

## I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

## - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Conhecimentos e necessidades dos cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional

Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro



# I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Conhecimentos e necessidades dos cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional

Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro

**Orientador**: Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Coimbra, setembro 2023

### **AGRADECIMENTOS**

Quero a expressar a minha gratidão à orientadora pedagógica, a Professora Doutora Marília Neves, pela sua disponibilidade, partilha, colaboração e compreensão.

Também quero agradecer à enfermeira especialista Cristina Crespo, da UCC de Celas e à enfermeira especialista Fátima Gomes da USP Anadia, pelas oportunidades de aprendizagem que proporcionaram, por me apoiarem a trilhar este caminho e na elaboração deste Relatório.

Agradeço também a todos os colegas de mestrado que me ajudaram neste percurso.

Obrigado!

### **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACeS - Agrupamento dos Centros de Saúde

ACeS BM - Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego

ACeS BV - Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Vouga

**AE** - Agrupamentos de Escolas

ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de novas iniciativas para a vida

ADKS - The Alzheimer's Disease Knowledge Scale

ARS - Administração Regional de Saúde

Av. - Avenida

**AVD** - Atividades de Vida Diárias

BI CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

**CC** - Competências Comuns

**CD** – Cheque-Dentista

**CE** - Competências Específicas

CF - Cuidadores Formais

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CI - Cuidadores Informais

**CM** - Câmara Municipal

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS - Centro de Saúde

**CSP** - Cuidados de Saúde Primários

CVC - Centro de Vacinação Covid

DA - Doença de Alzheimer

**D** - Demência(s)

**D.** - Dona

Dr. - Doutor

DGS - Direção Geral de Saúde

EB - Escola Básica

ECDA - Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer

**EE** - Enfermeiro Especialista

**EEC** - Enfermeiro Especialista Cooperante

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEEC** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Engº - Engenheiro

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESE - Equipa de Saúde Escolar

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS –Instituições Particulares de Solidariedade Social

IST - Infeção Sexualmente Transmissível

LS - Literacia em Saúde

MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

Nº/nº - Número

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NLI - Núcleo Local de Inserção

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização Das Nações Unidas

**p.** - página

PIC - Projeto de Intervenção na Comunidade

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSM - Programa Nacional Saúde Mental

PNSOC - Programa Nacional Saúde Ocupacional

PRSAD – Plano(s) Regional(is) de Saúde para as Demências

R/CH - Rés do Chão

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RSI -** Rendimento Social de Inserção

**S.** - São

SE - Saúde Escolar

SIARS - Sistema de monitorização das ARS

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOBE - Saúde Oral Bibliotecas Escolares

SP - Saúde Pública

**UAG**- Unidade de Apoio à Gestão

UICISA: E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UF** - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

USP BV - Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga

**USP-SL** - Unidade de Saúde Publica-Serviço Local

**URAP** - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

WHO - World Health Organization

#### **RESUMO**

Este Relatório foi elaborado durante o Estágio com Relatório Final, realizado na USP-UL Anadia e UCC Celas, e descreve o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especificas de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Baseado no referencial teórico MAIEC e Literacia em Saúde da OMS, delineou-se o Projeto de Intervenção na Comunidade "Capacitar para cuidar de pessoas com demência", direcionado aos CF que integram ERPI e Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS, da área geográfica de abrangência da UCC. Com o objetivo geral, capacitar os CF sobre práticas promotoras de saúde e bem-estar das pessoas com demência institucionalizadas, realizou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal, sobre os seus conhecimentos sobre a doença, e necessidades sentidas relativamente à assistência prestada. Decorreu de junho de 2022 a fevereiro 2023, numa ERPI do concelho de Coimbra. A amostra foi constituída por 15 CF da ERPI. Os dados recolheram-se através de questionário constituído por variáveis sociodemográficas, profissionais e formativas, e a ECDA, aplicado em dois momentos: pré e pós programa formativo. Os resultados demonstram um perfil de cuidadores com idade média de 50,77 anos, níveis de escolaridade variando entre Ensino Secundário (46%), o 3ª Ciclo (27%), o Ensino Superior (13%), e o 2º e o 1º Ciclo do Ensino Básico (7% cada). Dos CF 53% não tinha formação adequada às suas funções antes de trabalhar na instituição. A principal dificuldade, sentida pela maioria dos CF, relaciona-se com a estimulação cognitiva e física da pessoa com demência. Acerca dos seus conhecimentos sobre a demência, os resultados da ECDA revelaram uma média de 19,2 respostas corretas antes do programa formativo, com 73,3% dos CF a responder erradamente a 10 ou mais questões, aumentando a média de respostas corretas (24,8) após o programa formativo. O programa formativo aumentou os conhecimentos dos CF sobre demências.

Aumentar a LS dos CF através de programas formativos, pode contribuir para fornecer cuidados eficazes às pessoas com Demência institucionalizadas. O EEECSP, pelas suas competências especificas, assume um papel fulcral na liderança dos processos de capacitação de grupos e comunidades, e na intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.

Palavras-Chave: cuidadores formais, pessoas institucionalizadas, Demências, capacitar, programa formativo.

#### **ABSTRAT**

This Report was prepared during the Internship with Final Report, carried out at USP-UL Anadia and UCC Celas, and describes the path of acquisition and development of specific Community and Public Health Nursing skills. Based on the theoretical framework MAIEC and WHO Health Literacy, the Community Intervention Project "Empowerment to care for people with dementia" was designed and aimed at FC, that integrate ERPI and IPSS Home Support Services, in the geographic area covered from UCC Celas. With the general objective of training FC on practices that promote the health and wellbeing of institutionalized people with dementia, an exploratory, descriptive, and crosssectional study was carried out on their knowledge about the disease, and needs felt in relation to the assistance provided. It took place from June 2022 to February 2023, in an ERPI in the municipality of Coimbra. The sample consisted of 15 FC from one ERPI. Data were collected through a questionnaire consisting of sociodemographic, professional, and training variables, and the ECDA, applied at two stages; pre and post training program. The results demonstrate a profile of caregivers with an average age of 50.77 years, educational levels varying between Secondary Education (46%), 3rd Cycle (27%), Higher Education (13%), and 2nd and 1st Basic Education Cycle (7% each). Of the FC, 53% did not have adequate training for their duties before working at the institution. The main difficulty, felt by the majority of FC, is related to the cognitive and physical stimulation of the person with dementia. Regarding their knowledge about dementia, the ECDA results revealed an average of 19.2 correct answers before the training program, with 73.3% of CFs answering 10 or more questions incorrectly, increasing the average number of correct answers (24,8) after the training program. The training program increased FC knowledge about dementia.

Increasing the HL of FC through training programs, can contribute to providing effective care to institutionalized people with dementia. The EEECSP, due to its specific competencies, assumes a central role in leading the processes of training groups and communities, and in community intervention aimed at groups with greater vulnerability.

Keywords: formal caregivers, institutionalized people, Dementia, empowerment, training program.

÷

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa dos Concelhos do ACeS Baixo Vouga26
Figura 2 – Pirâmide Etária do ACeS BV, 202227
Figura 3 - População Residente no Município de Anadia, 202131
Figura 4 – Pirâmide etária da UCC Celas, 202242
<b>Figura 5</b> - Evolução anual do nº de diagnósticos ativos associados às demências na região de Saúde do Centro, em ambos os sexos e de todas as idades, 2010-202156
Figura 6 – Nº de diagnósticos ativos de demência no CS de Celas em 202257
Figura 7 - Relação entre os principais conceitos de saúde
Figura 8 - Distribuição de acordo com a Idade72
Figura 9 - Distribuição de acordo com as habilitações literárias73
Figura 10 - Distribuição de acordo com a formação para exercer a sua função73
Figura 11- Respostas erradas (%) por área temática da ECDA, na primeira colheita de dados
Figura 12 - Classificação individual da ECDA antes do programa formativo77
Figura 13 - Classificação individual da ECDA depois do programa formativo80
Figura 14 - Respostas erradas (%) por área temática da ECDA, na segunda colheita de dados

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Intervenções propostas e respetiva operacionalização	59
Tabela 2 – Recursos necessários e justificação	59
Tabela 3 – Indicadores da atividade e resultado, metas e resultados	82

