fomentando a partilha de dúvidas sobre o Estatuto do CI, os seus direitos e deveres (Apêndice 10).

A terceira sessão sobre o tema “*A importância do bom estado nutricional da pessoa dependente*” foi moderada pela formanda. Foi formalizado o convite à nutricionista da ECCI, que pela indisponibilidade da mesma, não foi possível intervir na sessão de forma presencial. Colaborou através da disponibilização de suporte de material formativo (apêndice 11).

No final de cada sessão foi pedido para que os participantes manifestassem a opinião, sobre as temáticas abordadas, de forma anónima, pelo preenchimento do questionário “Avaliação de sessão” (Apêndice 12).

Objetivo 2-Promover a adesão dos cuidadores informais às sessões de educação e

promoção de saúde em grupo.

O objetivo foi superado, tendo-se conseguido uma adesão acima da meta estabelecida. Dos 16 cuidadores elegíveis para participarem nos fóruns, 10 aderiram à primeira e segunda sessão, enquanto, na terceira sessão, estiveram 9 CI.

A promoção dos fóruns formativos em grupo foi concretizada pelas visitas domiciliares na fase da preparação operacional e complementada pela entrega de um flyer de divulgação (apêndice 5). A equipa de enfermagem, pelo seu envolvimento no projeto, foi reforçando a pertinência das sessões junto dos CI.

A não adesão dos CI às atividades propostas, tinha sido identificada como um dos possível obstáculo à implementação do projeto, sendo frequentemente manifestado pelos CI, a dificuldade em disponibilizar tempo para assistir às sessões. Como evidenciado no diagnóstico de situação, a assimilação do papel de cuidador tem implicações na gestão do tempo quer pela exigência dos cuidados, quer pela necessidade de uma presença contínua junto da pessoa cuidada (Sequeira, 2019). Neste sentido, estas condicionantes levaram a que muitos dos cuidadores elegíveis alegassem indisponibilidade em participar.

Objetivo 3- Capacitar o CI através nas sessões de educação em grupo, para a adoção de estratégias que minimizem as consequências do desgaste físico associado ao cuidar.

A meta definida para este objetivo, que 60% dos cuidadores adotassem pelo menos uma estratégia que ajudassem a diminuir as consequências do desgaste físico associado ao cuidar, foi superada. Nas visitas de follow-up no domicílio, verificou-se que 80% dos cuidadores que participaram nas sessões de formação tinham interiorizado conhecimentos e estavam a aplicar estratégias que os ajudava a atenuar as exigências físicas associadas aos cuidados prestados. Como exemplos, destaca-se um dos participantes que começou a adotar técnicas na mobilização do familiar, usando os conselhos de mecânica corporal partilhados na primeira sessão. Um outro CI

reconheceu que começou a aplicar o resguardo de lençol na base da cama para diminuir as forças de atrito e facilitar os posicionamentos. Outro participante, após a sessão de partilha das medidas de apoio social relativamente ao estatuto do CI, desencadeou o processo de pedido do Estatuto do CI.

Objetivo 4- Reforçar a continuidade dos ensinamentos em contexto domiciliário, aos CI que participaram nas sessões de educação em grupo.

A meta estabelecida de 80% para as visitas de follow-up foi superada, uma vez que foi feito o acompanhamento pós formação aos dez cuidadores envolvidos no projeto. A avaliação final de um projeto, deverá estar orientada para determinar o grau de sucesso do mesmo, comparando o estado da população-alvo numa perspetiva de ganhos em saúde e medidos em termos de indicadores de resultado (Tavares,1992).

Para a avaliação do impacto das sessões de educação em grupo, foram realizadas visitas domiciliárias onde se tentou perceber, se os CI que assistiram às sessões, tinham adotado pelo menos duas estratégias que ajudassem a atenuar as dificuldades associadas ao cuidar. A avaliação foi através de observação direta, seguindo uma grelha com parâmetros que estavam associados às temáticas abordadas nas sessões de educação em grupo (apêndice 13).

O empoderamento dos CI projetou-se como a estratégia major para neutralizar ou minimizar as dificuldades associadas ao cuidar da pessoa dependente. Ainda que a assimilação de competências e o seu impacto na diminuição de algumas dificuldades associadas ao cuidar, não se consigam avaliar num horizonte de tempo limitado, os fóruns formativos foram projetados para serem modeladores nos comportamentos promotores de saúde e permitir um enraizamento progressivo das aprendizagens, para que o CI, perante as dificuldades, tenha a capacidade e o conhecimento para desenvolver estratégias adaptativas (*coping*), com vista ao seu bem-estar e ao bem-estar da pessoa que cuida.

Tabela 19- Indicador de resultado

Indicador de resultado	Fórmula de cálculo	Resultado	Avaliação
Que pelo menos 50% dos CI que assistiram às sessões de formação em grupo tenham adotado pelo menos duas estratégias que contribuem para atenuar as dificuldades associadas ao cuidar	Nº de cuidadores que adotaram pelo menos duas estratégias que contribuem para atenuar as dificuldades associadas ao cuidar /Nº de CI que assistiram às sessões de formação em grupo X 100	80%	Atingido

Fonte: Elaboração própria

PARTE III- ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A análise das competências desenvolvidas no percurso formativo que é o Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, projeta-nos para a construção de conhecimentos sobre alicerces práticos especializados que, através da reflexão, vai promover a integração de saberes. Por outras palavras, a profissão de enfermagem, integrada no ramo das ciências humanas práticas, é uma profissão que se afirma através de conhecimentos que se vão circunscrevendo em áreas de intervenção e que agregam a dimensão científica, técnica e humana. As trajetórias percorridas nas áreas do conhecimento em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, promoveram o enraizamento de competências que foram sendo aprofundadas pela realização do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o Estágio Final. O presente capítulo deste relatório vai permitir que sejam analisadas as competências adquiridas tendo como linha orientadora as disposições do Estatuto da OE, o regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

“a) 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; b)garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros[OE], 2019, p.4745).

Durante o percurso que envolveu os dois estágios, as considerações éticas e deontológica da profissão foram salvaguardadas no desenvolvimento das várias atividades. A investigação em contexto comunitário, quando a tomada de decisão

envolve o espaço do outro enquanto ser único, o tratamento de dados deve contemplar a vontade expressa e o respeito da pessoa / comunidade envolvida, para que todo o processo assente em valores éticos universais. Sob esta premissa, desde o início do primeiro estágio, na fase do diagnóstico de saúde que houve a preocupação em informar os cuidadores sobre o objetivo do projeto. No questionário estava explícito os princípios éticos à realização dos estudo, salvaguardando o anonimato das pessoas envolvidas e a confidencialidade para o tratamento de dados. Os CI consentiram a sua aplicação, no respeito pela liberdade de opinião e decisão. O projeto foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora, tendo obtido o parecer positivo. A operacionalização do projeto “Partilhas que cuidam”, envolveu a liderança de atividades com os cuidadores, a pessoa cuidada e os profissionais pelo que, a reflexão sobre a ação foi sempre com base nos princípios orientadores do desempenho da profissão, e que estão consagrados no artigo 99º dos estatutos da OE. A aceitação incondicional do outro na tomada de decisão, a individualidade e respeito nos processos de capacitação e de promoção de saúde foram considerados, sabendo que todos os nossos atos como profissionais de saúde, se refletem na comunidade onde intervimos. O foco é o outro, a pessoa, a comunidade, pelo que a excelência da profissão se reveste da dimensão moral e ética, em que as “intervenções são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE,2015, p.8078).

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

“a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745).

O zelo pela excelência dos cuidados com base na qualidade e segurança para melhoria contínua, foi um imperativo fundamental no desempenho profissional. A otimização dos cuidados com vista a ganhos em saúde, em contexto de Cuidados continuados integrados, permitiu o desenvolvimento de competências na promoção da acessibilidade dos cuidados de saúde ao domicílio, assim como a aposta na literacia

com o envolvimento do utente, família, cuidador, na adoção de medidas que visavam a segurança e qualidade dos cuidados, como a prevenção de queda ou a prevenção de úlceras de pressão. Participou na pesquisa e interpretação dos indicadores contratualizados no BI-SNS que monitorizam a qualidade e desempenho do serviço, consultou as normas e protocolos do serviço com o intuito de uniformizar e fomentar as boas práticas clínicas.

Colaborou com a ECCI nas atividades em contexto da pandemia covid, na realização de rastreios na comunidade e na vacinação covid, assegurando as boas práticas da prevenção e controlo de infeção.

A preocupação pela qualidade das atividades do projeto visou o empoderamento dos cuidadores para a prática de cuidados com qualidade, supervisão dos cuidados em contexto domiciliário de forma a assegurar a segurança da prestação de cuidados.

Competências do domínio da gestão de cuidados:

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4745).

A aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados foi conseguida pelo agir assertivo no desempenho das atividades em contexto de estágio, no planeamento e na capacidade de operacionalizar as intervenções delineadas. Participou na reestruturação e reorganização das atividades programadas, pela necessidade de adaptação da equipa às atividades decorrentes da pandemia. Adotou uma comunicação aberta e participativa com a equipa multidisciplinar, liderando as etapas de gestão do projeto e estabelecendo pontes com os elementos-chave na fase de preparação e execução do projeto.

O envolvimento em atividades que requereram capacidade de decisão, como os contactos com as entidades propostas para parcerias, o envolvimento da equipa nas

atividades do projeto, a mobilização dos CI e a sensibilização para os fóruns formativos, permitiram uma gestão eficaz e eficiente dos recursos para o desenvolvimento do projeto.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4745).

A enfermagem, na sua abordagem holística não se encerra num único conhecimento. Como disciplina do ramo das ciências humanas, ao ter como foco a pessoa e a centralidade dos cuidados, agrega as dimensões científica, humana e técnica. Neste sentido, a construção da identidade profissional está ancorada em fontes e padrões de conhecimentos que definem a forma como cada enfermeiro vê a enfermagem, projetando-se numa prática reflexiva e fundamentada. As experiências e aprendizagens adquiridas no decorrer dos estágios foram marcadas pela procura de conhecimento, tentando direcionar as intervenções de enfermagem com assertividade incorporando a evidência científica na construção de competências. A prática de enfermagem tem no seu núcleo a fundamentação teórica e neste sentido, todas as etapas do processo de planeamento em saúde e o desempenho das atividades em contexto de estágio, foram sustentadas pela pesquisa bibliográfica e pela pesquisa de evidência científica nas bases de dados. A tomada de decisão assertiva requer uma atualização constante dos conhecimentos pois as necessidades das pessoas e populações alteram-se, as intervenções comunitárias têm impactos diferentes tendo em conta as características da população alvo. Esta natureza dinâmica da saúde foi valorizada, a pesquisa científica esteve presente ao longo do estágio para o desenvolvimento do projeto “Partilhas que cuidam”. Foi ainda desenvolvido um artigo científico com base no diagnóstico de situação (apêndice 14).

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As competências específicas do Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, estão descritas no Regulamento n.º 428/2018, Diário da República, 2.ª Série, n.º 135 de 16 de julho de 2018 e assentam em quatro pontos fundamentais com os respetivos descritivos. As áreas de Enfermagem Comunitária e de saúde Pública agregam necessidades de cuidados especializados sendo reconhecidas como áreas emergentes e diferenciadas e às quais se reconhecem competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção (Ordem dos Enfermeiros[OE],2018).

a) “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE,2018, p.19354)

De acordo com o supracitado, o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária ancorou-se na Metodologia do Planeamento de Saúde. O primeiro estágio permitiu a integração numa ECCI do ACES Barlavento, onde foi feita a caracterização sociodemográfica da população e o levantamento das necessidades de saúde. Foi avaliado o estado de saúde de uma comunidade, que correspondeu aos cuidadores informais dos utentes integrados na equipa de cuidados continuados, foram identificadas as necessidades e os problemas com vista à concretização do diagnóstico de situação. A aplicação do instrumento de colheita de dados- CADI- permitiu avaliar as dificuldades dos cuidadores no processo de cuidar dos utentes dependentes da ECCI, foram identificados e priorizadas as necessidades de saúde, definidos os objetivos e metas, delineadas estratégias exequíveis e articuladas com o perfil da população alvo e tendo em conta os recursos disponíveis. O projeto “Partilhas que cuidam” emergiu da concretização de todas estas etapas, pela articulação com a equipa multidisciplinar e pela criação de parcerias, permitindo potenciar e promover a operacionalização das atividades definidas. A capacitação dos cuidadores informais através dos fóruns temáticos, permitiu uma participação ativa dos mesmos, com vista a uma intervenção efetiva nas dificuldades identificadas. Monitorizou a eficácia e eficiência do projeto de acordo com os indicadores de atividade e de resultado definidos, de forma a avaliar a

pertinência do projeto na resolução ou diminuição dos problemas de saúde identificados.

b) “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2018, p.19354)

O desenvolvimento desta competência foi marcada de forma ativa pelas estratégias de capacitação que foram implementadas no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária “Partilhas que cuidam”, e durante o acompanhamento da ECCI nas atividades domiciliárias. Liderou atividades de literacia em saúde, nas sessões de formação em grupo promoveu a partilha de conhecimentos, dúvidas e dificuldades entres os cuidadores, num processo de suporte ativo e interajuda, incrementando desta forma uma intervenção educacional e uma coprodução de cuidados em que o cuidador e a pessoa cuidada se transformam em focos centrais do projeto.