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO 1 - CONTEXTOS DE ESTÁGIO	25
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA – SERVIÇO LOCA DE ANADIA	
1.1.1 - Projetos de Intervenção Comunitária da USP–Serviço Local de Anadia.	32
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	
1.2.1 - Projetos de Intervenção Comunitária da UCC Celas	43
CAPÍTULO 2 - INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAU PÚBLICA	
2.1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE - CAPACITAR PARA CUID DE PESSOAS COM DEMÊNCIA	
2.1.1 – Diagnóstico de saúde, planeamento e metodologia	55
2.1.2 Enquadramento conceptual da intervenção	60
CAPÍTULO 3 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	65
3.1 – METODOLOGIA	67
3.2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
3.3 CONTRIBUTOS PARA O PROGRAMA FORMATIVO "CAPACITAR PA	
CAPÍTULO 4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRID REFLEXÃO CRÍTICA	
4.1 - ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA USP - UNIDADE LOCAL DE ANADIA	84
4.2 - ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA UCC CELAS	
CONCLUSÃO	107

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÊNDICES	

**APÊNDICE I** - Cronograma do Projeto de Intervenção na Comunidade "Capacitar para cuidar de pessoas com Demência".

**APÊNDICE II** - Pedido de autorização à entidade para aplicar o questionário aos seus funcionários

APÊNDICE III - Consentimento informado

APÊNDICE IV - Questionário sociodemográfico, habilitações literárias e formação

**APÊNDICE V –** Questionário sobre contributos do programa formativo

APÊNDICE VI – Matriz de redução de dados nº1

APÊNDICE VII - Resultados da ECDA antes do programa formativo

APÊNDICE VIII - Conteúdo do programa formativo

APÊNDICE IX - Matriz de redução de dados nº2

**APÊNDICE X -** Resultados da ECDA depois do programa formativo

APÊNDICE XI - Resultados globais da ECDA

APÊNDICE XII – Cronograma de atividades na USP Unidade Local de Anadia 1

APÊNDICE XIII – Cronograma de atividades na USP Unidade Local de Anadia 2

APÊNDICE XIV – Nota Informativa para a Câmara Municipal de Anadia

**APÊNDICE XV** - Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) no Sclínico Central, de utentes em ERPI/Lares

APÊNDICE XVI - Instrumento de Auditoria ao Procedimento "Procedimentos para atuação do NACJR"

APÊNDICE XVII - Resultados da auditoria ao Procedimento do NACJR

APÊNDICE XVIII- Nota de arquivamento do NACJR

APÊNDICE XIX - Nota de Encaminhamento do NACJR

APÊNDICE XX – Cronograma de atividades na UCC de Celas 1

APÊNDICE XXI- Cronograma de atividades na UCC de Celas 2

APÊNDICE XXII - Vídeo sobre "Alergias alimentares"

APÊNDICE XXIII – Conteúdos da 1ª Sessão: "Demências"

APÊNDICE XXIV - Folheto "Demências" - 1ª Sessão

**APÊNDICE XXV** – Conteúdos da 2ª Sessão: "Comunicação com a pessoa com Demência"

APÊNDICE XXVI – Folheto "Comunicação na Demência" - 2ª Sessão

APÊNDICE XXVII – Conteúdos da 3ª sessão: "Autocuidado dos cuidadores formais"

APÊNDICE XXVIII - Vídeo para Sessão de relaxamento

**APÊNDICE XXIX** – Folheto "Ginástica Laboral" - 3ª sessão

APÊNDICE XXX – E-poster 1

APÊNDICE XXXI - E-poster 2

APÊNDICE XXXII - Comunicação Oral

APÊNDICE XXXIII- Newsletter nº 4 de janeiro de 2023

APÊNDICE XXXIV - DICA nº 1

APÊNDICE XXXV - Sessão de formação "Alergias" na Escola Básica

APÊNDICE XXXVI - Jogo "Detetive do perigo" e Soluções

APÊNDICE XXXVII - Flyer "Alergia alimentar na escola"

APÊNDICE XXXVIII - Sessão de formação "Alergias", em Casa de Acolhimento

APÊNDICE XXXIX - Fotos de atividades desenvolvidas na UCC Celas

**ANEXOS** 

ANEXO I - Organograma do ACeS Baixo Vouga

ANEXO II - Dados do Observatório Regional de Saúde do Centro 2021

ANEXO III- Dados restritos à UCC Celas, 2022

**ANEXO IV** - Decisão favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde da ESEnfC

**ANEXO V** – Autorização dos autores da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA)

**ANEXO VI –** Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA)

ANEXO VII - Soluções da ADKS

ANEXO VIII - Referenciações e Cheques dentista - Indicadores estatísticos 1

ANEXO IX - Referenciações e Cheques dentista - Indicadores estatísticos 2

### INTRODUÇÃO

Este Relatório foi realizado no âmbito do estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública com Relatório, inserido no Plano de Estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), relativo ao estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Celas, Coimbra, e na Unidade de Saúde Publica (USP) Anadia, sob orientação da Professora Marília Neves, no período entre 5 de dezembro de 2022 a 24 fevereiro 2023, com duração de 20 semanas.

Pretende descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio, que em sequencia daquelas desenvolvidas na Unidade Curricular Prática Clínica que o antecedeu, permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências comuns (CC) do Enfermeiro Especialista (EE), de acordo com Regulamento nº 140/2019 e as competências específicas (CE) em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, publicadas no Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como a obtenção de grau académico de Mestre e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP).

Foram definidos para este estágio os seguintes objetivos de aprendizagem/competências (Neves, 2022):

- Participar na avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou na avaliação de programas de âmbito populacional nos domínios da prevenção, promoção e proteção da saúde;
- Participar na conceção e implementação de Programas e Projetos de Saúde de âmbito comunitário;
- Promover e dinamizar processos de capacitação de pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis da comunidade;
- Elaborar relatório referente a um problema de saúde diagnosticado no contexto da prática da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Como objetivos pessoais foram estabelecidos:

- Descrever as Unidades Funcionais (UF) onde decorreu o estágio, e os seus contextos.
- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante a Prática Clínica e o estágio na UCC Celas, e na USP Anadia.

- Refletir criticamente sobre o trabalho desenvolvido e seu contributo no desenvolvimento pessoal e profissional como futura EEECSP.
- Demonstrar a importância do papel do EEECSP, nos diferentes contextos, na prevenção da doença e promoção/proteção da saúde.
- Identificar um problema de Saúde Pública (SP) prioritário na UCC Celas, como base para a elaboração e implementação do Projeto de Intervenção na Comunidade (PIC).

Durante a Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na UCC Celas, identificou-se e caraterizou-se um problema de saúde considerado prioritário. Foi realizado o diagnóstico de saúde, que permitiu elaborar o PIC, tendo como base a metodologia de Planeamento em Saúde. O PIC, cuja temática está relacionada com um problema de saúde reconhecido como prioritário na UCC de Celas, visa a formação de cuidadores formais (CF) que integram as Estruturas Residenciais Pessoas Idosas (ERPI)/ entidades similares e Serviços de Apoio Domiciliário das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) da abrangência da UCC Celas.

A metodologia utilizada para a realização do PIC, consistiu na identificação de um problema de saúde prioritário na UCC através da análise de fontes restritas a essa Unidade e ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACeS BM), além de dados e orientações nacionais e internacionais, que sustentam o problema, nomeadamente as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Plano Regional de Saúde na Área das Demências de 2019. Realizou-se pesquisa bibliográfica em bases de dados - CINAHL Complete, SciELO, MEDLINE Complete, PUB MED – para a análise de artigos que foram considerados relevantes para o enquadramento da problemática identificada, relacionada com as dificuldades que os CF enfrentam ao cuidar de uma pessoa com Demência (D) em contexto institucional.

A metodologia usada para a elaboração do Relatório Final de Estágio foi a consulta de vários documentos nomeadamente os Guias Orientadores da Prática Clínica, os Manuais de Acolhimento de Profissionais e Alunos, e os Relatórios de Atividades das respetivas UF, os dados disponíveis no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI- CSP) e no Instituto Nacional de Estatística (INE), o Diagnóstico Social do Concelho de Anadia – 2019 e o Regulamento Interno da Unidade de Saúde Pública (Versão de Revisão 2022). Também foram consultados outros documentos e legislação considerados importantes, e vários documentos fornecidos pela Enfermeira Especialista Cooperante (EEC).

O Relatório está estruturado da seguinte forma: inicia-se com a introdução e encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo são descritos os contextos clínicos de estágio através da caracterização do ambiente de cuidados e o modelo orgânico funcional das unidades onde foram realizados os estágios: a USP Anadia, e a UCC Celas. O segundo capítulo apresenta o PIC, direcionado a uma problemática prioritária na comunidade, e já trabalhado num projeto da UCC. O terceiro capítulo descreve a componente de investigação do mesmo projeto. O quarto capítulo é o Relatório Crítico de Atividades onde são descritas e analisadas as atividades desenvolvidas durante as 20 semanas de estágio. Por fim a conclusão onde se apresentam algumas considerações finais.

Todas as traduções de citações referentes a trabalhos publicados em língua estrangeira, são da autoria da redatora deste trabalho.

A composição deste relatório obedece às normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC (ESEnfC, 2016).

### CAPÍTULO 1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório foi desenvolvido em contextos que reuniram oportunidades de aprendizagem e de ensino, com a supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), denominado como EEC, para efeitos deste Relatório. Isso permitiu a integração nas equipas multidisciplinares e a participação no desenvolvimento de intervenções de prevenção, promoção e proteção da saúde de acordo com o perfil das CE do EEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, descritas no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, da Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2018).

A Prática Clínica e o Estágio decorreram nos períodos de maio a junho de 2022 e de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023 na UCC Celas, e no período de junho a novembro de 2022 na USP Anadia (com intervalo de férias escolares). Estes contextos são descritos de seguida.

## 1.1. - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PUBLICA – SERVIÇO LOCAL DE ANADIA

A USP Serviço Local de Anadia é um dos polos da USP do Baixo Vouga (USP BV), e é uma UF do Centro de Saúde (CS) de Anadia, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACeS BV), entidade sujeita á direção da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), integrados na ARS, e estabeleceu o seu sistema de organização e funcionamento. Neste contexto, os ACeS são serviços de saúde com autonomia administrativa, sendo constituídos por várias UF, de um ou mais CS, e têm como missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) aos cidadãos de determinada área geográfica. As UF que podem constar nos ACeS são as UCC, as USP, as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Também podem existir outras unidades ou serviços considerados necessários pelas ARS. Cada UF tem uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, garantindo a intercooperação com as demais UF do CS e do ACeS.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 a delimitação geográfica dos ACeS deve corresponder a NUTS III, ou a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, considerando a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e vários fatores geodemográficos. Em termos administrativos o ACeS BV faz parte da Região Centro (NUT II) e insere-se na sub-região do Baixo Vouga (NUT III).

O ACeS BV é um dos seis ACeS que integram a ARS do Centro. Toda a Região do Baixo Vouga pertence ao distrito de Aveiro. O ACeS BV abrange uma área geográfica de 1.691,6 km<sup>2</sup>, que correspondem a onze concelhos: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos, como mostra a Figura 1. Confronta a Norte com a Área Metropolitana do Porto, a Este com Viseu Dão-Lafões, a Sul com a Região de Coimbra e a Oeste com o Oceano Atlântico. Apresenta uma densidade populacional de 237,3 hab/km² (ACeS BV, 2018). Segundo o Diagnóstico Social de Anadia, o concelho da Mealhada é o único que, na Região do Baixo Vouga, não integra o ACeS BV (Conselho Local de Ação Social de Anadia, 2019).

MURTOSA ESTARREJA

SEVER DO VOUGA
ALBERGARIA-A-VELHA

AVEIRO
ILHAVO

AGUEDA

VAGOS OLIVEIRA DO BAIRRO

ANADIA

Figura 1 - Mapa dos Concelhos do ACeS Baixo Vouga

Fonte: Relatório de Atividades do ACeS BV de 2018

A sua sede situa-se na Av. Dr. Lourenço Peixinho, 42, 4°, 3804-502 Aveiro. Pode ser contatado pelo número de telefone 234401200, e pelo e-mail: secdir.bv@arscentro.min-saude.pt (Ministério da Saúde, 2022a).

O ACeS BV em 2022 é constituído por cinquenta e duas UF, sendo que são dezasseis UCSP, vinte e três USF, onze UCC, uma USP e uma URAP, distribuídas pelos onze CS existentes e também na Sede do ACeS. Na sede do ACeS também funciona a Unidade

de Apoio à Gestão (UAG) (ACeS, 2019). O Organograma do ACeS Baixo Vouga encontra-se em Anexo (Anexo I)

Segundo os dados constantes no BI-CSP, em junho 2022 estavam inscritos 401 375 utentes no ACeS BV (192 651 do sexo masculino e 208 724 do sexo feminino). O índice de dependência total era de 55,07%, o índice de dependência de jovens era de 19,18%, e o índice de dependência de idosos era de 35,9% (Ministério da Saúde, 2022a). Conforme mostra a Figura 2 a população do ACeS BV é uma população envelhecida, à semelhança de Portugal, Continente e Região Centro, sendo que o índice de envelhecimento é superior a 100% (187%).

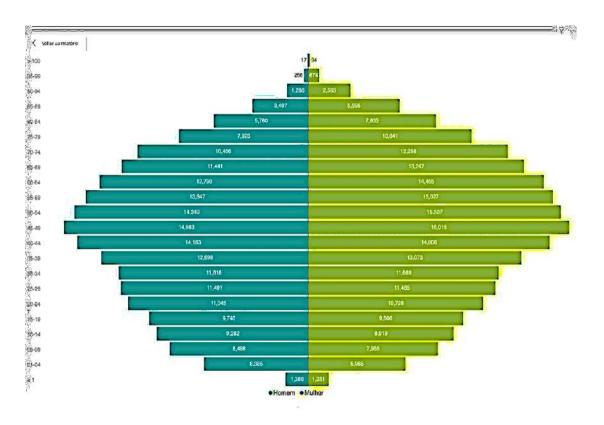


Figura 2 – Pirâmide Etária do ACeS BV, 2022

Fonte: BI-CSP ACeS BV, 2022

Segundo o Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de abril (republicado pelo Decreto-Lei nº 137/2013, de 7 de outubro), deve existir uma USP com autonomia organizativa e técnica, em cada ACeS ou em cada Unidade Local de Saúde (ULS), com as necessárias adaptações. Existe uma única USP, mas com várias equipas ou polos locais.

A missão da USP BV é obter ganhos em saúde da sua população, desenvolvendo uma dinâmica promotora de saúde, em parceria com os parceiros da comunidade, contribuindo desta forma para o cumprimento da missão do ACeS BV. A sua visão é ser reconhecida como uma unidade de referência na área da saúde junto da população

onde está inserida, assumindo-se como parceiro junto dos agentes da comunidade e de outras entidades dentro e fora do sector da saúde. Pretende ser um agente promotor da saúde da sua população, da sua melhoria contínua, garantindo a proteção da saúde, sempre que esta esteja em causa, de forma rápida e efetiva. Os seus valores fundamentais são a cidadania, a qualidade, a excelência, a inovação e desenvolvimento, a multidisciplinaridade, a colaboração, a diferenciação, a intercooperação, a equidade e acesso, as políticas saudáveis e a responsabilidade social (Ministério da Saúde, 2022b). A sede da USP BV situa-se na sede do ACeS BV, na Av. Dr. Lourenço Peixinho, 42, 4°, 3804-502 Aveiro. O seu horário de funcionamento é de 2ª a 6ª feira das 09h00 às 13h00, e das14h00 às 17h00, estando encerrado aos sábados, domingos e feriados. Pode ser contactado para o email: usp.bv@arscentro.min-saude.pt (Ministério da Saúde, 2022b).

A área geográfica da USP BV compreende a mesma área geográfica do ACeS BV, representando uma área de 1691 Km2. A população inscrita é a mesma referente ao ACeS BV. Cada um dos onze conselhos tem o seu CS onde estão instalados os Serviços Locais da USP (USP-SL) (ACeS BV-USP, 2022).