A valorização do cuidador enquanto cidadão ativo, o seu envolvimento nos programas da comunidade, nas atividades e na partilha entre pares, permitiu a sensibilização para o exercício da cidadania. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, através da coordenação e dinamização de projetos de intervenção comunitária, vai dar poder pela partilha de conhecimento, envolve e molda a consciência coletiva em prol da promoção da saúde e da adesão aos projetos individuais de saúde. Foi dinamizadora na prevenção, proteção e promoção da saúde em contexto domiciliário, durante a participação nas atividades covid e no âmbito do projeto de intervenção. Estabeleceu parcerias de proximidade num alinhamento com as estratégias locais de saúde.

c)“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE,2018, p.19354)

A abordagem profissional no decorrer dos estágios e as tomadas de decisão em saúde, incorporaram o cumprimento das orientações do PNS enquanto referencial das políticas de saúde que visam obtenção de ganhos em saúde na população (DGS,2013).

Participou em diferentes programas de saúde do PNS, onde foram incrementadas atividades promotoras de saúde, valorizando a cidadania e a equidade no acesso aos cuidados de saúde. As atividades desenvolvidas na implementação do projeto, alinharam-se com o empoderamento dos cuidadores informais, de forma a manter um sistema de cuidados centrados nas pessoas. Foram desenvolvidas atividades que promoveram a literacia em saúde nomeadamente através dos fóruns temáticos, num processo que envolveu o cuidador como coprodutor de cuidados de saúde, com vista à diminuição da sobrecarga associada ao ato de cuidar. Foram desenvolvidas medidas que visaram a sustentabilidade do SNS políticas saudáveis.

Cooperou na planificação e execução de intervenções de enfermagem que estão alinhadas com os programas de saúde que integram o Plano Nacional de Saúde na área da intervenção comunitária, como a abordagem à doença crónica, reabilitação, cuidados no domicílio. Entre outros Programas de saúde, salientam-se o Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas, o Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares, o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção, Programa Nacional de vacinação. Com o intuito de promover a segurança da pessoa cuidada em contexto domiciliário foram seguidas as linhas condutoras do Plano Nacional de Segurança do doente, de forma a assegurar cuidados de qualidade e de proximidade com o CI e pessoa cuidada.

**d)“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
(OE p.19354)**

O desenvolvimento de competências no domínio da vigilância epidemiológica permitiu compreender o perfil da população da área geodemográfica em estudo e compará-la com os dados da população nacional, correlacionando-os entre si, de forma a conseguir uma monitorização dos fenómenos de saúde-doença da população alvo. A aquisição desta competência esteve vincada na etapa do diagnóstico de situação, onde se procedeu à aplicação do instrumento de colheita de dados, o respetivo tratamento dos dados e a sua fundamentação com base em evidência científica.

3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Ser Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública está ancorado na excelência dos cuidados e na consolidação das competências comuns e específicas da especialidade.

É na procura da excelência que o enfermeiro se projeta como uma referência, elevando a representatividade da profissão na organização onde trabalha, na comunidade em geral e nas comunidades científicas onde se desenvolve, demonstrando um domínio aprofundado dos diversos saberes. É o propulsor dos vários campos do conhecimento, agregando as dimensões humana, técnica e científica ao participar em projetos comunitários que promovam a qualidade e a melhoria contínua dos cuidados.

As competências de grau de mestre devem ter como fundações os valores da profissão, desde o código deontológico, aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros, referenciais que sustentam a prática e que vão vincando a identidade profissional. Outras competências, adquiridas estão relacionadas com as competências na gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, assegurando a transmissão de conhecimentos especializados e assegurando critérios de qualidade no desempenho da profissão. O desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, promoveu uma abordagem sistemática e fundamentada na tomada de decisão, acentuando a participação em pesquisa científica, competências que se enraizaram no processo de aprendizagens deste Mestrado e que contribuíram, sem dúvida, para o futuro exercício da profissão enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

CONCLUSÃO

O reconhecimento dos cuidadores como elementos-chave na transição dos cuidados, requer uma articulação sólida e eficaz com as estruturas de apoio e de proximidade, quer com a pessoa dependente, quer com o familiar ao qual é delegada a continuidade dos cuidados (DGS,2015). A exigência e complexidade de cuidados requer uma readaptação no percurso de cuidado cuidador e cria condicionantes que podem comprometer a qualidade e segurança face ao familiar dependente. O momento de transição e a assimilação do papel de cuidador podem desencadear situações geradoras de stress no núcleo familiar. O desenvolvimento de competências é por si só, um processo contínuo e demorado.

O enfermeiro, em contexto domiciliário, tem uma posição privilegiada, ao interagir com o ambiente onde a família se desenvolve. De acordo com o contexto social e cultural, o cuidador ao assumir o compromisso de cuidar, vai demonstrar potencialidades e fragilidades em que o enfermeiro, no desempenho das funções, irá monitorizar e intervir. Neste sentido, os cuidados de enfermagem, pela sua natureza centram-se na relação interpessoal, de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) (OE, 2001).

Os cuidados na comunidade trazem desafios à prática profissional para os quais o enfermeiro especialista em saúde comunitária tem competências acrescidas, quer na definição e otimização de estratégias que promovam bem-estar da pessoa, quer na capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução dos seus projetos de saúde e exercício de cidadania (OE, 2018).

Enfermagem, como profissão, agrega a dimensão científica, técnica e humana e como ciência humana é uma disciplina que se desenvolve numa prática reflexiva e fundamentada. Desta forma, podemos afirmar que a profissão de Enfermagem, no seu núcleo, “tem uma perspetiva transacional, humanista centrada no fenómeno e na experiência pessoal, com uma ética própria do agir do enfermeiro e valorização das experiências subjetivas e intersubjetivas” (Nunes, 2018).

A metodologia de Planeamento em Saúde, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública visa responder aos fenómenos de saúde-doença das

comunidades, intervindo nas causas dos problemas, numa otimização dos recursos disponíveis, direcionando a sua ação para centralidade do cidadão enquanto coprodutor de cuidados e para uma sustentabilidade dos serviços de saúde. Neste sentido, o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária foi ancorado nas diferentes etapas do processo de Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes).

O diagnóstico de situação foi delineado tendo em conta as necessidades percecionadas durante o estágio na ECCI/ UCC, e pela abordagem de proximidade com os cuidadores dos utentes que se encontravam em situação de dependência, em contexto de visitação domiciliária. O diagnóstico de situação partiu desta premissa, onde se tentou perceber quais as dificuldades sentidas na população-alvo, que correspondeu aos cuidadores dos utentes com dependência no autocuidado, integrados na ECCI.

Da aplicação e interpretação do instrumento de colheita de dados (CADI) emergiu um conjunto de problemas/ necessidades de saúde, que resultaram das tendências mais marcantes das respostas, agregando a identificação de dificuldades em: problemas relacionais com a pessoa cuidada, reações à prestação de cuidados, exigência de ordem física, as restrições na vida social, falta de apoio familiar, falta de apoio profissional e os problemas financeiros.

Os resultados do estudo reforçaram a importância do empoderamento dos cuidadores informais na prestação de cuidados à pessoa com dependência no autocuidado. Os resultados obtidos permitiram uma compreensão sobre as dificuldades por eles percecionadas, onde ressaltaram tendências como o desgaste físico, pela exigência da prestação de cuidados e que se relacionam com a dependência da pessoa na mobilização, nos cuidados de higiene e conforto, alimentação, eliminação. As alterações do ritmo do sono e os problemas de saúde associados à prestação de cuidados são consequência desse desgaste. As alterações emocionais como a irritação, nervosismo ansiedade, foi outra tendência que convergiu para as dificuldades identificadas e que estão relacionadas com a falta de tempo para si, com o transtorno na dinâmica familiar e com as preocupações constantes com os cuidados a prestar. A falta de apoio profissional, quer dos serviços sociais que dos serviços de saúde, reforçam a necessidade de um acompanhamento mais efetivo e de uma redefinição de estratégias.

A fixação de objetivos norteou o desenvolvimento do projeto e permitiu delinear estratégias com vista à operacionalização das atividades propostas.

O projeto “partilhas que cuidam” permitiu uma intervenção na população em causa, ao desenvolver atividades promotoras de saúde com vista a uma capacitação progressiva do cuidador. Os espaços de partilha permitiram o acesso a conhecimentos com vista à orientação do CI para a prática dos cuidados, num suporte ativo e apoio entre pares.

Como referenciais teóricos para sustentar este projeto, foi escolhido o Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender e a Teoria das Transições de Meleis, fundamentais no percurso de empoderamento do cuidador.

As dificuldades que mais se salientaram na implementação do projeto “Partilhas que cuidam”, resultaram dos atrasos nas respostas das parcerias pelo contexto pandémico, e pela dificuldade que alguns cuidadores demonstraram em conseguir aderir às atividades, por não terem com quem deixar os familiares de quem cuidavam.

A elaboração deste relatório permitiu refletir sobre as competências adquiridas ao longo do Mestrado, sobre a formação especializada nos vários campos do conhecimento em enfermagem, desde o conhecimento conceptual e reflexivo ao conhecimento experiencial, promovendo o crescimento pessoal e profissional.

Ciente ainda da importância deste projeto para o desenvolvimento do potencial de saúde dos cuidadores, delineou junto dos elos de ligação da ECCEI, estratégias com vista à sua continuidade futura.

Com o culminar deste Mestrado salienta-se toda a experiência enriquecedora que a implementação do projeto concedeu à mestranda, considerado que os objetivos foram cumpridos. Todas as aprendizagens resultaram da partilha de conhecimentos no decorrer do estágio que contribuíram, sem dúvida, para enraizar competências na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

ARS Algarve. (2017). Plano Local de Saúde Barlavento Algarve 2017- 2019.

Recuperado de:

https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/PLS_2017_2020.pdf

Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência, IIIª Série* (2), 45-53. Recuperado de:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33456/1/artigo%20afiliado-mm78.pdf>

Assembleia da República (2019). Lei nº100/ 2019 de 6 de setembro. Estatuto do cuidador informal. *Diário da República, I Série, nº 171 de 6 de setembro de 2019,3-16*.

Recuperado de:<https://dre.pt/application/conteudo/124500714>

Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde Primários [BI-CSP]. (2022). Serviço Nacional de Saúde [SNS]. Consultado a 07-03-2022.

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Brito, M. L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos* (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Medicina do Porto, Portugal. Recuperado de:

<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9933>

Coelho, C.I.L.S. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa.*(Tese de Doutoramento). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade nova de Lisboa. Lisboa. Recuperado de:

<https://run.unl.pt/handle/10362/20421>

Couto, A. M., Caldas, C. P., Castro, E. A. B. (2018). Cuidador familiar de idosos e o cuidado cultural na assistência de Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 71(3), 1020-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0105>

Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10-01-2022. *Diário da República n.º 6/2022, Série I*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros / Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 21-36. Recuperado de:

<https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>

Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde, 2012-2016*. Lisboa: DGS. Recuperado de: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseauresumo_maio20133.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Recuperado de:

<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS. Recuperado de:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Lisboa: DGS. Recuperado de:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Duarte, S.F.C.(2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: o papel do enfermeiro*. (Tese de Doutoramento).Repositório da Universidade de Lisboa. Lisboa. Recuperado de [:https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3816](https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3816)

Estatuto do Cuidador Informal de 10-01-2022. Decreto Regulamentar n.º 1. Diário da República n.º 6/2022, Série I. Recuperado de

<https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>

Fonseca, C.J.V. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem.* (Tese de Doutoramento).

Universidade de Lisboa. Lisboa. Recuperado de:

<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/12196>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). (Eds.). *Um futuro para Saúde. Todos Temos um Papel a Desempenhar.* Lisboa : Gráfica Maiadouro, S.A. Recuperado de:

<https://gulbenkian.pt/publication/um-futuro-para-a-saude/>

Gago, E. A., & Lopes, M. J. (2012). Cuidados domiciliários - Interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. *Acta Paul Enferm.*, 25(Número Especial 1), 74-80.

Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/x8sgmgYVjGFpBdCPFLxYqgp/?format=pdf&lang=pt>

Guimarães, MSF. Silva, LR. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. Recuperado de:

<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque, Informação à comunicação social.* INE, 1-19. Recuperado em:

[file:///C:/Users/terep/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/terep/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20(2).pdf)

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). Estimativas da população residente em Portugal em 2021. Recuperado em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Censos 2021. Recuperado em:

https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

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

Landeiro, M., Martins, T., & Peres H. (2016). Perceção dos enfermeiros sobre dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de pessoas dependentes. *Texto Contexto - Enferm.*, 25(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160000430015>

Lopes, M. (2016). Cidadania e Participação: de utente-consumidor a cidadão corresponsável. *RIASE online*. 2(3): 795 – 804. Recuperado de:

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22555/1/133-725-1-PB.pdf>

Meleis AI; Sawyer LM; Im EO; Hilfinger Messias DK; Schumacher K, ANS.(2000). Experiencing Transitions:An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*. 23(1), 12-28. Lippincott Williams & Wilkins. Recuperado de:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.sso&db=mnh&bquery=Experiencing+Transitions%3a+An+Emerging+Middle%02Range+Theory%2c+meleis&type=0&searchMode=Standard&site=ehost-live&custid=s7469463>

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

Ministério da Saúde. (2006). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República, 1ª Série-A, n.º 109 de 6 de junho de 2006, I-A (109), 3856– 3865*. Recuperado de:

<https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

Ministério da Saúde [MS]. (2008). Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES]do Serviço Nacional de Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008.*Diário da República n.º 38/2008 de 22 de Fevereiro*. Série I .1182 – 1189. Recuperado de:

<https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Mateus, M. N., Fernandes, S. G. B. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes. *EDUSER: Revista de Educação, 11(1), 76-92*. doi: <http://dx.doi.org/10.34620/eduser.v11i1.118>

Moreira A., Silva M., Darder J., Coutinho J., Vasconcelos M., & Marques M. (2018). Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. *Rev Bras Enferm., 71(3), 1055-62*. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-0100>

Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (2ªed.). Almargem do Bispo. Lusodidata

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem- Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Conselho de enfermagem. Recuperado em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da ordem dos enfermeiros. *Diário Da República, 1ª série (181),8059-8105*. Recuperado de:

<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento nº 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República*, 2ª série (135), 19354–19356. Recuperado de:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, (26), 4744–4750. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde. (novembro 1986). Carta de Ottawa, para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Recuperado de:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. In *Journal of Gerontological Nursing* Pearson. Recuperado de:

<https://www.pearson.com/us/higher-education/program/Pender-Health-Promotion-in-Nursing-Practice-7th-Edition/PGM70848.html>

Pordata. (2021). Índice de Envelhecimento. [on-line]. Consultado a 02 de março de 2022 em <https://www.pordata.pt/>

Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável [ENEAS], de 17-10-2016. Despacho n.º12427/2016, de 17-10-2016. *Diário da República n.º 199/2016, Série II*. Recuperado de:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2014). Portaria 174/2014: Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. *Diário da República, Série I de 10-09-2014*. 4865-4882. Recuperado de:

<https://files.dre.pt/1s/2014/09/17400/0486504882.pdf>

Valencia L. F, Sierra A. M, López C. R. (2019). Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Rev Cuid. 10(3)*: e608.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.608>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.