A sua estrutura organizacional é flexível, permitindo a adequação às especificidades geodemográficas, sendo que a diferenciação técnica dos recursos nas áreas de diagnóstico e intervenção previstas, é privilegiada. Em cada Serviço Local da USP há uma equipa pluridisciplinar, visto que as atividades em SP requerem uma complementaridade e colaboração entre profissionais das diferentes subáreas da saúde, sendo constituídas (no mínimo) por: um médico especialista em SP (por cada 25 000 habitantes da sua área geográfica), um enfermeiro de SP ou de saúde comunitária (por cada 30 000 habitantes), um técnico de saúde ambiental (por cada 15 000 habitantes), e outros profissionais que forem considerados necessários na área da SP (em permanência ou em colaboração temporária). Portanto existem onze equipas locais, uma em cada concelho do ACeS BV. A sua coordenação é feita por um médico de SP que é designado de interlocutor (ACeS BV-USP, 2022).

A USP funciona em articulação com o Departamento de SP e com outros departamentos e serviços da ARS Centro. Conforme estabelecido pelo artigo 4º do Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de abril, a USP também se articula de forma transversal com as restantes UF do ACeS BV, com os hospitais de referência da região (o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, em Aveiro; o Hospital Dr. Francisco Zagalo, em Ovar) e com os hospitais de apoio: o Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, para o município de Ovar, e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), para o município de Anadia. De acordo com o mesmo Decreto-Lei no exercício do poder de Autoridade de Saúde, a USP integra-se na cadeia hierárquica direta das Autoridades de Saúde. Também garante a

cooperação e articulação com instituições públicas relevantes para a saúde, e pode envolver as instituições públicas, privadas ou da área social, que tenham importância para a saúde da comunidade (ACeS BV-USP, 2022).

A USP é coordenada por um médico especialista em SP com experiência efetiva de, pelo menos, três anos de exercício ininterrupto de funções em serviços de SP, designado pelo Diretor Executivo do ACeS. A USP funciona como "Observatório Local de Saúde", sendo constituído pelo coordenador da USP, dois elementos do Conselho Clínico e da Saúde (médico de SP e EEECSP) e um EE em Saúde Pública ou Comunitária e uma assistente técnica da UAG. Cada grupo profissional da USP é representado junto do coordenador da USP por um interlocutor, em quem aquele pode delegar competências. Em cada CS do ACeS, deve existir um interlocutor da USP. No desenvolvimento de algumas atividades, os profissionais da USP trabalham em parceria com outros profissionais da URAP, das UCC, das USF, e das UCSP (ACeS BV, 2019).

As competências da USP são elaborar informação e planos em domínios da SP, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de Autoridade de Saúde, na área geodemográfica do ACeS em que se integra, conforme o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro.

De acordo com o Regulamento Interno da USP, Versão de Revisão 2022, que aguardava aprovação (ACeS BV-USP, 2022), a USP, organizada em USP - Serviço Local, deve orientar a sua intervenção para a prossecução das operações essenciais de SP, nos termos da OMS, e as suas intervenções são:

- Manter a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, recolher dados para produzir estatísticas e medidas de acompanhamento nas áreas das doenças comunicáveis e não comunicáveis, na saúde mental, na saúde materna e infantil, na saúde ocupacional e ambiente, e realizar inquéritos e outras medidas de seguimento de estilos de vida e padrões de comportamento.
- Monitorizar e dar resposta a riscos e emergências em saúde pública, tais como os riscos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares, de forma a contribuir para assegurar a proteção da saúde nas vertentes ambiental, climática, ocupacional, alimentar e de outras constantes do Programa Nacional de Saúde (PNS).
- Promover a saúde através de ações sobre os determinantes sociais, com enfase na identificação de pessoas e populações com riscos diferenciados, contribuindo para

políticas intersectoriais que promovam a saúde e progressivamente eliminem as desigualdades.

- Prevenir a doença por garantir uma cobertura vacinal adequada, pela modelação de comportamentos e participação em programas de deteção precoce, eliminando a exposição a agentes nocivos para a saúde.
- Contribuir para a planeamento das ações e atividades necessárias para a manutenção da saúde das populações, incluindo a avaliação de impactos na saúde de políticas transversais.
- Manter a formação e certificação dos recursos humanos da saúde pública, e promover a gestão sustentável dos recursos financeiros e materiais disponíveis.
- Contribuir para a sensibilização da população, mantendo e melhorando continuadamente a comunicação sobre saúde e potenciando a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública.
- Continuar a investigação em SP, inclusive sobre serviços de saúde, com objetivo de produzir conhecimento para a elaboração e implementação de políticas de saúde.
- A nível dos ACeS as funções de Autoridade de Saúde são exercidas, por médicos de SP, nomeados nos termos de legislação própria.

A USP promove e participa na investigação em saúde e na formação dos diversos grupos profissionais que a integram, nas suas diferentes fases pré-graduada, pósgraduada e contínua. Também lhe compete prestar auditoria ou consultoria em SP e avaliar a qualidade em SP.

Segundo o Regulamento Interno da USP (ACeS BV-USP, 2022) em cada CS existe um Serviço Local da USP (USP-SL), funcionando nos mesmos moldes da USP BV, com as mesmas atividades e projetos, mas direcionados á população deste conselho. As atividades da USP-SL de Anadia dividem-se nas mesmas três áreas fundamentais, comuns á USP BV: planeamento e gestão em saúde, vigilância e investigação epidemiológica e prevenção da doença, e promoção e proteção da saúde. Garante que a sua população alvo recebe os melhores cuidados possíveis, em cumprimento com as orientações superiores e de acordo com as suas características próprias, considerando as especificidades geodemográficas e das populações. A USP-SL estabelece relações institucionais e interage com todas as respostas da comunidade para dar as melhores respostas de saúde, tais como a Proteção Civil, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a Câmara Municipal (CM), e a Guarda Nacional Republicana (GNR), entre outras. A USP-SL de Anadia é uma UF do CS de Anadia, que também integra uma UCC, três UCSP, e a URAP do ACeS (Conselho Local de Ação Social de Anadia, 2019).

Em cada CS existe uma Equipa da Unidade Local de Saúde Pública, que deve ser constituída por, pelo menos, um médico de SP, que é designado interlocutor, um EE em SP ou Saúde Comunitária e um Técnico de Saúde Ambiental, tendo o apoio de um Assistente Tecnico e um Assistente Operacional. Ao interlocutor de cada USP-SL compete diligenciar no sentido de garantir as condições para a execução das respetivas competências, apoiar, monitorizar e harmonizar o desenvolvimento das atividades com as outras estruturas da USP e do ACeS (AceS BV, 2019). Portanto a equipa da USP-SL de Anadia é constituída por uma médica de SP e Autoridades de Saúde, uma Técnica de Saúde Ambiental, uma Enfermeira Especialista de Saúde Pública/Saúde Comunitária e uma Assistente Técnica (ACeS BV USP, 2022).

O edifício do CS de Anadia, situa-se na Av. Eng. Tavares da Silva, em Anadia, mas as suas instalações estão bastante deterioradas, e atualmente estão a ser alvo de reabilitação. Assim o CS de Anadia está a funcionar temporariamente no 1.º piso do edifício da antiga Escola Secundária de Anadia, situada na Av. 25 de abril, 3780-222 Anadia (Município de Anadia, 2022). Pode ser contactado pelo número de telefone 231 519 600 e pelo email usp.anadia@arscentro.min-saude.pt (ACeS BV USP, 2022).

O concelho de Anadia pertence ao distrito de Aveiro, na região centro do país, e possui uma área total de 216,6 Km2 (Conselho Local de Ação Social de Anadia, 2019). Segundo os Censos de 2021, do INE, havia uma população residente de 27535 indivíduos, como podemos observar na Figura 3, com índice de envelhecimento de 273% (INE, 2021).



Figura 3 – População residente em Anadia em 2021

Fonte: INE, Censos 2021

Os sinais de envelhecimento da população de Anadia são visíveis, sendo que os números de pessoas idosas têm aumentado ao longo dos anos, enquanto o número de jovens tem diminuído (Conselho Local de Ação Social de Anadia, 2019). Essa situação tem agravado o índice de envelhecimento, tornando-se necessário prestar maior atenção às necessidades e potencialidades das faixas etárias mais velhas.

Segundo o Regulamento Interno da USP (ACeS BV-USP, 2022) a referenciação do utente, família, grupo e comunidade, para a USP, pode ser feita através das UF que integram o ACeS, e das entidades da comunidade. O utente, a família, o grupo e a comunidade podem ser referenciados da USP, para as demais UF do ACeS e para as diferentes entidades da comunidade.