Tavares, A.(1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, A., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J, Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais. Documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional*. Recuperado de:

<http://www.app.com.pt/medidas-de-intervencao-junto-dos-cuidadores-informais-documento-enquadrador-perspetiva-nacional-e-internacional>

World Health Organization (2015a). WHO global strategy on *people-centred and integrated health services: Interim report*. Geneva: WHO. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2015b). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

World Health Organization (2020). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Unidade de Cuidados na Comunidade Dunas (2019). *Manual de Acolhimento para profissionais*. ACES Algarve II. Algarve Barlavento. ARS Algarve.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do Prestador: recomendações para a melhoria contínua*. (1ªed).Lisboa. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Ministério da saúde. Recuperado de:

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCL.pdf

ANEXOS

ANEXO 1-AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO INSTRUMENTO DE COLHEITAS POR PARTE DO COORDENADOR DA UCC

Pedido de autorização para aplicação de questionário

📎 1 ▾ 🏠



Caras colegas

Na qualidade de coordenador desta UCC tenho a informar que a escala CADI já faz parte do processo de enfermagem no SClínico, sendo uma das avaliações feitas pelos enfermeiros diariamente na sua prática para avaliação do conhecimento/papel do prestador de cuidados para tomar conta de quem cuidam. Aos utentes internados em ECCI aquando o seu ingresso já assinam o consentimento informado, inclusive para prestação de cuidados e tratamento de dados.

Parece-me não existir nada em contrário para a aplicação da escala, visto que a mesma é que determina se o cuidador é capaz ou não para tomar conta da pessoa cuidada, ou seja, está inerente à prática de enfermagem efectuar essa avaliação.

Com os melhores cumprimentos,

ANEXO 2-AUTORIZAÇÃO DO PROFESSOR DR. CARLOS SEQUEIRA, PARA A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS (CADI)



ANEXO 3- ÍNDICE PARA A AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS (CADI)

© Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Dificuldades do prestador de cuidados (Sequeira, 2007, 2010)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)
O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

N.º	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas"/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				

ANEXO 4-PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



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

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: “*Intervir para capacitar-Abordagem às dificuldades dos cuidadores informais na transição de cuidados.*”, pela mestranda **Maria Teresa Branco Palhares** sob a supervisão da Prof.^a Doutora Ana Clara Pica Nunes (responsável académica).

Universidade de Évora, 03 de novembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

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

ANEXO 5- LOGOTIPOS DO PROJETO “PARTILHAS QUE CUIDAM”



PARTILHAS QUE CUIDAM



**PARTILHAS
QUE CUIDAM**

APÊNDICES

APÊNDICE 1- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA



ACES
BARLAVENTO



QUESTIONÁRIO

No âmbito do estágio de enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a decorrer na UCC I [REDACTED], Maria Teresa Branco Palhares, a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo esta edição como instituição de acolhimento aa Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus- Évora, sob orientação da Sra. [REDACTED], Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, irá aplicar o presente questionário, que visa **avaliar as dificuldades dos cuidadores de familiares/pessoas dependentes, após integração na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**;

Sob nosso compromisso, os princípios éticos inerentes à realização deste estudo serão salvaguardados, mantendo o anonimato das pessoas envolvidas.

Solicito e agradeço a colaboração para o preenchimento do questionário que se segue:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR

1-Género: Masculino Feminino 2- Idade: _____

3-Estado civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado

4-Escolaridade: não sabe ler/ escrever < 9º ano entre o 9º e 12º ano Ensino superior

5-Relação de parentesco com a pessoa/ familiar com necessidade de cuidados?

Cônjuge Filho/Filha Irmã Nora/Genro Neta

Outro. Qual? _____

6 -Há quanto tempo presta cuidados?

menos 1 mês entre 1-3 meses 4 -6 meses de 6-12 meses mais de 1 ano

APÊNDICE 2-CONSENTIMENTO INFORMADO



ACES
BARLAVENTO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: Projeto de Intervenção comunitária: “Partilhas que cuidam”

Enquadramento: O presente Projeto de Intervenção Comunitária surge no âmbito da Unidade curricular Estágio I e estágio II – estágio de Enfermagem Comunitária e de saúde Pública do V Curso de Mestrado em Associação que decorre na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus- Évora.

Explicação do estudo: O Projeto está a ser desenvolvido na [redacted] sob supervisão clínica da Enfermeira especialista em saúde comunitária [redacted] com orientação da professora [redacted], docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja. O desenvolvimento deste projeto de intervenção será importante para Promover a capacitação dos cuidadores dos utentes dependentes, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). O projeto “Partilhas que cuidam”, surgiu da identificação desta necessidade de intervenção após auscultação da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, tendo sido determinado, de forma consensual, que seria uma mais-valia para a população alvo abrangida pelo estudo. A recolha de dados será por administração direta através de um questionário que irá fazer a caracterização sociodemográfica da amostra e a aplicação de um instrumento que permite avaliar as dificuldades percebidas pelo cuidador- “Índice para a avaliação das dificuldades do prestador de cuidados” (CADI). De salientar que os dados serão tratados de forma coletiva, garantindo a sua destruição num prazo de 6 meses após finalização do projeto.

Condições e financiamento: O projeto desenvolve-se em contexto académico na UCC Dunas- Aces Barlavento, não necessitando de financiamento. O mesmo tem um carácter voluntário e verificando-se a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: as respostas serão tratadas com confidencialidade e proteção de dados entre os profissionais intervenientes, garantindo o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente projeto e para futura publicação de âmbito académico e científico decorrentes dos estágios. Será assegurado o anonimato, sem fazer registo de dados de identificação. Os resultados finais serão apresentados e divulgados em conjunto com as entidades integradoras.

Grata pela sua disponibilidade,

Maria Teresa Branco Palhares

Enfermeira da Unidade de Saúde Familiar Atlântico Sul, Centro de Saúde de Portimão-Aces Barlavento

¹ https://www.ordomedicos.pt/up/ficheros-bin-2_ficheiro_pt_0077090001371555255-572.pdf

² <https://drs.pt/pdf1adp/2001/01/002400/00140036.pdf>



ACES
BARLAVENTO



Aluna do Mestrado em Associação de enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em estágio [REDACTED],
[REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Email: terepalhares@gmail.com

Assinatura/s:
.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

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

Nome:

Assinatura:

Data: / /

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE / /</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

APÊNDICE 3-APRESENTAÇÃO DO PROJETO À ECCI




PARTILHAS QUE CUIDAM

 En.ª Teresa Palhares

 Supervisora Clínica: En.ª Célia Salta

PROJETO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

1




PARTILHAS QUE CUIDAM

 Realizado por: Teresa Palhares

 Supervisora Clínica: En.ª Célia Salta

2

Projeto de intervenção na comunidade



PARTILHAS QUE CUIDAM


Âmbito

- Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Estágio: UCC Dunas- ACES Algarve II- Algarve Barlavento
- Projeto que segue as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde

3

Projeto de intervenção na comunidade

O projeto de intervenção comunitária "*Partilhas que cuidam*" surge com o intuito de intervir nas dificuldades que os cuidadores evidenciam no decurso da prestação de cuidados no domicílio perante os utentes com dependência física e/ou cognitiva, admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC Dunas.



PARTILHAS QUE CUIDAM

4

Projeto de intervenção na comunidade

Caracterização da População- UCC Dunas

Inscritos nas UF que estão na área abrangida da UCC Dunas **61.967** utentes

Índice de dependência total: **59.65%**

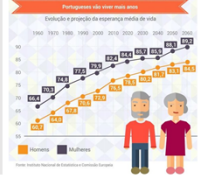
Grupos Específicos	Grupos Espec. 1	Grupos Espec. 2	Grupos Espec. 3
Idosos	1.184	202	485
Doentes	1.184	202	485
Deficientes	1.184	202	485
Alcoolistas	1.184	202	485
Alzheimer	1.184	202	485
Depressão	1.184	202	485
Alcoolismo	1.184	202	485
Alzheimer	1.184	202	485
Depressão	1.184	202	485
Alcoolismo	1.184	202	485

5

Projeto de intervenção na comunidade

O aumento da longevidade da população nem sempre se traduz em anos vividos com qualidade de vida.

O envelhecimento populacional, tendência que é transversal aos países desenvolvidos, tem aumentado os índices de dependência, com repercussões ao nível dos serviços de saúde e da família.



6

Projeto de intervenção na comunidade

Portugal, nos últimos 40 anos sofreu uma intensa transição demográfica, prevendo-se que nos próximos 25 a 30 anos 1/3 da população tenha mais de 65 anos.

O aumento da esperança média de vida está associada a uma elevada carga global de doenças o que se reflete em elevados índices de dependência para o autocuidado.

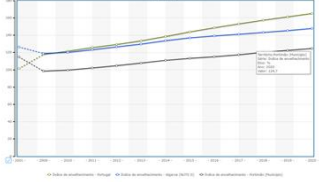
Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (Despacho nº 12427/2016)



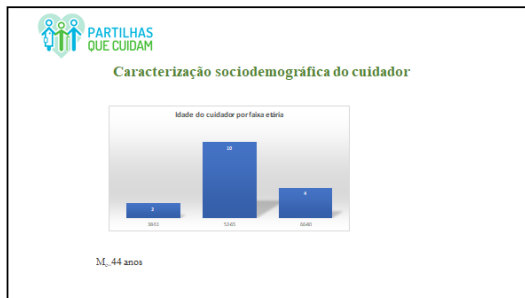
7

Projeto de intervenção na comunidade

Índice de dependência total



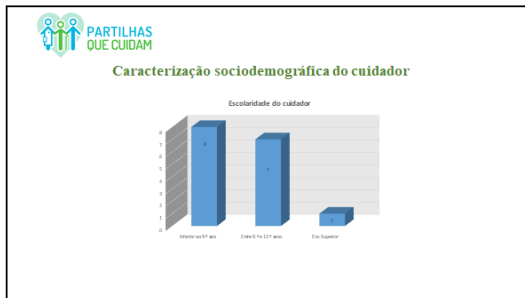
8



17



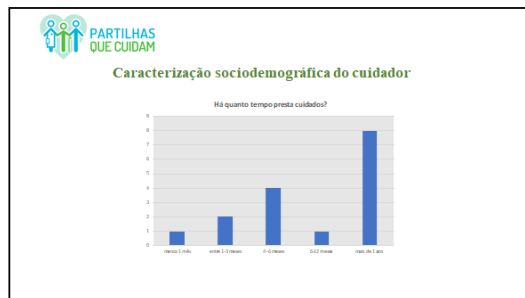
18



19



20



21

Instrumento de coleta de dados

Escala CAD (Caregivers Assessment of Difficulties Index)

Resumo C-1970 - Cad. de Situa. em Dependência Física e Mental - Índice de Situações

Item	Sim	Não	Parcialmente Sim	Parcialmente Não
1. Possui características de risco				
2. Possui características de risco				
3. Possui características de risco				
4. Possui características de risco				
5. Possui características de risco				
6. Possui características de risco				
7. Possui características de risco				
8. Possui características de risco				
9. Possui características de risco				
10. Possui características de risco				
11. Possui características de risco				
12. Possui características de risco				
13. Possui características de risco				
14. Possui características de risco				
15. Possui características de risco				
16. Possui características de risco				
17. Possui características de risco				
18. Possui características de risco				
19. Possui características de risco				
20. Possui características de risco				
21. Possui características de risco				
22. Possui características de risco				
23. Possui características de risco				
24. Possui características de risco				
25. Possui características de risco				
26. Possui características de risco				
27. Possui características de risco				
28. Possui características de risco				
29. Possui características de risco				
30. Possui características de risco				
31. Possui características de risco				
32. Possui características de risco				
33. Possui características de risco				
34. Possui características de risco				
35. Possui características de risco				
36. Possui características de risco				
37. Possui características de risco				
38. Possui características de risco				
39. Possui características de risco				
40. Possui características de risco				
41. Possui características de risco				
42. Possui características de risco				
43. Possui características de risco				
44. Possui características de risco				
45. Possui características de risco				
46. Possui características de risco				
47. Possui características de risco				
48. Possui características de risco				
49. Possui características de risco				
50. Possui características de risco				
51. Possui características de risco				
52. Possui características de risco				
53. Possui características de risco				
54. Possui características de risco				
55. Possui características de risco				
56. Possui características de risco				
57. Possui características de risco				
58. Possui características de risco				
59. Possui características de risco				
60. Possui características de risco				
61. Possui características de risco				
62. Possui características de risco				
63. Possui características de risco				
64. Possui características de risco				
65. Possui características de risco				
66. Possui características de risco				
67. Possui características de risco				
68. Possui características de risco				
69. Possui características de risco				
70. Possui características de risco				
71. Possui características de risco				
72. Possui características de risco				
73. Possui características de risco				
74. Possui características de risco				
75. Possui características de risco				
76. Possui características de risco				
77. Possui características de risco				
78. Possui características de risco				
79. Possui características de risco				
80. Possui características de risco				
81. Possui características de risco				
82. Possui características de risco				
83. Possui características de risco				
84. Possui características de risco				
85. Possui características de risco				
86. Possui características de risco				
87. Possui características de risco				
88. Possui características de risco				
89. Possui características de risco				
90. Possui características de risco				
91. Possui características de risco				
92. Possui características de risco				
93. Possui características de risco				
94. Possui características de risco				
95. Possui características de risco				
96. Possui características de risco				
97. Possui características de risco				
98. Possui características de risco				
99. Possui características de risco				
100. Possui características de risco				

22

Diagnóstico de situação
Instrumento de coleta de dados

As questões foram agregadas em sete fatores chave, de acordo com Nolan et al. (1996):

Fatores	AP (de 0 a 10)	Observações
Problemas relacionados com a idade	5,15, 12, 10, 12, 10, 15	7 itens
Dificuldade de comunicação	5, 5, 17, 10, 10, 10, 11	8 itens
Dificuldade de acesso físico do paciente ao cuidador	6, 10, 11, 10, 11, 14	6 itens
Dificuldade na vida social	6, 10, 10	3 itens
Falta de apoio familiar	10, 10	2 itens
Falta de apoio profissional	7, 11	2 itens
Problemas financeiros	6, 11	2 itens

Fatores da escala de dificuldades (E-AD)
Fonte: Sequira (2018)

23

Diagnóstico de situação

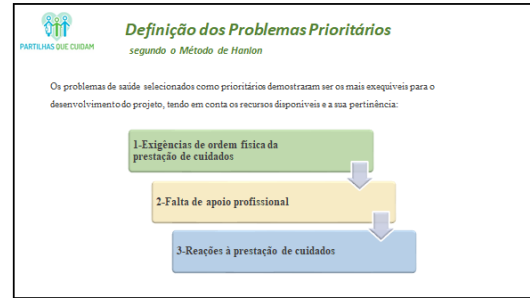
Com base na análise e discussão dos resultados, houve a agregação de algumas tendências que convergiram para a identificação de dificuldades, concretamente nos campos "acontece e causa-me alguma perturbação" e "acontece e perturba-me muito", como delineado por Brito (2000) e Sequira (2018).

24

Diagnóstico de situação- Lista de problemas

Problemas relacionados com o paciente/cuidado	Reação do cuidador face a queixas face de si mesmo e pressão de quem cuida; negligência por parte do utente em relação ao cuidado; a não utilização de recursos disponíveis, sendo quarto problema
Reações à prestação de cuidados	Falta de tempo para si próprio; Alterações na dinâmica familiar; falta de tempo para os familiares e transições nos roles; familiares; Preocupação com os cuidados a prestar; Impulsividade na situação de dependência verticalizada de "pai e mãe velhos"; Alterações emocionais: ansiedade, nervosismo, irritação
Impulsões de ordem física de prestação de cuidados	Dependência da pessoa para se movimentar; Cansaço físico do cuidador; A negligência na prestação de cuidados pessoais: higiene, alimentação, eliminação; Abandono do utente da casa; Problemas de saúde relacionados com a prestação de cuidados
Reações na vida social	Afastamento social; Falta de contacto com os amigos; Falta de tempo para dedicar a impossibilidade em fazer alguns dias de férias
Falta de apoio familiar	
Falta de apoio profissional	Falta de apoio dos serviços de saúde e dos serviços sociais
Problemas financeiros	Problemas de dinheiro, por qualidade de vida

25



26

Projeto de intervenção na comunidade

Objetivo Geral

Promover a capacitação dos cuidadores informais no processo de cuidar do utente com dependência física e/ou cognitiva, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

27

Projeto de intervenção na comunidade

Objetivos específicos

- Implementar a criação de *Fóruns de ajuda mútua* para cuidadores informais dos utentes admitidos na ECCEI;
- Minimizar as consequências do desgaste físico do cuidador associadas à prestação de cuidados;
- Promover a adesão dos cuidadores informais às sessões de educação e promoção de saúde;
- Reforçar a continuidade dos ensinamentos em contexto domiciliário;

28

Definição de Metas

Objetivos específicos	Metas
Implementar a criação de <i>Fóruns de ajuda mútua</i> para cuidadores informais das utentes admitidas na ECCEI	Até janeiro de 2022, deverão ser implementadas 6 fóruns instituídos através da vertente de educação em grupo
Minimizar as consequências do desgaste físico do cuidador associadas à prestação de cuidados	Até janeiro de 2022, 80% dos cuidadores deverão adotar estratégias que ajudem a reduzir as consequências do desgaste físico associadas ao cuidar
Promover a adesão dos cuidadores informais às sessões de educação e promoção de saúde em grupo	Até janeiro de 2022, 80% dos cuidadores deverão aderir e participar nas sessões de educação e promoção de saúde em grupo
Reforçar a continuidade dos ensinamentos em contexto domiciliário	Até janeiro de 2022, serão realizados ensaios a pelo menos 80% dos cuidadores em contexto domiciliário

29



30

Projeto de intervenção na comunidade

Definição de Estratégias

1. Envolvimento da equipa da UCC nas atividades do projeto

- Espaço para refletir sobre as vantagens e dificuldades das atividades a implementar
- Partilha de ideias
- Valorizar sugestões da equipa
- Propor a colaboração da equipa para divulgação das sessões de educação em grupo

31

Projeto de intervenção na comunidade

Definição de Estratégias

2. Criação de parcerias que permitam divulgar e enriquecer o Projeto

- Proposta de parceria com a Câmara Municipal de Portimão - reunião de apresentação e divulgação do projeto
- Divulgação aos representantes da Saúde e da Segurança Social pelo projeto Piloto do cuidador informal no município de Portimão

32

Projeto de intervenção na comunidade

Definição de Estratégias

Empoderamento dos cuidadores informais na área da prestação de cuidados de saúde

Sessões de educação em grupo:

- 6 Sétimas temáticas e que pretendem intervir no domínio do conhecimento, das atitudes e da prática.
1. Promoção da mobilidade – transferência, prevenção de quedas, manutenção da integridade cutânea
2. Promoção do bom estado nutricional
3. Cuidados de higiene e conforto
4. Promoção da cognição e estado emocional
5. Gestão do Regime Terapêutico- Reconciliação terapêutica, controle diabetes
6. Apoio Social

33

Projeto de intervenção na comunidade

A criação de espaços de aprendizagens e partilha de experiências entre pares, através de sessões de educação em grupo, surgem como uma forma de suporte comunitário alternativo que permite promover o acesso à informação, numa rede social de apoio onde se partilham problemas, dúvidas, sentimentos, soluções e que poderá ter um impacto significativo no processo de transição de cuidados.

34

Cronograma de atividades

Atividades Planeadas	2022												
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Reunião para apresentação do projeto à Equipa de avaliação comunitária integrada (ECCI)													
Solicitar colaboração ECCI para divulgação do Projeto junto dos cuidadores informais													
Proposta de parceria à Câmara Municipal de Portimão													
Divulgação do projeto junto dos cuidadores informais através das várias associações													
Convenções para as Sétimas temáticas através de flyers informativos													
Realização de sessões de educação em grupo através de 6 Sétimas temáticas													
Realização de reuniões sobre as áreas de cuidar, em contexto deslocação													
Avaliação do projeto													

Tabela 1- Cronograma de atividades

35

Previsão de recursos

Recursos Humanos:

- Aluna da especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Enfermeira supervisora, Cuidadores Informais, Equipa da UCC Dunas; Enfermeiro Especialista em reabilitação/Fisioterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, Psicóloga.

Recursos Materiais:

- Recursos audiovisuais: computador, impressora, fotocopiadora, projetor multimédia
- Imagem e marketing: criação de logotipo, flyers para divulgação, canetas, blocos, folhetos informativos;
- Espaço para a realização das sessões;
- Transporte, combustível;

36

37

PLANO DE SESSÃO

TEMA
"A importância da mobilidade na qualidade de vida de pessoa dependente"

DESTINATÁRIOS: Cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI da UCC Dunas

LOCAL: Sala de conferências da Biblioteca Municipal de Portimão

DATA: 11 de janeiro de 2022 **HORA:** 14h **DURAÇÃO PREVISTA:** 1 hora

Formadores: En.ª Teresa Palhares, En.ª Marlene Costa

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de conhecimentos no âmbito de mobilidade, prevenção de quedas e manutenção da integridade cutânea, da pessoa dependente no autocuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Reconhecer a importância da mobilidade e dos posicionamentos na prevenção de complicações musculares-respiratórias/circulatórias;
2. Descrever os critérios técnicos de posicionamento no leito;
3. Identificar estratégias que facilitem a transferência da pessoa da cama para a cadeira e da cadeira para a cama;
4. Identificar os potenciais riscos de queda e sua prevenção;
5. Reconhecer a importância de manter a pele limpa na prevenção das úlceras de pressão;
6. Partilhar experiências, dúvidas e dificuldades em grupo sobre as temáticas abordadas.

38

PLANO DE SESSÃO

TEMA
"Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente e ao cuidador"

DESTINATÁRIOS: Cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI da UCC Dunas

LOCAL: Sala de conferências da Biblioteca Municipal de Portimão

DATA: 18 de janeiro de 2022 **HORA:** 14h **DURAÇÃO PREVISTA:** 1 hora

Formadores: En.ª Teresa Palhares, Dra. Isabel Anunciação

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de informação no âmbito dos serviços de apoio social e de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar as medidas de apoio social à pessoa com dependência ou incapacidade;
2. Reconhecer os direitos e deveres do cuidador informal;
3. Orientar para o apoio no âmbito da RNCCI - descausa do cuidador;

39

PLANO DE SESSÃO

TEMA
"A importância do bom estado nutricional na pessoa dependente"

DESTINATÁRIOS: Cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI da UCC Dunas

LOCAL: Sala de conferências da Biblioteca Municipal de Portimão

DATA: 14 de janeiro de 2022 **HORA:** 14h **DURAÇÃO PREVISTA:** 1 hora

Formadores: En.ª Teresa Palhares

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de conhecimentos no âmbito da alimentação à pessoa com dependência no autocuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Reconhecer a importância de uma alimentação adequada ao estado clínico da pessoa;
2. Reconhecer os fatores que condicionam o estado nutricional: Saúde oral, diminuição estado consciência, dificuldade na deglutição, desidratação, alterações GI, medicamentos;
3. Identificar os cuidados a ter com a alimentação à pessoa acamada;
4. Descrever os cuidados com a administração de alimentação por sonda nasogástrica;
5. Adequar a alimentação à pessoa com diabetes;
6. Partilhar experiências, dúvidas e dificuldades através da dinâmica de grupo.

40

APÊNDICE 4- FORMALIZAÇÃO DO PEDIDO DE PARCERIA À AUTARQUIA E RESPETIVA RESPOSTA

13/03/22, 19:03

Gmail - Apresentação de Diagnóstico de Saúde para Projeto de Intervenção na Comunidade



Teresa Palhares <terepalhares@gmail.com>

Apresentação de Diagnóstico de Saúde para Projeto de Intervenção na Comunidade

2 mensagens



Exmª Senhora

[Redacted]

No âmbito da área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do ensino clínico a decorrer na UCC [Redacted] Centro de Saúde de [Redacted], pela aluna Maria Teresa Branco Palhares, vimos por este meio solicitar a apresentação/divulgação do Diagnóstico de Saúde e projeção do Projeto de Intervenção na Comunidade "Partilhas que Cuidam". Este Projeto tem como finalidade promover a capacitação dos cuidadores informais no processo de cuidar do utente com dependência física e/ou cognitiva, em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados, e assim gostaríamos de estabelecer uma parceria com o Município Câmara Municipal de [Redacted] como estratégia de operacionalização deste projeto na comunidade.



PARTILHAS QUE CUIDAM

Atentamente,

[Redacted signature block]

De: [Redacted]

Enviado: 13 de janeiro de 2022 16:15

Para: [Redacted]

Cc: [Redacted]

Assunto: FW: Apresentação de Diagnóstico de Saúde para Projeto de Intervenção na Comunidade

Boa tarde [Redacted]

Venho por este meio informar que poderemos reunir via online, através da plataforma teams sobre o Projeto "Partilhas que cuidam" no dia 18 de Janeiro pelas 15.00.

O objetivo desta reunião seria a apresentação/divulgação do Diagnóstico de Saúde e projeção do Projeto de Intervenção na Comunidade "Partilhas que Cuidam" para que seja efetuado um levantamento de necessidades de possível parceria e parecer superior.

Deste modo ficaremos a aguardar confirmação da vossa disponibilidade para enviar o link da reunião.

APÊNDICE 5- FLYER DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO

ARS **ACES** **DALMONDES**

PARTILHAS QUE CUIDAM

O projeto "Partilhas que cuidam" surge com o intuito de intervir nas dificuldades que os cuidadores evidenciam no decurso da prestação de cuidados no domicílio perante a pessoa com dependência física e/ou cognitiva

Cuidar de um familiar dependente no domicílio é, muitas vezes, uma situação que gera stress no núcleo familiar

A complexidade e exigência dos cuidados requer o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e habilidades

É um processo demorado onde podem surgir dúvidas e inseguranças

As sessões de educação em grupo pretendem orientar a prática do cuidador com vista à melhoria dos cuidados prestados

1. Promoção da mobilidade- transferência, prevenção de quedas, manutenção da integridade cutânea

2. Promoção do bom estado nutricional

3. Cuidados de higiene e conforto

4. Gestão do Regime Terapêutico- reconciliação terapêutica, controlo diabetes

5. Apoio Social

Apoio Emocional
Processo de suporte ativo e interajuda

Espaços de aprendizagens
Serão abordadas várias temáticas com o apoio de profissionais

Partilha entre pares
Oportunidade de partilhar dificuldades e trocar experiências

Pretendemos criar estratégias para uma maior segurança e autocontrolo na prestação de cuidados no domicílio

...são espaços de aprendizagens e partilha de experiências a través de sessões de educação em grupo e que podem ter um impacto positivo no processo de cuidar

Contamos com a sua presença!