## 1.1.1 - Projetos de Intervenção Comunitária da USP - Serviço Local de Anadia

A USP assegura as suas funções através de uma carteira de serviços, com programas e projetos integrados no plano de ação do ACeS, e em consonância com as orientações técnicas definidas pelo Conselho Clínico e da Saúde do ACeS. Cada programa ou projeto da USP tem uma equipa gestora, com dois ou mais profissionais da USP, responsável pela coordenação do desenvolvimento do programa ou projeto, pela monitorização da sua execução e avaliação na área geográfica do ACeS, e que responde perante o coordenador da USP (ACeS BV As várias atividades da USP BV dividem-se em 3 categorias principais: o planeamento e gestão em saúde, a vigilância e investigação epidemiológica, e a prevenção da doença e a promoção e proteção da saúde. Dentro destas categorias estão inseridas todas as atividades e os vários programas: o Observatório Local de Saúde e Investigação, a Vigilância de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, Vacinação, Rastreios, Sanidade Internacional e Saúde Ambiental, descritos abaixo. Aos médicos de SP, acrescem funções enquanto Autoridade de Saúde (ACeS BV USP, 2022).

### Planeamento e Gestão em Saúde:

- Observatório Local de Saúde – É um centro de trabalho e de estudos que permitem observar e analisar de forma crítica, continuada e sistemática a evolução dos indicadores do estado de saúde de uma população em geral ou um aspeto particular da saúde. As suas funções são monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes, identificar necessidades de saúde (dimensões demográficas, socioeconómicas, educacionais e de saúde), e recolher informação e elaborar planos em SP. Promove a investigação e a vigilância epidemiológicas, avalia o impacte das

intervenções em saúde, e gere programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde, colaborando com os municípios em atividades conjuntas, e assegurando a cooperação com ao outras UF do ACeS, os hospitais de referência ou outras instituições relevantes para a saúde na sua área de referência, partilhando e divulgação informação. Também realiza o Diagnóstico de Situação de Saúde e elabora o Plano Local de Saúde (PLS), recolhe informação para a produzir o Perfil Local de Saúde e elabora a Newsletter da USP ("USPartilha"), o Relatório de Atividades da USP e o Plano de Ação da USP, e divulga toda a informação necessária junto dos destinatários (ACeS BV USP, 2022).

## • Vigilância e Investigação Epidemiológica:

- Vigilância de Doenças Transmissíveis de Notificação Obrigatória Este sistema de vigilância é assegurado pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, e planos de contingência face a situações de emergência ou calamidade pública. Isso torna possível a atuação em rede de âmbito nacional, para a monitorização contínua da ocorrência das doenças transmissíveis de declaração obrigatória em Portugal. Em simultâneo permite a recolha, a analise, a interpretação e a divulgação de dados sobre essas doenças, para identificar as suas tendências a nível local, regional e nacional, monitorizando a necessidade e o impacto dos programas nacionais de prevenção e controlo.
- Vacinação À SP compete a monitorização e avaliação do Plano Nacional de Vacinação (PNV), considerando e identificando as assimetrias geográficas, resultantes da existência de bolsas populacionais com caraterísticas que possam determinar níveis mais baixos de proteção. A operacionalização da vacinação pelos profissionais de SP ocorre atualmente apenas para a vacinação com a BCG nas crianças elegíveis, e COVID-19.
- Rastreios À USP cabe coordenar e avaliar os rastreios de base populacional existentes: Pré-natal (Malformações fetais, Diabetes gestacional, Rubéola, Hepatite B, *Streptococos B)*, Teste do pezinho, Auditivo neo-natal, Tuberculose, Retinopatia diabética, Cancro da mama, Cancro do colo do útero, Cancro do cólon e reto, e Rastreio de Saúde Visual Infantil (aos 2 e 4 anos). Também assegura a formação dos profissionais que os operacionalizam.
- **Sanidade Internacional** O objetivo é cumprir o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), para controlar os fatores de risco ambientais e realizar vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis ao nível das fronteiras, diminuindo o risco de importação e/

ou exportação de doenças transmissíveis. O Porto de Aveiro é um ponto de entrada na região e no país, e todos os navios que o utilizam devem ter controlados os fatores de risco ambientais, sendo realizada vigilância epidemiológica para deteção precoce do risco em SP. A consulta do viajante, apesar de ser do foro individual, tem implicações do ponto de vista populacional, para a prevenção e controlo de doenças transmissíveis, porque devido á globalização e á atual mobilidade das populações, pode causar emergências em SP a nível mundial. É realizada no CS de Aveiro, à 4ª e 6ª de manhã e 5ª à tarde, onde funciona o Centro de Vacinação Internacional.

- Saúde Ambiental - É a área da SP que estuda os fatores de risco ambientais e o seu impacte na saúde das pessoas. Um dos fatores ambientais é a água. A sua vigilância pretende assegurar a disponibilização universal de água salubre, limpa e equilibrada a toda a população, e simultaneamente proteger a saúde humana dos efeitos nocivos resultantes da sua eventual contaminação. Inclui os seguintes programas: Programa de Gestão de Resíduos Hospitalares, Programa Segurança Alimentar em Cantinas, vigilância sanitária de estabelecimentos Programa de de apoio social, Programa REVIVE – Rede Nacional de Vigilância de Vetores, e Plano de contingência saúde sazonal - módulo verão e módulo inverno.

### • Prevenção da doença, promoção e proteção da saúde:

- Saúde Escolar (SE) — É um projeto fundamental nos CSP, pelo seu papel na promoção de saúde, na prevenção e na resolução, ou encaminhamento de problemas, e contribui para a criação de condições promotoras da saúde e do bem-estar da população escolarizada, fomentando o seu sucesso educativo e pessoal. O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015-2020 (PNSE) é um instrumento orientador das políticas nacionais no que diz respeito a promoção de saúde em meio escolar e tem como finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens (DGS, 2015a). Neste âmbito a SP desenvolve os seguintes projetos:

<u>Sr. Dente</u>: A prevenção e tratamento precoce das cáries são efetivas a baixo custo, e as estratégias de prevenção assentam numa adequada higiene oral e utilização tópica de fluoretos, efetivas na redução das cáries dentárias durante a infância.

<u>Na Medida Certa</u>: O objetivo é promover a alimentação saudável e a prática de atividade física regular, prevenir e controlar a pré-obesidade e obesidade infantis nas crianças dos jardins-de-infância e escolas do 1º ciclo.

<u>+Coluna</u>: O objetivo é promover a educação postural de crianças e jovens, durante as atividades da vida diária e escolares nas fases de crescimento e desenvolvimento,

através de alterações comportamentais e posturais. Visa capacitar os alunos do 4º ano de escolaridade, os Encarregados de Educação e Professores sobre o transporte de material escolar. É desenvolvido em conjunto com um fisioterapeuta.

<u>Programa+Contigo</u>: É um projeto de promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária, no âmbito do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (DGS, 2017). As atividades são a realização de sessões de intervenção em turmas do 7º ao 12º ano.

(In)dependências: Este projeto visa sensibilizar os jovens para a evicção de hábitos nocivos para a saúde, como o consumo de tabaco, álcool ou outras drogas.

Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral ((PNPSO): a estratégia deste programa é baseada na promoção da saúde e prevenção primária e secundária da cárie dentária, sendo desenvolvido ao longo do ciclo de vida, nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam (DGS, 2021). Os objetivos do PNPSO são: no final das intervenções, todos os dentes devem estar protegidos ou tratados, em qualquer dos grupos etários alvo, e os jovens devem ter adquirido conhecimentos e competências para de assegurar a manutenção da boca saudável, durante toda a vida. As doenças orais (cárie dentária e as doenças periodontais) devido á sua elevada prevalência, são um problema de SP, visto que afetam grande parte da população, influenciando o seu nível de saúde, bemestar e qualidade de vida, e são vulneráveis a estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes. As atividades previstas são:

- a) Emissão dos Cheques-Dentista (CD) e promoção da sua utilização nas populações alvo (grávidas, crianças com mais de 7 anos, crianças e jovens em idades intermédias - 10 e 13 anos - jovens com 16 anos, os beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, e utentes VIH+).
- b) Sensibilização dos docentes/Encarregados de educação do Pré-escolar e 1º ciclo para implementação da escovagem e do bocheco na escola, e a distribuição dos kits do projeto SOBE (Saúde Oral Bibliotecas Escolares).
- c) Realização de sessões educativas para a saúde sobre técnica de escovagem e bochecho por Higienista Oral.
- d) Sensibilização para a importância da utilização do CD, nos cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, por estomatologistas e médicos dentistas a grupos populacionais de particular vulnerabilidade.
- e) Promoção da importância da deteção de lesões com suspeita de malignidade e de utentes com fatores de risco para cancro oral, e do seu encaminhamento.