Deixe o local a visitar posteriormente

APÊNDICE 6- FOTOGRAFIAS DOS BLOCOS E LANCHES PERSONALIZADOS



APÊNDICE 7-CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano		2021																				2022										
Meses		junho					julho					setembro					Outubro					Novembro					dezembro			Janeiro		
Atividade	Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	14	17	18	19	20	21	22									
Reunião com coordenador da UCC																																
Envio do pedido à comissão de Ética																																
Diagnóstico da situação																																
Apresentação do projeto à ECCI- envolvimento da equipa																																
Propostas de parceria																																
reunião com um designer gráfico para a criação de um logótipo original																																
reunião com Assistente social, enfermeiro de reabilitação e nutricionista para participação nas sessões formativas																																
Divulgação do projeto junto dos cuidadores elegíveis através das visitas domiciliárias																																
Convocatória para os fóruns temáticos através de flyers informativos																																
Realização de sessões de educação em grupo - fóruns temáticos																																
Reforço dos ensinamentos sobre as áreas do cuidar, em contexto domiciliário																																
Avaliação do projeto																																

TABELA 20-CRONOGRAMA DE ATIVIDADES; FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA

APÊNDICE 8-PLANOS DE SESSÃO DAS FORMAÇÕES



PLANO DE SESSÃO



TEMA

“A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente”

DESTINATÁRIOS: Cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI da UCC Dunas

LOCAL: Sala de conferências da Biblioteca Municipal de Portimão

DATA: 11 de janeiro de 2022

HORA: 14h

DURAÇÃO PREVISTA:
1 hora

Formadores: en^q Teresa Palhares, en^q Manuel Costa

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de conhecimentos no âmbito da mobilidade, prevenção de quedas e manutenção da integridade cutânea da pessoa dependente no autocuidado

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Reconhecer a importância da mobilização e dos posicionamentos na prevenção de complicações musculó-esqueléticas/respiratórias;
2. Descrever as corretas técnicas de posicionamento no leito;
3. Identificar estratégias que facilitem a transferência da pessoa da cama para a cadeira e da cadeira para a cama;
4. Identificar os potenciais riscos de queda e sua prevenção;
5. Reconhecer a importância de manter a pele íntegra na prevenção das úlceras de pressão;
6. Partilhar experiências, dúvidas e dificuldades em grupo sobre as temáticas abordadas.

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO E TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentação dos formadores Apresentação do projeto “Partilhas que cuidam”, Apresentação dos objetivos da sessão e temáticas a abordar	Expositivo	Computador Projektor	5 min.
DESENVOLVIMENTO	-Debate sobre a mobilização, posicionamentos e transferência -Técnica de posicionamentos,	Expositivo Demonstrativo Ativo/interativo	Computador Projektor	30 min.

PLANO DE SESSÃO

levantar para a cadeira
-Dispositivos de apoio
-Os benefícios da mobilização na prevenção de UP
-Estratégias para prevenção de quedas

CONCLUSÃO	Partilha de experiências, incentivar debate de ideias	Expositivo Participativo	Computador Projektor	15 min.
AVALIAÇÃO	esclarecimento de dúvidas	Participativo	Questionário sobre avaliação da sessão	10 min.



PLANO DE SESSÃO



TEMA "Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente e ao cuidador"

DESTINATÁRIOS: Cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI da UCC Dunas

LOCAL: Sala de conferências da Biblioteca Municipal de Portimão

DATA: 13 de janeiro de 2022 **HORA:** 14h **DURAÇÃO PREVISTA:** 90 hora

Formadores: En^ª Teresa Palhares, Dra. Isabel Anunciação

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de informação no âmbito dos serviços de apoio social e de saúde

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
1. Identificar as medidas de apoio social à pessoa com dependência ou incapacidade;
 2. Reconhecer os direitos e deveres do cuidador Informal;
 3. Orientar para o apoio no âmbito da RNCCI- descanso do cuidador;

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO E TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentação dos formadores Apresentação do projeto "Partilhas que cuidam"; Apresentação dos objetivos da sessão e temáticas a abordar	Expositivo	Computador Projeto	5 min.
DESENVOLVIMENTO	-Debate sobre as medidas de apoio social disponíveis e os recursos da comunidade. -Regime do maior a acompanhado; -Lista de produtos de apoio; -RNCCI-Descanso do cuidador; -Estatuto do Cuidador Informal	Expositivo Demonstrativo Ativo/interativo	Computador Projeto	60min.
CONCLUSÃO	Partilha de experiências,	Expositivo Participativo	Computador Projeto	15 min.

PLANO DE SESSÃO



TEMA

“A importância do bom estado nutricional na pessoa dependente”

DESTINATÁRIOS: Cuidadores informais dos utentes integrados na ECCI da UCC Dunas

LOCAL: Sala de conferências da Biblioteca Municipal de Portimão

DATA: 14 de janeiro de 2022

HORA: 14h

DURAÇÃO PREVISTA:
1 hora

Formadores: En^ª Teresa Palhares

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de conhecimentos no âmbito da alimentação à pessoa com dependência no autocuidado

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Reconhecer a importância de uma alimentação adequada ao estado clínico da pessoa;
2. Reconhecer os fatores que condicionam o estado nutricional: Saúde oral, diminuição estado consciência, dificuldade na deglutição, desidratação, alterações GI, medicamentos;
3. Identificar os cuidados a ter com a alimentação à pessoa acamada;
4. Descrever os cuidados com a administração de alimentação por sonda nasogástrica;
5. Adequar a alimentação à pessoa com diabetes;
6. Partilhar experiências, dúvidas e dificuldades através da dinâmica de grupo.


ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO E TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentação dos formadores Apresentação do projeto "Partilhas que cuidam", Apresentação dos objetivos da sessão e temáticas a abordar	Expositivo	Computador Projektor	5 min.
DESENVOLVIMENTO	-Debate sobre a importância da alimentação para um bom estado nutricional; -Prevenção da desidratação	Expositivo Demonstrativo Ativo/interativo	Computador Projektor	30 min.

PLANO DE SESSÃO

-Administração de alimentos por SNG-
indicação e cuidados a ter;
-Os benefícios da alimentação na prevenção das UP;
-Alimentação e diabetes,
orientações gerais;

CONCLUSÃO	Partilha de experiências, incentivar debate de ideias	Expositivo Participativo	Computador Projektor	15 min.
AValiação	esclarecimento de dúvidas	Participativo	Questionário sobre avaliação da sessão	10 min.

Apêndice 9-DIAPPOSITIVOS DA FORMAÇÃO: “A IMPORTÂNCIA DA MOBILIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA DEPENDENTE”




PROJETO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

Realizado por: Teresa Palhares


Supervisora Clínica: EnF. Célia Salta
EnF. especialista em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública

UCC Dunas-ACES Algarve II-
Algarve Barlavento



1

A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente



Formadores:
Enfermeira Teresa Palhares

Enfermeiro Manuel Costa
Enfermeiro Especialista
Enfermagem de Reabilitação


2

Projeto de intervenção na comunidade

O projeto de intervenção comunitária “*Partilhas que cuidam*” surge com o intuito de intervir nas dificuldades que os cuidadores evidenciam no decurso da prestação de cuidados no domicílio perante os utentes com dependência no auto-cuidado, admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC Dunas.




3



O seu papel, enquanto cuidador é fundamental na continuidade dos cuidados.

É essencial na promoção de um ambiente seguro facilitando o auto-cuidado e auxiliando a pessoa naquilo que ela não consegue fazer.



4

A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente

Quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo, ou a sua totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podem ocorrer complicações decorrentes dessa imobilidade:

- Alterações respiratórias
- Alterações cardiorespiratórias
- Alterações gastrointestinais
- Alterações no sistema nervoso
- Alterações na pele




5

Porquê é importante manter a mobilidade do seu familiar?

A mobilidade e os posicionamentos são **fundamentais** para a qualidade de vida da pessoa de quem cuida. Permitem:

- Promover o conforto e o bem estar;
- Estimular a circulação, a respiração e a regulação do trânsito intestinal;
- Prevenir alterações da força muscular e articular;
- Prevenir problemas da pele, nomeadamente úlceras por pressão (feridas difíceis de cicatrizar).



6

Conselhos ao cuidador Mecânica corporal

A **mecânica corporal** caracteriza-se pelos esforços coordenados dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diversas atividades, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular.

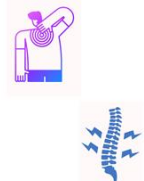
A principal causa de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores está relacionada com as mobilizações e posicionamentos.



7

Conselhos ao cuidador- mecânica corporal

- Os **corpos dos utentes** possuem uma **distribuição assimétrica do peso** e **não possuem áreas estáveis para apoiar**. Por conseguinte, torna-se difícil para o cuidador sustentar o peso da pessoa junto do seu próprio corpo;
- Em algumas situações, os utentes podem estar num **estado de anulação não colaboração** ou podem oferecer graus de **cooperação limitados**, aumentando o risco de lesão.
- O **ambiente físico** e a **estrutura dos cuidados** pode **causar posições e posturas incorretas** que aumentam a suscetibilidade de desenvolver uma **lesão músculo-esquelética**.



8

Conselhos ao cuidador- mecânica corporal



Usar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia, é fundamental para uma prática segura e previne os riscos associados ao cuidar.



9

Conselhos ao cuidador- mecânica corporal



Evite lerdear! Pense na sua postura, alinhamento e equilíbrio antes de realizar os movimentos.

- ❑ O seu corpo deve estar perto do corpo da pessoa e orientado para a direção do movimento que vai realizar.
- ❑ Os movimentos devem ser realizados devagar.
- ❑ Se possível, peça auxílio a outro cuidador para que as manobras sejam feitas de forma correta.



10

Conselhos ao cuidador- mecânica corporal



Deve adotar uma postura que distribua o peso por todos os músculos do seu corpo.

As costas devem estar direitas.

Os joelhos ligeiramente fletidos.

Os pés separados cerca de 30 cm.



Áreas da base de sustentação em pé



Relação entre centro de gravidade, linha de gravidade e base de sustentação

11

Conselhos ao cuidador- mecânica corporal



Princípios a ter em conta na mobilização da pessoa



12

Conselhos ao cuidador- mecânica corporal



- Mover um utente para cima
1 prestador de cuidados



13

Mover a pessoa no leito- 1 cuidador



Puxar a pessoa cuidada para cima, na cama



Trazer a pessoa cuidada para um dos lados da cama



14

Mover a pessoa no leito- 1 cuidador



Mover a pessoa de um lado para o outro da cama- Aspectos a recordar

- Ajuste adequadamente a altura da cama em função da sua própria altura
- Divida o processo de transferência em três partes: pernas – cintura – ombros
- Arraste o peso do utente utilizando o seu próprio peso.
- Utilize preferencialmente os músculos das pernas e das ancas em vez dos músculos da parte superior do corpo
- Peça ao utente que olhe para os pés. Desta forma, aumenta a tensão muscular abdominal do doente, permitindo maior cooperação

15

Mover a pessoa no leito- 1 cuidador



Mover a pessoa de um lado para o outro da cama

1 Prestador de cuidados



16

Mover a pessoa no leito- 2 cuidadores



Trazer a pessoa cuidada para um dos lados da cama



17

Mover a pessoa no leito



Puxar a pessoa dependente para cima, na cama - 2 cuidador



18

Mover a pessoa no leito- 2 cuidadores

Mover um utente para cima- Aspetos a recordar
2 prestadores de cuidados

- Peçam ao utente que coloque as mãos na cabeceira da cama e a empurre durante a mobilização, ao mesmo tempo que faz força com o pé(s)
- Durante a mobilização do utente, utilizar preferencialmente os músculos das pernas e das ancas e não os músculos da parte superior do corpo;
- Os movimentos dos prestadores de cuidados devem estar sincronizados ao executar a mobilização do utente.
- A comunicação é muito importante.

19

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL



20

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO LATERAL- DEITADO DE LADO



21

Posicionamentos mais frequentes

Princípios a ter em conta ao posicionar a pessoa dependente



22

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO SEMI-DORSAL- LIGEIRAMENTE DE LADO



23

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO SEMI-DORSAL- LIGEIRAMENTE DE LADO

PROCEDIMENTOS:

- Aplicar uma almofada em cunha ao longo do tronco libertando a região sagrada
- Posicionar o membro inferior direito em ligeira flexão sobre almofadas
- Manter o alinhamento do corpo



24

Princípios a não esquecer

- Manter os lençóis da cama sempre secos, bem esticados e sem rugas;
- Posicionar a pessoa sem a arrastar na cama- utilizar um lençol dobrado que funciona como elevador e facilita a força que exerce na mobilização.
- Ativar a circulação através da massagem com creme hidratante
- Sempre que for possível fazer levantar diário;



27

Transferência da cama para a cadeira

Transferência da cama para a cadeira com um cuidador



28

Transferência da cama para a cadeira



Transferência da cama para a cadeira da pessoa

29

Transferência da cama para a cadeira



1. O cuidador coloca-se de frente, com as joelhas flexionadas para travar as joelhas da pessoa com as suas joelhas.
2. Abre-se a pessoa segurando-a pela cintura.
3. Coloca a pessoa em pé usando a parte do seu corpo como alavanca e roda-a.
4. Senta a pessoa e deixa-a em segurança.

30

Transferência da cama para a cadeira

Transferir um utente para cadeira
2 prestadores de cuidados

31

Corrigir o posicionamento na cadeira

32

A IMPORTÂNCIA DOS POSICIONAMENTOS NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS

33

Manutenção da integridade da pele

O que são úlceras de pressão?

As úlceras por pressão também conhecidas como escaras, ou úlceras de decúbito são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície.

Esta pressão impede a circulação do sangue no local levando à morte dos tecidos e ao aparecimento de feridas.

34

Manutenção da integridade da pele

O que são úlceras de pressão?

- Lesões da pele que vêm da **COMPRESSÃO**, falta de oxigenação e nutrição dos tecidos;
- FRICÇÃO** frequente do corpo contra o lençol ou a almofada, fraldas, pensos ou roupas;

35

Úlceras de pressão

Quais os fatores de risco?

Idade avançada	Estado nutricional	Imobilidade- pessoas que permanecem muito tempo na mesma posição
Diminuição da sensibilidade, não sentir parte do corpo	Incontinência- contato da pele com urina e fezes	Pele frequentemente húmida
Baixo nível de consciência	Medicação	Doenças como diabetes, doenças cardíacas, etc

36

Úlceras de pressão

QUAL A LOCALIZAÇÃO MAIS FREQUENTE PARA O SEU APARECIMENTO?

As zonas do corpo com mais risco de aparecimento de úlceras são as proeminências ósseas, pois são zonas onde existe pouco tecido por baixo da pele estando os ossos mais salientes.

37

Úlceras de pressão

Quando a pessoa se encontra deitada em decúbito dorsal, as zonas de risco são:

- Nuca
- Omoplatas
- Cotovelos
- Região sacro coccígea
- Calcânhares

38

Úlceras de pressão

Quando a pessoa se encontra deitada em decúbito lateral:

- Orelha
- Ombro
- Costélas
- Cotovelo
- Anca
- Joelho face externa
- Tornozelos
- Região lateral do pé

39

Úlceras de pressão

Quando a pessoa se encontra sentada:

- Omoplatas
- Região sagrada
- Região isquiática
- Calcânhares

40

Úlceras de pressão- como prevenir?

Cuidados à pele

Posicionamentos

Roupa da cama e vestuário

Dispositivos de alívio de pressão



41



Cuidados à pele

- Cuidados de higiene e conforto
- Observar a pele na higiene diária e nas mudanças de posição com especial atenção para as zonas de risco
- Manter a pele bem limpa e seca, não esquecendo as pregas cutâneas.
- Hidratar a pele com creme hidratante, evitando massajar as proeminências ósseas ou zonas avermelhadas;



42



Roupa da cama e vestuário

- Os lençóis, almofadas e o vestuário devem estar sempre limpos, secos e esticados (o lençol de baixo deve estar sempre bem esticado)
- Opte por lençóis 100% algodão
- Evitar as roupas com costuras grossas, botões ou bordados
- Adaptar as roupas à estação do ano
- Evitar restos de comida, migalhas ou objetos junto ao corpo da pessoa



45



Dispositivos de alívio de pressão

Os dispositivos de alívio de pressão são complementos que podem ajudar a prevenir as úlceras de pressão

POR SI SÓ NÃO PREVINEM NEM CURAM!

São considerados os materiais usados entre o corpo e a superfície da cama ou cadeira e que reduzem o impacto da pressão nas estruturas do corpo contribuindo para a prevenção das úlceras

46



Dispositivos de alívio de pressão

- Colchões de pressão alternata
- Almofadas
- Almofadas anti-escaras para cadeiras de rodas (almofadas de gel ou viscoelásticas)
- Calcanheiras em políuretano
- Pênsis protetores

Alguns exemplos:



47

DÚVIDAS?




A autoconsciência conquista-se com pequenos gestos e com reforço positivo. Estimule ao máximo a participação do seu familiar.



48

APÊNDICE 10- DIAPOSITIVOS DA FORMAÇÃO “MEDIDAS DE APOIO E DE SAÚDE À PESSOA DEPENDENTE E AO CUIDADOR”




PARTILHAS QUE CUIDAM

PROJETO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

Realizado por: Teresa Palhares

Supervisora Clínica: En^o Célia Salta
En^o especialista em Enfermagem comunitária e de saúde Pública

UCC Dumas- ACES Algarve II- Algarve Barlavento



Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente



PARTILHAS QUE CUIDAM

Formadores:
Dra. Isabel Anunciação
En^o Teresa Palhares

Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente



OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de informação no âmbito dos serviços de apoio social e de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar as medidas de apoio social à pessoa com dependência ou incapacidade;
2. Reconhecer os direitos e deveres do cuidador informal;
3. Orientar para o apoio no âmbito da RNCCI- descanso do cuidador;



O QUE É A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)?



Tendo sido criada em 2006, pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde.

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Projeto de intervenção na comunidade

O projeto de intervenção comunitária “Partilhas que cuidam” surge com o intuito de intervir nas dificuldades que os cuidadores evidenciam no decurso da prestação de cuidados no domicílio perante os utentes com dependência no auto-cuidado, admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC Dumas.



Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente



PARTILHAS QUE CUIDAM

O seu papel, enquanto cuidador é fundamental na continuidade dos cuidados.

- É importante que o cuidador conheça as redes de apoio social e de saúde para que seja uma mais valia para a pessoa dependente e para o cuidador.
- Ao conhecer os seus direitos e benefícios, vai permitir uma melhor articulação no acesso a esses mesmos serviços.





Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente



Cuidador





QUEM TEM DIREITO AOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS?



cidadãos nas seguintes situações:

- dependência funcional temporária;
- dependência funcional prolongada;
- idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença);
- incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social;
- doença severa, em fase avançada ou terminal.



QUAIS AS TIPOLOGIAS DE CUIDADOS CONTINUADOS DA RNCCI?



- Unidades de Convalescença;
- Unidades de Média Duração e Reabilitação;
- Unidades de Longa Duração e Manutenção;
- Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliárias.

9

COMO ACEDER AO DESCANSO DO CUIDADOR?



deverá ser efetuado contacto com qualquer profissional dos Cuidados de Saúde Primários - Agrupamento Centros Saúde (ACES) ou Centro de Saúde (CS) da área de residência.



Mediante esta sinalização será elaborada uma proposta de referência que será enviada para validação da Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de influência do ACES.

O doente e o cuidador devem estar envolvidos ao longo de todo este processo.

11

O QUE É O "DESCANSO DO CUIDADOR"?



Entende-se por "descanso do cuidador", no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI):



Todo o conjunto de intervenções que providenciem períodos de alívio ou descanso efetivo aos cuidadores, libertando-os temporariamente das atividades inerentes à prestação de cuidados.

Tem por objetivo reduzir a sobrecarga ou a quantidade de cuidado providenciado pelos cuidadores e possibilitar a restituição das suas energias, tratar de assuntos pessoais e/ou de saúde, etc.

10

Produtos de apoio



Os **Produtos de Apoio** são instrumentos e dispositivos fundamentais que permitem compensar ou atenuar as limitações funcionais e restrições ao nível da participação no contexto de vida das pessoas com deficiências e/ou incapacidades.



O INR coordena o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)

Poderá consultar o *Guia Prático - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*, disponível online e pode consultar o Portal do Instituto Nacional para a Reabilitação em www.inr.pt.



12

Produtos de apoio



Podem prescrever esses produtos de apoio:

- Centros de saúde (nível 1),
- Hospitais distritais (nível 2),
- hospitais centrais, centros especializados (nível 3).



Depois de obtida a prescrição a partir dos centros acima mencionados pode existir a possibilidade de obter financiamento do produto de apoio através do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.



13

Produtos de apoio- exemplos:



- > Camas articuladas, Plataformas elevatórias; corrimãos e barras de apoio;
- > Aparelhos auditivos, máquinas de escrever braille, tabelas de comunicação, amplificadores de voz, computadores, telefones;
- > Material antiderrapante, adaptadores e dispositivos de preensão;



15

Produtos de apoio- exemplos:



- > Almofadas e colchões para prevenir úlceras de pressão, estabilizadores e suportes para a posição de pé;
- > Ortopésias (sistemas de correção e posicionamento do corpo), próteses (sistemas que substituem partes do corpo ausentes);
- > Cadeiras sanitárias, arrastadeiras, cadeiras e bancos para o banho, ganchos e cabos para vestir e despir;
- > Cadeiras de rodas, andariços, canadianas, adaptações para carros, elevadores de transferência;



14

Atestado medico de incapacidade multiuso



O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso determina o grau de incapacidade da pessoa.

Para obter este atestado deve requisitar uma Junta Médica de Verificação de Incapacidade, na sua unidade de saúde.

Este atestado é necessário para que a pessoa com incapacidade tenha facilidades nas seguintes situações:



16

Atestado medico de incapacidade multiuso



- ❖ Cartão de estacionamento modelo comunitário para pessoas com deficiência com mobilidade condicionada;
- ❖ Aquisição ou construção de habitação;
- ❖ Benefícios fiscais em sede de IRS;
- ❖ Produtos de apoio;
- ❖ Isenção do imposto único de circulação (IUC);
- ❖ Prioridade no atendimento nos serviços públicos;
- ❖ Quota de emprego na Administração Pública;
- ❖ Incentivos do Instituto de Emprego e Formação Profissional a contratação de pessoas com deficiência no setor privado;
- ❖ Disposições do Código do Trabalho para trabalhadores com deficiência.



17

Complemento por dependência



Atribuído em situações de dependência de terceiros:

1º grau- quando as pessoas não podem praticar autonomamente os atos indispensáveis à satisfação das necessidades da sua vida quotidiana.



2º grau - quando para além do verificado anteriormente, se encontram acamadas ou sofrem de um quadro de demência grave.

19

Estatuto do cuidador informal



Artigo 5.º

Deveres do cuidador informal

- O cuidador informal, devidamente reconhecido, tem direito a:
- Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
 - Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;
 - Receber informação por parte dos profissionais das áreas da saúde e da segurança social;
 - Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;
 - Aceder a informação relativa a boas práticas no nível da capacitação, acompanhamento e acompanhamento das cuidadoras informais;
 - Utilizar de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;
 - Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;
 - Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto;
 - Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não primário;
 - Beneficiar do regime de trabalhador estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;
 - Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.

21

Estatuto do cuidador informal



Artigo 6.º

Deveres do cuidador informal

- Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada;
- Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada;
- Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada;
- Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer;
- Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional;
- Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas.

23

Complemento por dependência



De acordo com a legislação em vigor constitui condição de atribuição do complemento por dependência do 1º grau, o facto de o pensionista receber uma pensão de valor inferior 600 euros, considerando-se para este efeito a soma de todas as pensões recebidas pelo pensionista com a mesma natureza.



18

Estatuto do cuidador informal



Diário da República, 1.ª série

N.º 171 0 de setembro de 2019 Pág. 3

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 100/2019

de 6 de setembro

Sumário: Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 152/03, de 21 de maio.

Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 152/03, de 21 de maio



20

Estatuto do cuidador informal



Artigo 6.º

Deveres do cuidador informal

- 1 — O cuidador informal, relativamente à pessoa cuidada, deve:
- Atender e respeitar os seus interesses e direitos;
 - Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;
 - Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada;
 - Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta.

22


Obrigada pela vossa participação!



PARTILHAS QUE CUIDAM

24

APÊNDICE 11- DIAPOSITIVOS DA FORMAÇÃO: “A IMPORTÂNCIA DO BOM ESTADO NUTRICIONAL DA PESSOA DEPENDENTE”




PARTILHAS QUE CUIDAM

PROJETO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

Realizado por: Teresa Palhares

Supervisora Clínica: Enf.ª Célia Salta
Enf.ª especialista em Enfermagem comunitária e de saúde Pública

UCC Dunas- ACES Algarve II- Algarve Barlavento



1


Projeto de intervenção na comunidade

O projeto de intervenção comunitária “*Partilhas que cuidam*” surge com o intuito de intervir nas dificuldades que os cuidadores evidenciam no decurso da prestação de cuidados no domicílio perante os utentes com dependência no auto-cuidado, admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC Dunas.



2

A importância do bom estado nutricional na pessoa dependente



PARTILHAS QUE CUIDAM

Formadores:
Enf.ª Teresa Palhares

3

A importância do bom estado nutricional na pessoa dependente

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de conhecimentos no âmbito da alimentação à pessoa com dependência no autocuidado

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconhecer a importância de uma alimentação adequada ao estado clínico da pessoa
- Reconhecer os fatores que condicionam o estado nutricional
- Identificar os cuidados a ter ao alimentar a pessoa acamada
- Descobrir os cuidados com alimentação por SNG;
- Partilhar experiências, dúvidas e dificuldades através da dinâmica de grupo.



4



• A nutrição e alimentação é um dos principais pilares para um envelhecimento ativo e saudável, para a promoção da saúde e qualidade de vida.

• Na pessoa idosa, um estado nutricional inadequado contribui de forma significativa para o aumento da incapacidade física, da morbilidade e da mortalidade condicionando a qualidade de vida.

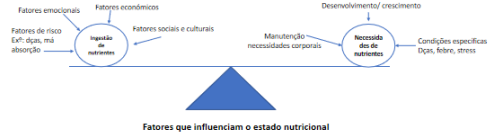
• A desnutrição da pessoa idosa é muitas vezes subdiagnosticada, por ser confundida com sinais de envelhecimento, pelo que o seu reconhecimento precoce é fundamental.



5

A importância do bom estado nutricional na pessoa dependente

O estado nutricional- é a condição de saúde que é influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes. Representa o equilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades de nutrientes.