Programa de Prevenção de Acidentes – Visa promover comportamentos seguros e competências específicas para lidar com o risco de acidente, sendo direcionado aos acidentes de viação (sistemas de retenção para crianças, transporte coletivo de crianças), aos acidentes domésticos e de lazer (envenenamentos, afogamentos, quedas), e aos acidentes de trabalho.

Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável - Neste âmbito é desenvolvido o projeto MINOR.SAL cujo objetivo é reduzir o teor de sal em determinados alimentos, para reduzir o impacte negativo do consumo excessivo de sal na saúde. O pão e a sopa são dos alimentos mais consumidos pelos portugueses, portanto foram selecionados para ser alvo deste programa, sendo desenvolvidos os projetos SOPA.COME e PÃO.COME, com metas específicas. A intervenção consiste em monitorizar o teor de sal e sensibilizar os responsáveis e os manipuladores de alimentos para a diminuição gradual do seu uso.

Centro de Diagnóstico Pneumológico - Efetua o tratamento e acompanhamento de doentes com tuberculose, bem como o rastreio dos contactos e orientação necessária. Funciona atualmente em 3 polos do ACeS: em Aveiro, em Águeda e em Ovar.

Consulta de Cessação Tabágica - Segundo o Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril esta consulta, é feita por uma médica de SP, em Águeda. Integra a consulta de enfermagem e, se necessário, consulta de nutrição ou psicologia.

**Saúde Ocupacional** - No âmbito do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) - Extensão 2018/2020, a consulta de Saúde Ocupacional de todo o ACeS BV é realizado em Anadia (DGS, 2018a). É realizada por uma médica de SP e uma EEEC, e dirige-se a todos os profissionais do ACeS, quando iniciam funções, e sempre que o seu estado de saúde se altere significativamente (cirurgias, novos diagnósticos limitativos) ou quando o próprio requerer.

**Autoridade de Saúde** - Entidade à qual compete a decisão de intervenção do Estado na defesa da SP, na prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde, no controlo dos factores de risco e das situações susceptíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais (Decreto-Lei n.º 82/2009, de 02 de Abril).

A USP também promove os seguintes Programas Nacionais de Saúde Prioritários: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA, PNSM e o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo.

Os projetos de intervenção da USP no Serviço Local de Anadia são um prolongamento dos projetos da USP BV, mas adaptados á comunidade onde está inserida. Devido à Pandemia da Covid-19, a maior parte dos projetos e atividades desenvolvidas nos anos anteriores, ainda estavam suspensas, durante o estágio. Neste contexto a USP dedicou muito do seu tempo e recursos ao plano de vacinação para a Covid-19. No entanto a EEC planeou reiniciar, no início do ano letivo (2022-2023), alguns projetos tais como o projeto "O Kiko e a mão" (teatro ensinar sobre prevenção de abuso sexual na infância) e um projeto sobre higiene do sono (teatro de sombras sobre os benefícios de ter bons hábitos de sono), no âmbito da SE. De seguida são descritas entidades/projetos nos quais a USP – SL Anadia participa (USP ACeS BV, 2019; USP ACeS, 2022):

**Saúde Ocupacional -** Nesta consulta procura-se encontrar uma estratégia para melhorar as condições de trabalho do utente. A consulta de enfermagem e a consulta medica funciona às 5ª feiras.

Vacinação Covid-19 - A USP é responsável pela organização do processo vacinal contra a Covid-19. O Centro de Vacinação Covid (CVC) funciona no CS de Anadia. Possui dois postos de vacinação com dois enfermeiros. A vacinação aos utentes das ERPI é realizada pela USP, que se desloca às instituições. Nas fases de vacinação mais intensa a Unidade Local requisita enfermeiros das outras UF do CS para reforçar a equipa.

Programa Cheque Dentista - No âmbito do PNPSO 2021-2025, pretende-se promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e com tendência para a universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da diminuição das doenças orais, que são vulneráveis às medidas de prevenção. Este programa é orientado pelo Coordenador Nacional, apoiado por uma equipa técnica da Direção-Geral de Saúde (DGS). Localmente a sua coordenação é da responsabilidade da USP do ACeS ou das Unidades Locais de Saúde, apoiada pelos gestores locais de saúde oral dos CS. O objetivo é imprimir os CD emitidos pela DGS, efetuar a sua entrega e promover a sua utilização. A população alvo são os alunos das coortes determinadas pela DGS para cada ano letivo (DGS, 2021). Aos 7, 10 e 13 anos a emissão é efetuada pelo assistente técnico do CS, a partir das listagens fornecidas pelas escolas da sua área de abrangência, e o documento é entregue pelo professor (1º ciclo) ou diretor de turma (2º e 3º ciclo) aos encarregados de educação.

O Programa De Saúde Oral Nas Crianças e Jovens Idades Intermédias tem como objetivos: promover o tratamento dentário precoce, sempre que necessário, nas crianças e jovens com 8, 9, 11, 12 e 14 anos que aos 7, 10 ou 13 anos utilizaram o CD

e completaram o plano de tratamento, ou a sua referenciação para consulta de higiene oral. A emissão do CD (no máximo, um por ano) é efetuada pelo médico de família na UF do CS onde o utente está inscrito. O documento é entregue diretamente ao acompanhante que se encontra na consulta com a criança (pai/mãe/cuidador) (DGS, 2021).

Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - Anualmente a USP faz a avaliação das atividades do ano letivo a findar, e planeia o ano letivo seguinte. Todos os anos a Equipa de Saúde Escolar (ESE) da USP, na figura da EEEC, emite ofícios relativos à avaliação escolar, relacionados com o CD, e com os dados do parque escolar. É emitido também um ofício com a convocatória para a realização da reunião anual com as entidades escolares, com a USP, com a UCC e a URAP. Nessa reunião são negociadas as propostas de atividades necessárias á comunidade escolar, para o ano seguinte. A USP tem assento no Conselho Geral da Educação do Agrupamento de Escolas (AE) de Anadia, na figura da EEEC, que é composto por sete representantes do pessoal docente, por dois representantes do pessoal não docente, quatro representantes dos pais e Encarregados de Educação, dois representantes dos alunos, três representantes do município, e três representantes da comunidade local (AE de Anadia, 2016). As reuniões do Conselho Geral e do Conselho Municipal ocorrem normalmente às quartasfeiras. No dia 1/07/2022 houve uma reunião extraordinária para aprovar o caderno de encargos relativo às atividades extracurriculares do próximo ano.

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) - É uma instituição oficial não judicial com autonomia funcional, que exerce a sua competência na área do município. O seu objetivo é defender os direitos da criança e do jovem, prevenindo ou dando termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. O seu funcionamento tem caracter simultaneamente alargado e restrito. A EEEC pertence á comissão restrita, com 14 horas/semana adstritas a esta função.

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) – Inserido no Programa Nacional "Maus-tratos em crianças e Jovens – Intervenção de Saúde" (DGS, 2007) e tem como objetivo estabelecer a primeira linha de identificação de casos de maus-tratos em crianças e jovens, e intervenção na sua prevenção. As famílias em vulnerabilidade social e emocional são identificadas pela USF e são referenciadas á USP. Em cada ACeS deve existir um NACJR inserido na UF considerada mais adequada pela respetiva organização, de acordo com as normas aplicáveis. Sempre que as caraterísticas sócio -demográficas, ou outras, o exijam, poderá haver a criação de mais núcleos no mesmo ACeS. A Equipa do NACJR de Anadia foi nomeada a 22/06/2020 e os elementos que a

compõem são um médico, dois enfermeiros (um destes em representação do médico nomeado), um técnico de serviço social e um psicólogo.