6

A importância do bom estado nutricional na pessoa dependente

Os fatores que condicionam o estado nutricional das pessoas idosas podem ser organizados em quatro grupos:



Foto: Adaptado de Buijs IM, et al (1998) 10

7



a. Fatores ambientais:
Habitação inadequada
Falta de meios e condições para confeccionar refeições
Dificuldade de acesso à aquisição/preparação dos géneros alimentícios
Falta de apoio de serviços comunitários.

b. Fatores neuropsicológicos:
Doenças neurológicas (Parkinson, Alzheimer; outras demências...)
Diminuição das capacidades cognitivas
Depressão
Alterações do estado emocional

c. Fatores fisiológicos:
Saúde oral
Atividade sensorial
Inatividade/immobilidade
Perda de massa muscular
Aumento da massa gorda
Diminuição da densidade óssea
Diminuição da função imunitária
Diminuição do pH gástrico

d. Fatores socioeconómicos e culturais:
Baixo nível de educação
Marginalização
Baixos rendimentos
Pobreza
Acesso limitado a cuidados médicos
Falta de conhecimentos alimentares/instrucionais
Crenças e mitos
Institucionalização
Elevados gastos de saúde

Foto: Adaptado de Buijs IM, et al (1998) 10

8

Problemas que alteram o estado nutricional



- > **Problemas de mastigação:** alterações nas gengivas e dentes e utilização de próteses dentárias não ajustadas, podem conduzir à diminuição ou eliminação da ingestão de certos alimentos;
- > **Perda ou diminuição de capacidades sensoriais:** Diminuição da percepção do paladar e do olfato podem condicionar a ingestão de alimentos;
- > **Problemas de deglutição:** podem ser causados pela produção insuficiente de saliva e consequente secura da boca, tremor, candidíase orofaríngea e esofágica, entre outros;

9

4 Seção Sem Título

Necessidades nutricionais



Hidratos de carbono

Constituem a principal fonte de energia do organismo



Hidratos de carbono simples

São constituídos por uma ou duas moléculas de açúcar e são absorvidos rapidamente (glicose, frutose, galactose, lactose, sacarose). Estão presentes naturalmente em diversos alimentos como a fruta, laticínios e mel.

Hidratos de carbono complexos

São absorvidos mais lentamente e estão presentes em diversos alimentos, como hortícolas, tubérculos, cereais e derivados como o pão e a massa.



Necessidades nutricionais



Minerais e oligoelementos

Renovação e conservação de tecidos
Bom funcionamento das células nervosas



Proteínas

Crescimento, conservação e reparação dos órgãos, tecidos e células



Fibras alimentares

Regulação do organismo, fornecimento de energia, prevenção da obesidade, obesidade e diabetes



Lípidos

Constituídos por ácidos gordos
Desenvolvimento da visão e do cérebro, proteção contra as agressões externas, manutenção e crescimento de tecidos.



Problemas que alteram o estado nutricional



- > **Patologia:** Diminuição das sensações de apetite, infeções crónicas, doenças oncológicas, depressão e demência; úlceras de pressão; Diminuição da absorção do cálcio e da vitamina D;
- > **Desidratação:** pode ocorrer devido à diminuição da percepção da sede e consequente diminuição da ingestão de água; aumento das perdas de líquidos (infeção, demência; diuréticos);
- > **Medicamentos:** Os medicamentos podem interferir no estado nutricional devido a mecanismos relacionados com a absorção, metabolismo de diversos nutrientes.
- > **Alterações gastrointestinais:** obstipação (devido à diminuição da motilidade intestinal, inadequada ingestão de líquidos e fibras), diarreia

10

Necessidades nutricionais



Com o avançar da idade...

- > há uma diminuição dos mecanismos de ingestão, digestão, absorção, o que pode levar a necessidades nutricionais particulares;
- > As necessidades energéticas diminuem devido a um decréscimo da atividade física e consequente redução da massa muscular;
- > No entanto, grande parte das necessidades em micronutrientes (vitaminas e minerais) mantêm-se inalteradas ou podem mesmo aumentar.

Alimentação saudável- recomendações



De forma a otimizar o estado nutricional das pessoas idosas, sugere-se seguir as recomendações da Nova Roda dos Alimentos, guia alimentar para a população Portuguesa.

Como é constituída?

A Nova Roda dos Alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção com que um deles deve estar presente na alimentação diária.

13



Recomendações alimentares



Neste grupo inserem-se:

- > Cereais (arroz, trigo, milho, centeio, aveia e cevada) e seus derivados (farinha, pão, massa, cereais de pequeno-almoço);
- > Batata e outros tubérculos;
- > Castanha

Os alimentos deste grupo caracterizam-se por:

- Serem a principal fonte de hidratos de carbono da alimentação;
- Maiores fornecedores de energia para o organismo;
- Constituídos principalmente por hidratos de carbono, vitaminas do complexo B, minerais e fibras alimentares¹¹.

15

14



Recomendações alimentares



Neste grupo inserem-se:

- >Hortícolas (nabiças, grelos, couve, couve-flor);
- >Legumes: rútilo (cenouras, rabanetes, beterraba), bolbos (cebolas, alhos) e frutos (abóbora, pepino e tomate).

Os alimentos deste grupo caracterizam-se por:

- Serem fornecedores de fibras alimentares, vitaminas e minerais¹¹.

16

PARTILHAS QUE CUIDAM

Recomendações alimentares

Cereais e derivados, tubérculos

Hortícolas

Fruta

Lacteínicos

Carnes, pescado e ovos

Leguminosas

Gorduras e óleos

Neste grupo inserem-se:

- Fruta fresca (maçã, pêra, morango, ameixa, pêssego, laranja, kiwi, manga, papaia, entre outros).

Os alimentos deste grupo caracterizam-se por:

- Serem fornecedores de vitaminas, minerais, fibras alimentares e quantidades variáveis de hidratos de carbono;
- Destaca-se a quantidade de água presente em alguns frutos (melão, melancia, morangos, laranja, entre outros) ¹⁷.

17

PARTILHAS QUE CUIDAM

Recomendações alimentares

Cereais e derivados, tubérculos

Hortícolas

Fruta

Lacteínicos

Carnes, pescado e ovos

Leguminosas

Gorduras e óleos

Neste grupo inserem-se:

- Leite, iogurte, leites fermentados, queijos, queijo fresco e requeijão.

Os alimentos deste grupo caracterizam-se por:

- Serem fornecedores de proteínas de elevado valor biológico, cálcio, fósforo.
- Apresentam ainda quantidades apreciáveis de vitaminas (A, B2 e D) ¹⁷.

18

PARTILHAS QUE CUIDAM

Recomendações alimentares

Cereais e derivados, tubérculos

Hortícolas

Fruta

Lacteínicos

Carnes, pescado e ovos

Leguminosas

Gorduras e óleos

Neste grupo inserem-se:

- Carnes vermelhas (vaca, cabrito, cordeiro, porco);
- Carnes brancas (aves, coelho);
- Pescado (peixe, marisco, crustáceos e moluscos);
- Ovos.

Os alimentos deste grupo caracterizam-se por:

- Serem fornecedores de proteínas de elevado valor biológico, vitaminas do complexo B e minerais (ferro, fósforo, iodo, entre outros).
- Apresentam quantidades de gordura variáveis entre alimentos do mesmo grupo. As carnes brancas apresentam gordura de melhor qualidade (menos ácidos gordos saturados). Os peixes gordos (sardinha, salmão, atum, entre outros) são mais ricos em ácidos gordos ómega 3.

Recomendações:

- nas refeições principais alternar entre carne, pescado e ovo;
- diversificar o consumo dos tipos de carne e privilegiar a ingestão de carnes brancas e de peixe;

19

PARTILHAS QUE CUIDAM

Recomendações alimentares

Cereais e derivados, tubérculos

Hortícolas

Fruta

Lacteínicos

Carnes, pescado e ovos

Leguminosas

Gorduras e óleos

Neste grupo inserem-se:

- Leguminosas frescas (ervilhas, favas);
- Leguminosas secas (grão-de-bico, feijão, lentilhas).

Os alimentos deste grupo caracterizam-se por:

- Serem fornecedores de hidratos de carbono, proteínas, vitaminas (B1, B2), minerais e fibras alimentares ¹⁷.

20

PARTILHAS QUE CUIDAM

Recomendações alimentares

Cereais e derivados, tubérculos

Hortícolas

Fruta

Lacteínicos

Carnes, pescado e ovos

Leguminosas

Gorduras e óleos

Neste grupo inserem-se:

- Azeite;
- Óleos alimentares;
- Banha de porco;
- Natas;
- Manteigas gordas para barrar (manteiga e cremes vegetais para barrar).

Os alimentos deste grupo caracterizam-se por:

- Serem fornecedores de gorduras e vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K);
- As gorduras de origem animal apresentam elevado teor de ácidos gordos saturados e colesterol;
- As de origem vegetal apresentam ácidos gordos insaturados (mono e poli) e por isso de melhor qualidade ¹⁷.

21

Seção Sem Título

PARTILHAS QUE CUIDAM

O que é uma alimentação saudável?

Completa: comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

Equilibrada: comer maior quantidade de alimento pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão;

Variada: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

22

PARTILHAS QUE CUIDAM

A importância da hidratação na pessoa dependente

A água está representada em todos os grupos da roda pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos

A menor percepção da sensação de sede é bastante frequente nas pessoas idosas e determina um elevado risco para a desidratação.

23

PARTILHAS QUE CUIDAM

A importância da hidratação na pessoa dependente

Não esquecer:

Beber água ao longo do dia (8 copos).

Disfagia: uso de espessante, gelatina preparada sem açúcar, em pó ou folha, ou ágar-ágar.

24

Alimentação saudável- recomendações



Como se utiliza?

Diariamente devem incluir-se porções de todos os grupos de alimentos. O número de porções recomendadas depende das necessidades energéticas individuais.

25

Alimentação saudável- recomendações



A que equivale uma porção?

Grupo de alimentos	Porções recomendadas	Uma porção
Carne, peixe e ovos	1,5-4,5 porções	- Carnes / pescado cruas (50g) - Carnes / pescado cozinhados (25g) - 1 ovo - tamanho médio (55g)
Leguminosas	1-2 porções	- 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) - 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) - 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (10g)
Gorduras	1-2 porções	- 1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) - 1 colher de chá de banha (10g) - 4 colheres de sopa de nata (30ml) - 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)
Água	1,5 a 3 L	- 8 copos

27

Alimentação saudável- recomendações



A que equivale uma porção?

Grupo de alimentos	Porções recomendadas	Uma porção
Cereais, derivados e tubérculos	4-11 porções	- 1 pão (50g) - 1 fatia fina de brioche (70g) - 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) - 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) - 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (50g) - 2 colheres de sopa de arroz / massa cruas (35g) - 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (130g)
Hortícolas	3-5 porções	- 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas cruas (130g) - 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhadas (140g)
Fruta	3-5 porções	- 1 peça de fruta - tamanho médio (160g)
Lactínicos	2-3 porções	- 1 chávena almoçadeira de leite (250ml) - 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) - 2 fatias finas de queijo (40g) - 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) - 1/2 requeijo - tamanho médio (100g)

26

Alimentação saudável- recomendações



Adaptação da Roda dos Alimentos à população idosa



Inclui informação adicional, de forma a facilitar transmissão das recomendações para este grupo etário, complementares à prática de uma alimentação saudável, promoção da prática de actividade física e da socialização.

28

27



Conselhos úteis

- ♦ A escolha dos alimentos deve ter em consideração os gostos, a capacidade para mastigar e as necessidades nutricionais.
- ♦ Ofereça 5 a 6 refeições ao longo do dia, em pequenas quantidades.
- ♦ O regime alimentar deverá ser equilibrado e variado, incluindo cereais, fruta e legumes, com baixo teor de sal e gorduras.
- ♦ Inclua alimentos ricos em proteínas, como a carne, peixe e ovos nas principais refeições.
- ♦ Adaptar a consistência dos cozinhados quando existirem dificuldades ao mastigar e engolir;
- ♦ Preparar as refeições com diferentes cores, sabores, formas, texturas e aromas.

29



Conselhos úteis

Os alimentos devem ter uma consistência adequada, para que a pessoa consiga mastigar e saborear os alimentos. No caso de dificuldade em mastigar, deverá ser confeccionada uma refeição com textura mais mole.



Se a pessoa cuidada estiver muito emagrecida dar alimentos calóricos (sumos de fruta, batidos, leite-crema, gelados, pudins) e alimentos ricos em proteínas.

28



Conselhos úteis

Sempre que for possível deve incentivar a pessoa para que se alimente sozinha, supervisionando e colaborando nas tarefas que tem mais dificuldade.



Após as refeições, deve manter o doente sentado, durante cerca de 30min, para facilitar a digestão;



30



Conselhos úteis

Cuidados especiais na dificuldades de mastigação e digestão:

Recomendações de textura e consistência dos alimentos:

Cereais, derivados e tubérculos:

Cozinhar bem os alimentos e misturar com líquidos (leite; chá; sopa; caldos), de forma a facilitar a sua mastigação e ingestão.

Hortícolas:

Integrar as hortícolas (mais fibrosas e duros) na sopa, ensopados, jardineiras e deixar cozer bem.

Fruta:

Optar por fruta mais madura, cozida ou assada; Substituir a peça de fruta por sumos naturais ou batidos.



Conselhos úteis

Recomendações quanto à textura e consistência

- Laticínios:**
Preferir produtos lácteos menos gordos.
- Carne, Pescado e Ovos:**
Alternar a fonte proteica (carne, pescado ou ovos); variar os métodos de confeção (para carnes mais duras preferir cozidos, estufados, picados e desfiados).
- Leguminosas:**
Demolhar antes de confeccionar e depois triturar com a varinha para serem melhor digeridas.
- Óleos e Gorduras:**
Procurar moderar a adição de gordura na confeção e preparação dos alimentos.



Conselhos úteis

As pessoas idosas têm uma perceção diminuída da sede...

Incentive a hidratação: ofereça água, chá de ervas, leite, sumos naturais. Certifique-se que ingere cerca de 6 a 8 copos de água por dia, nos intervalos das refeições.

No caso de tosse ao ingerir líquidos, deverá adicionar espessante para aumentar a consistência dos líquidos e permitir uma deglutição mais segura.

Se o doente tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista. Informe a equipa de saúde e siga as suas orientações.



Conselhos úteis

Água:

Beber 1,5-3L por dia; se preferir adicione à água pedaços de fruta ou ervas aromáticas para lhe dar sabor (limão, pepino, canela, hortelã). O consumo de chás ou infusões sem açúcar, sumos de fruta, caldos e sopas podem contribuir para a satisfação das necessidades hídricas.



Conselhos úteis

Importante:

Refresque e lave a boca do doente antes e depois das refeições.

Se a pessoa necessita de ajuda total, é importante que explique todos os procedimentos durante a alimentação, para que haja coordenação sempre que leva a comida à boca.



Alimente a pessoa, respeitando o seu ritmo de mastigação e de deglutição.

Utensílios para ajudar nas refeições



Exemplo de uma refeição



Pequeno - almoço



1 chávena de leite meio gordo com coagada (250ml);
1 pão de mistura (50g) com 1 colher de sobremesa de manteiga/creme vegetal para barrar (15g) (amolecer o pão no leite);
1 kiwi (80g) (cortar pedacos mais maduros e triturar).

Merenda da manhã



1 iogurte sólido magro de aromas (125g);
3 bolachas tipo Maria;
1 banana (160g).
(Misturar todos os ingredientes no liquidificador)

Almoço



1 prato de sopa de hortícolas (250ml);
Prato:
1 bife de frango (50g) recheado com beringela e espinafres*;
Arroz de cenoura e ervilhas (8 colheres de sopa raste);
1 laranja (160g) (descascar e triturar a polpa).

Composição do pequeno almoço e lanches



Exemplo de uma refeição



Merenda da tarde



1 copo de leite meio gordo com coagada (125ml);
1 pão de mistura (50g) (amolecer o pão no leite) com 1/2 de queijo fresco (15g) (cozer e queijar fresco com colher);
1 pêra (160g) (cozer).

Jantar



1 prato de sopa de hortícolas (250ml);
Prato:
1 medallão de peixe (100g) cozido;
3 batatas pequenas cozidas (125g);
Brócolos e cenouras cozidas a vapor;
1 maçã pequena (80g) (cozer e/ou fazer puré).

Ceia



1 chávena de chá de camomila;
3 bolachas de água e sal redondas (35g) (amolecer as bolachas no chá).

Alimentação por sonda



41

Quando se utiliza alimentação por sonda?



- Dificuldades de deglutição
- Obstrução do tubo digestivo
- Estados de coma ou semi-consciência
- Pós-operatório
- Anorexia grave



43

Que quantidade administrar?



As refeições devem ser distribuídas ao longo do dia, entre 6 a 8 refeições.

A quantidade de alimentação a administrar de cada vez deverá ser de 200 a 400 ml.

Sempre que surjam dúvidas, deverá solicitar um plano alimentar à dietista ou nutricionista da sua equipa de saúde.



45

Que cuidados a ter antes da administração de alimentos?



Verifique se a sonda está no estômago:

- ✓ Adapte a seringa à sonda e aspire cerca de 30 ml do conteúdo gástrico.
- ✓ A **presença de suco gástrico ou conteúdo alimentar** vai confirmar que a sonda está bem colocada.
- ✓ Verifique o volume de conteúdo aspirado: se este for igual ou superior à última refeição administrada, introduza novamente o conteúdo e espere cerca de 1 hora.
- ✓ Sempre que tirar a tampa da sonda deve fechar (clampar) a sonda, para evitar a saída do conteúdo alimentar ou entrada de ar.



47

O que é a alimentação por sonda nasogástrica



Quando a pessoa se encontra com incapacidade para engolir há necessidade de se colocar uma sonda nasogástrica.

A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através de uma narina até ao estômago e vai permitir a administração de alimentos, líquidos e medicação.



42

Que alimentos devem ser dados pela sonda?



A alimentação pode ser preparada em casa.

As **dietas caseira** são preparadas com alimentos naturais cozidos e bem triturados, que devem ficar com consistência líquida para que passem pela sonda sem a entupir.

Deve utilizar grande variedade de alimentos: legumes, batatas, massa, arroz, carne, peixe e ovos.

Podem fazer batidos de fruta cozida aproveitando a água da cozedura.

A validade é de 12 horas após a preparação.

Também existe **alimentação entérica**



44

Que cuidados a ter antes da administração de alimentos?



- ✓ Elevar a cabeceira da cama colocando a pessoa na posição sentada, com as costas bem apoiadas. Caso não seja possível deve deitá-lo de lado (para evitar aspiração dos alimentos para os pulmões).
- ✓ Prepare o material necessário: seringa de 100ml, copo com água, tesoura de clampagem, guardanapos.
- ✓ Certifique-se que a sonda está bem posicionada, se o adesivo está bem colocado.
- ✓ Se a sonda estiver mais de 5 cm deslocada da medida estabelecida, contacte a equipa de saúde.

46

Que cuidados a ter durante a administração de alimentos pela sonda?



- ✓ Verifique a temperatura dos alimentos. A dieta de preparação caseira deve ser guardada no frigorífico e retirada 30 minutos antes do uso. Pode ser dada à temperatura ambiente.
- ✓ Coloque a seringa na extremidade da sonda e desclampe a sonda.
- ✓ Introduza a alimentação através da seringa, de forma lenta (importante para evitar formação de gases, distensão abdominal, vômitos ou diarreia), e permite uma melhor forma do organismo absorver os nutrientes.



48

Que cuidados a ter durante a administração de alimentos pela sonda?



- ✓ No final lave a sonda com 30 ml de água. Poderá administrar água tépida que evita o depósito de resíduos de alimentos que entupam a sonda.
- ✓ Depois de alimentar a pessoa, esta deve permanecer na posição sentada cerca de 30 minutos para facilitar a digestão, evitar regurgitação ou vômito e prevenir aspiração de alimentos para os pulmões.
- ✓ Ao longo do dia deve ir administrando água (6 a 8 copos) pela sonda para manter a hidratação do doente.



Cuidados com a fixação da sonda nasogástrica



- ✓ A fixação externa da sonda deve ser trocada diariamente pelo cuidador
- ✓ Corte um pouco de adesivo antialérgico em forma de V.
- ✓ Ao retirar o adesivo velho deverá ter atenção para não deslocar a sonda, fique atento à marca onde o adesivo está fixo.
- ✓ Limpe a pele do nariz e as narinas.
- ✓ Coloque o novo adesivo segurando sempre a sonda para que não saia.
- ✓ Coloque o adesivo de forma que a sonda não fique a magoar a narina, pois há o risco de surgir uma ferida por pressão.



Referências Bibliográficas

• Barbosa, M. (2013). Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Coleção E-books APN: N.º 31.

https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_Idoso.pdf

Santos, C. (2018). A alimentação saudável no indivíduo dependente. Apresentação powerpoint. UCC Dumas - UKAP / Gabinete de Nutrição.

Consultar:



<https://www.apn.org.pt/ebooks.php>

Como administrar medicação pela sonda?



- ✓ Os medicamentos devem ser previamente triturados num almofariz
- ✓ Junte a medicação triturada em água morna, para que se dissolva.
- ✓ Administre os medicamentos usando a mesma técnica.
- ✓ No final da administração, lave a sonda com 30ml de água para que não fiquem resíduos de medicação na sonda.



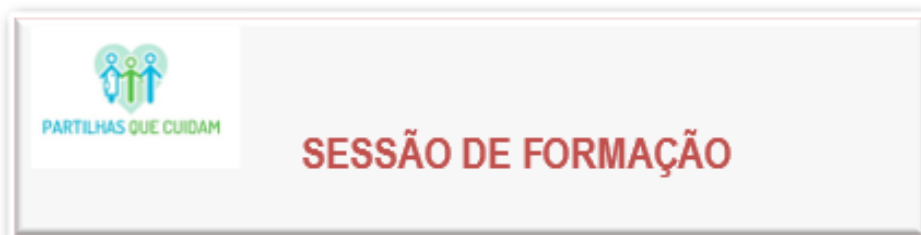
Cuidados com a sonda nasogástrica



Importante: Manter os cuidados de higiene oral mesmo que a pessoa não se alimente pela boca.



APÊNDICE 12-QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO



AVALIAÇÃO FORMATIVA DA SESSÃO

Tema: A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente

Data: 11-01-2022

Hora: 14h

Local: Sala de formações da Biblioteca Municipal de Portimão

Formador(es): En^ª Teresa Palhares; En^º Manuel Costa

O questionário tem como objetivo avaliar a atividade formativa efetuada, pelo que agradecemos desde já a sua valiosa contribuição no preenchimento do mesmo. Responda assinalando com um na quadrícula que melhor coincide com a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Apreciação Global	Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente
1. Os temas corresponderam às suas expectativas?					
2. Está satisfeito com a forma como os temas foram apresentados?					
3. A formação foi importante para o seu desempenho como cuidador?					
4. A formação permitiu adquirir novos conhecimentos?					
5. A duração da formação foi adequada?					
9. A dinamização da formação foi adequada?					

OBRIGADO PELA VOSSA COLABORAÇÃO



SESSÃO DE FORMAÇÃO

AVALIAÇÃO FORMATIVA DA SESSÃO

Tema: “Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente”

Data: 13-01-2022

Hora: 14h

Local: Sala de formações da Biblioteca Municipal de Portimão

Formador(es): Dra. Isabel Anunciação, En^ª Teresa Palhares

O questionário tem como objetivos avaliar a atividade formativa efetuada, pelo que agradecemos desde já a sua valiosa contribuição no preenchimento do mesmo. Responda assinalando com um ☒ na quadrícula que melhor coincide com a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Apreciação Global	Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente
1. Os temas corresponderam às suas expectativas?					
2. Está satisfeito com a forma como os temas foram apresentados?					
3. A formação foi importante para o seu desempenho como cuidador?					
4. A formação permitiu adquirir novos conhecimentos?					
5. A duração da formação foi adequada?					
9. A dinamização da formação foi adequada?					

OBRIGADO PELA VOSSA COLABORAÇÃO



SESSÃO DE FORMAÇÃO

AValiação formativa da sessão

Tema: "A importância do bom estado nutricional da pessoa dependente"

Data: 14-01-2022

Hora: 14h

Local: Sala de formações da Biblioteca Municipal de Portimão

Formador(es): En^ª Teresa Palhares

O questionário tem como objetivo avaliar a atividade formativa efetuada, pelo que agradecemos desde já a sua valiosa contribuição no preenchimento do mesmo. Responda assinalando com um ☒ na quadrícula que melhor coincide com a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Apreciação Global	Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente
1. Os temas corresponderam às suas expectativas?					
2. Está satisfeito com a forma como os temas foram apresentados?					
3. A formação foi importante para o seu desempenho como cuidador?					
4. A formação permitiu adquirir novos conhecimentos?					
5. A duração da formação foi adequada?					
9. A dinamização da formação foi adequada?					

OBRIGADO PELA VOSSA COLABORAÇÃO

APÊNDICE 13-QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO



ACES
BARLAVENTO



Avaliação das competências adquiridas
Observação participativa em contexto domiciliário

Tema: A importância da mobilidade na qualidade de vida da pessoa dependente

Temáticas	Avaliação	
	Demonstra	Não demonstra
Adota pelo menos uma técnica correta do posicionamento no leito e na transferência para a cadeira		
Reconhece os benefícios dos posicionamentos na prevenção das UP		
Adota pelo menos uma técnica de mecânica corporal		
Reconhece as vantagens da mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas		

Tema: Medidas de apoio social e de saúde à pessoa dependente

Temáticas	Avaliação	
	Demonstra	Não demonstra
Reconhece pelos menos uma medida de apoio social disponível		
Reconhece a existência de uma lista de produtos de apoio à pessoa dependente		
Reconhece pelo menos um critério para solicitar descanso do cuidador		

Tema: A importância do bom estado nutricional da pessoa dependente

Temáticas	Avaliação	
	Demonstra	Não demonstra
Identifica pelo menos um cuidado durante a alimentação da pessoa acamada		
Reconhece pelo menos um fator que promove a melhoria do estado nutricional da pessoa		
Sabe adotar uma medida para prevenir a disfagia		
Adequa a alimentação à pessoa com diabetes		

APÊNDICE 14- RESUMO DO ARTIGO CIENTIFICO

AS DIFICULDADES NO CUIDAR PERCECIONADAS PELOS CUIDADORES INFORMAIS

RESUMO

Introdução: As dificuldades que os cuidadores evidenciam no decurso da prestação de cuidados podem comprometer a qualidade dos cuidados à pessoa e provocar sobrecarga física e emocional do cuidador. O enfermeiro, em contexto domiciliário, tem uma posição privilegiada na supervisão dos cuidados, ao identificar fragilidades e reforçar potencialidades.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo cuja população foram os cuidadores dos utentes admitidos numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados no Concelho de Portimão. Na recolha de dados foi utilizada, como instrumento de avaliação, a Escala CADI (*Caregivers Assessment of Difficulties Index*), respondido por 16 cuidadores.

Resultados: A avaliação das dificuldades permitiu ressaltar problemas relacionados com o desgaste físico, com a prestação de cuidados e com a falta de apoio profissional.

Conclusão: O reconhecimento dos cuidadores como elementos-chave na transição de cuidados passa pela identificação precoce das dificuldades por eles percecionadas e por uma articulação sólida com os serviços de proximidade, permitindo criar estratégias de intervenção que promovam uma capacitação progressiva.

Palavras-Chave: Cuidadores, empoderamento, enfermagem em saúde comunitária, envelhecimento.