# 1.2. – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CELAS

A UCC de Celas situa-se na cidade de Coimbra, e é uma UF do CS de Celas, que é um dos CS da Região Centro, integrado no ACeS BM. Este ACeS foi criado em 2012, pela Portaria nº 394-A/2012, de 29 de novembro. O ACeS BM é considerado o maior ACeS do país abrangendo uma área geográfica que inclui os concelhos de Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor o velho, Mortágua, Penacova e Soure, com um CS cada (ACeS BM, 2018). A sua sede situa-se na Av. Bissaya Barreto, nº 52, nos 2º e 3º andares, 3000-075, em Coimbra. Pode ser contactado pelo número de telefone 239793360 e pelo e-mail aces.bm@ arscoimbra.min-saude.pt (Ministério da Saúde, 2022c).

A missão do ACeS BM é garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica, e a sua visão é assegurar a prestação de CSP á sua população, com qualidade, eficiência e responsabilidade, atendendo á satisfação dos utentes e dos profissionais (Ministério da Saúde, 2022c).

De acordo com o Artigo 13.º, do Despacho nº 10143/2009, cabe ao ACeS a monitorização e avaliação da UCC, através de um processo global e aplicável a todas as UF do respetivo ACeS.

O ACeS BM tinha 392 477 utentes inscritos, distribuídos por cinquenta UF. Tinha como índice de dependência total 59,12%, o índice de dependência de jovens era de 17,67% e o índice de dependência de idosos era 41,45%. Estes dados são evidência do envelhecimento da sua população, sendo que 26% dos utentes inscritos têm mais de 65 anos, e a maioria são do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2022c).

O ACeS participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da UCC, e integra a equipa coordenadora local (Decreto-Lei n.º 28/2008, 22 fevereiro).

O Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, estabelece o Regulamento da Organização e Funcionamento das UCC, cuja missão é prestar cuidados de saúde e dar apoio psicológico e social, com âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, com dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Também atua na

educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. As UCC asseguram respostas integradas, articuladas, diferenciadas e com grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde se insere. Os seus princípios orientadores são a cooperação, para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde; a solidariedade e trabalho de equipa; a autonomia; a articulação com as outras UF do ACeS; a parceria com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, IPSS, associações e outras); a avaliação contínua, objetiva e permanente; e a gestão participativa.

A UCC Celas surgiu no âmbito da restruturação do antigo CS de Coimbra, tendo iniciado a sua atividade em 09/02/2015 (UCC Celas, 2020). Os seus focos de ação são o indivíduo, a família e os grupos mais vulneráveis da população, que se encontram em situação de maior risco, ou com dependência física e funcional, ou em situação de doença em que seja necessário acompanhamento próximo. Tem como missão o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, a fim de capacitar os utentes, a família e a comunidade para a autonomia, adaptando os recursos disponíveis e garantindo um elevado nível de satisfação dos utentes e parceiros. Contribui também para a melhoria da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, tratamentos e reabilitação. Realiza intervenções educativas e atua na integração em redes de apoio à família (UCC Celas, 2020). A sua Visão é estabelecer-se como uma unidade de referência nos cuidados a prestar à comunidade que abrange. Tem como valores a eficácia, a eficiência, a equidade, a investigação, a qualidade e a responsabilidade social (Ministério da Saúde, 2022d). A UCC Celas intervém a vários níveis da comunidade como escolas, IPSS, Juntas de Freguesia, comunidades de risco, recreativos e outros (UCC Celas, 2018).

A UCC Celas é uma das quatro UF do CS de Celas, sendo que as outras são: a USF Cruz de Celas, a USF CelaSaúde, e a UCSP Celas. A sua sede situa-se na Rua Augusto Rocha nº 6– 8, 3000-063 Coimbra. O CS de Celas integra vários edifícios, onde se encontram instaladas as suas várias UF. Atualmente, devido às obras de restruturação do edifício principal do CS, a UCC ocupa provisoriamente duas pequenas salas, nas instalações do ACeS BM, no R/CH, nº 22, na Av. Bissaya Barreto, 3000-075, em Coimbra.

A UCC Celas pode ser contactada pelo telefone nº 239488610, e pelo e-mail: ucc.celas@arscentro.min-saude.pt. (Ministério da Saúde, 2022d). Também tem página no Facebook, onde é dada visibilidade às suas atividades:

https://www.facebook.com/Unidade-de-Cuidados-na-Comunidade-de-Celas-1615332115349100/

O seu horário de funcionamento é das 08h às 20h nos dias úteis, e aos fins-de-semana e feriados funciona através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), das 09h00m às 17h00m, com agendamento prévio. Funciona todos os dias do ano, inclusive aos fins-de-semana e feriados.

A UCC Celas serve a população inscrita nas UF do CS Celas, pertencente ao do município de Coimbra, que se localiza na região centro de Portugal Continental, com uma área de 319,4 km<sup>2</sup>, sendo considerado um dos municípios mais importantes do país, e o centro urbano de referência da Região do Centro (Câmara Municipal de Coimbra, 2020).

A UCC Celas abrange uma área total de 27,6 quilómetros quadrados (UCC Celas, 2018). De acordo com o BI-UCC Celas, em maio de 2022 os utentes inscritos nas UF do CS de Celas residiam maioritariamente na freguesia Santo António dos Olivais (71,57% dos inscritos) e na União das freguesias de Coimbra, composta pelas antigas freguesias de Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu (com 28,43% de inscritos) (Ministério da Saúde, 2022d). A UCC Celas abrange a população dos utentes inscritos no CS de Celas e uma população não inscrita, que são utentes que estão inscritos em outras UF, mas que são abrangidos no âmbito da SE. Além disso, para fins de intervenção comunitária e de apoio domiciliário, também são abrangidos todos os indivíduos residentes na sua área de influência, ou deslocados temporariamente, e aqueles cujo posto de trabalho fica na área de abrangência da UCC (apesar de residirem em municípios vizinhos) e também os utentes de todas as instituições da sua área de abrangência (UCC Celas, 2018).

A população abrangida pela UCC Celas e inscrita nas UF do CS era de 27 502 utentes (12 108 homens e 15 394 mulheres). O Índice de dependência total era de 59,66%, o índice dependência de jovens era de 16,18%, e o índice de dependência de idosos era de 43,48% (Ministério da Saúde, 2022d). Verifica-se que relativamente aos dados do ACeS BM, a UCC Celas apresenta valores superiores no índice de dependência total e no índice de dependência de idosos, mas o índice de dependência de jovens é inferior ao do ACeS. De salientar que o número de utentes com idades entre os 65-74 anos são 3438 (1456 do sexo masculino e 1982 do sexo feminino), e a faixa etária acima dos 75 anos tem 4052 utentes (1433 do sexo masculino e 2619 do sexo feminino). Este valor corresponde a 27% dos utentes, e demonstra o envelhecimento da população abrangida (Ministério da Saúde, 2022d).

A pirâmide etária do CS de Celas, conforme vemos na Figura 4, apresenta um estreitamento na base, consequência da diminuição da população jovem e um alargamento nas faixas etárias medianas. Esta é uma característica dos países afetados pelo envelhecimento da população. De salientar, a existência de 22 pessoas com mais de 100 anos, situação que se verifica com alguma frequência e que não é exclusivo à população do CS de Celas, visto que no ACeS BM existiam a esta data cerca de 153 pessoas na mesma faixa etária (Ministério da Saúde, 2022c).

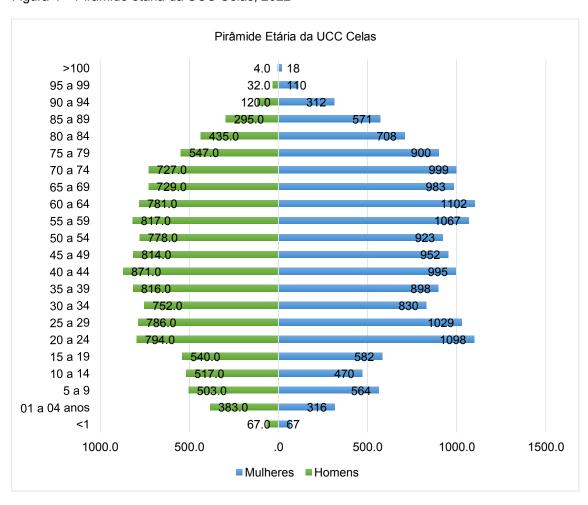


Figura 4 – Pirâmide etária da UCC Celas, 2022

Fonte: BI-UCC Celas, 2022

Estes dados refletem a alteração da estrutura etária da população residente em Portugal, com uma diminuição da população mais jovem (base da pirâmide mais estreita) e um aumento da população idosa (alargamento do topo da pirâmide), estabelecendo-se um cenário preocupante (Santana, et al, 2015).

A UCC Celas tem como coordenadora uma EEEC. A equipa de enfermagem é formada por duas enfermeiras generalistas, uma EEEC e uma EE em Enfermagem de

Reabilitação, além da Enfermeira Coordenadora. Salienta-se a existência de uma lacuna na equipa relativamente à falta de EE em enfermagem de Saúde Mental e de Saúde Materna, para dar resposta às necessidades da população nestas áreas. No entanto, na área da saúde mental a UCC Celas tem a colaboração de um psicólogo e toda equipa de enfermagem. Relativamente à Saúde Materna, a resposta às necessidades da população, é dada pelas maternidades de Coimbra (Maternidade Daniel de Matos e Maternidade Dr. Bissaya Barreto) através de consultas de preparação para o parto, que capacitam os pais para o parto e para a recuperação pós-parto (UCC Celas, 2019).

Também fazem parte da equipa da UCC Celas uma Técnica Superior de Serviço Social, um Psicólogo, um Fisioterapeuta, um Dietista, um Higienista Oral, e uma Assistente Técnica (UCC Celas, 2019).

De acordo com o Relatório de Atividades UCC Celas de 2019, relativamente aos recursos físicos, o ACeS BM deve promover um espaço que permita aos profissionais a realização das suas atividades com a dignidade e o respeito que lhes são exigidas. Quanto aos recursos humanos o número de profissionais na equipa é avaliado maioritariamente como razoável. É também fundamental que a UCC de Celas disponha de mais equipamento/materiais, nomeadamente, na área da reabilitação para a equipa da ECCI, mais profissionais para poderem aumentar a resposta às necessidades da comunidade, e um meio de transporte que facilite o serviço externo e domiciliário (UCC Celas, 2020).

A UCC também participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua, conforme o Despacho nº 10143/2009, nomeadamente em alunos provenientes da ESEnfC e Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

#### 1.2.1 - Projetos de Intervenção Comunitária da UCC de Celas

De acordo com o Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, Artigo 9.º, compete à UCC assegurar as suas funções através de uma carteira de serviços, em consideração com o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no PNS. Os programas e projetos da carteira de serviços da UCC devem estar integrados no plano de ação do respetivo ACeS, e em articulação com as suas UF e com a equipa coordenadora local, no âmbito da RNCCI, e em concordância com as orientações técnicas do conselho clínico.

Portanto a UCC Celas assume um compromisso assistencial, sendo que este é formado pela prestação de cuidados da carteira básica de serviço e, mas também da carteira de iniciativa própria. A carteira básica de serviços da UCC Celas contém (UCC Celas, 2020):

- Saúde Escolar - A UCC Celas tem o maior parque escolar da região centro, portanto a SE é uma área prioritária de intervenção da sua carteira de serviços. A Equipa de Saúde Escolar (ESE) desenvolve os seus projetos para cumprir o PNSE, mas também desenvolve intervenções de promoção da saúde de acordo com as necessidades específicas de cada escola. Abrange as Escolas Secundárias José Falcão, Jaime Cortesão, Avelar Brotero, Infanta D. Maria; os AE: Eugénio de Castro (totalidade das escolas), Martim de Freitas (todas, exceto Escola Básica (EB) 1 Coselhas e EB1 Conchada), o AE Coimbra Centro (Jardim Infantil e EB1 Almedina e S. Bartolomeu). Nos AE Eugénio de Castro e Martim de Freitas encontra-se no Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno. O número de alunos do Parque Escolar Público abrangido pela UCC de Celas, no Ano letivo 2019/2020 era de 6902 alunos (Relatório de atividades da UCC de 2019). Também apoiam os estabelecimentos de ensino privados da sua área de abrangência que, pontualmente solicitem colaboração, e o Ensino Superior (Polo I e III da Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, ESEnfC, a Escola Superior de Educação e o Instituto Miguel Torga). Pertence ainda à sua área de intervenção o Colégio dos Olivais e o Estabelecimento Prisional de Coimbra. A nível do PNPSO a equipa também dá resposta aos seguintes estabelecimentos privados ou IPSS (nomeadamente na emissão dos CD): Colégio João de Deus 1 e 2, Colégio de S. Teotónio, Colégio Rainha Santa Isabel, Colégio de São José e Externato Menino Jesus.

No início de cada ano letivo, o responsável pela ESE da UCC de Celas, reúne com o Coordenador de Educação para a Saúde de cada estabelecimento de ensino, e com outros parceiros, para fazer o levantamento das necessidades, e a programação das atividades a dinamizar no ano letivo que se inicia, de forma a criar o Plano de Intervenções para cada escola.

Os projetos desenvolvidos pela UCC de Celas no âmbito da SE são:

<u>Projeto Escola às costas</u> – Os pais, educadores e profissionais de saúde estão preocupados com as consequências do excesso de peso das mochilas, e com as complicações para o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens. O objetivo é sensibilizar e educar para a importância da prática de posturas corporais adequadas, promover estilos de vida saudáveis e evitar lesões músculo-esqueléticas. A população

alvo são os alunos do 1º ano do primeiro ciclo, do 6º ano do segundo ciclo e do 7º ano do terceiro ciclo. É dinamizado pela Fisioterapeuta da UCC.

Projeto Be happy Básico - Para impedir o ciclo da pobreza, é necessário cuidar da criança/família numa perspetiva holística, potenciando o seu bem-estar físico (nas vertentes da nutrição, sono, saúde oral, audiológica e visual), mental, emocional e social. A população alvo são os alunos de escolas do Pré-Escolar, 1º ciclo e toda a comunidade educativa envolvente, privilegiando escolas com maior vulnerabilidade social. Tem como objetivos promover da adoção de um estilo de vida ativo, a correta higiene do sono e alimentação saudável, das crianças e da comunidade educativa de escolas com maior vulnerabilidade social; motivar para um projeto de vida que envolva o investimento individual na saúde e respetiva vigilância o mais precocemente possível, e realizar um exame global de saúde com equipamentos sensíveis (através da parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra/Departamento de Audiologia), com o encaminhamento dos resultados para equipa de saúde familiar e a articulação com entidades competentes.

<u>Projeto Parentalidade Positiva</u> - A população alvo são grupos de pais. Visa a promoção do fortalecimento das relações pais-filhos, por ensinar os pais a lidar com os comportamentos mais difíceis das crianças e com os desafios da parentalidade, e apostar na promoção de competências sociais das crianças. Tem por base o Programa básico dos "Anos Incríveis" e cada grupo contempla 14 sessões semanais de 2 horas.

<u>Projeto Sexualidade Responsável</u> - A população alvo são os alunos do pré-escolar, do 3º ano do primeiro ciclo, do 7º e 9º ano do terceiro ciclo, e todo o Secundário dos estabelecimentos de ensino da rede publica. Os objetivos são a promoção de comportamentos e afetos saudáveis; ensinar sobre o sistema reprodutor e as alterações da puberdade, promover a reflexão sobre a importância da autoestima e do respeito; como prevenir comportamentos de risco e infeções sexualmente transmissíveis; esclarecer sobre métodos contracetivos e serviços de saúde existentes; e refletir sobre a gravidez e as relações de namoro.

Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA) – É um espaço pedagógico dirigido aos alunos, onde profissionais da área da saúde desenvolvem ações de informação, aconselhamento, educação e comunicação no âmbito da educação para a saúde e educação sexual. Os objetivos são o esclarecimento de dúvidas relacionadas com a saúde, num contexto de proximidade e disponibilidade, e o encaminhando situações que necessitem de apoio diferenciado.

<u>Projeto SOBE</u> - Visa facilitar o desenvolvimento de ações de promoção da leitura, da escrita, das artes e da saúde. Tem como objetivo a sensibilização da comunidade educativa para a importância da escovagem dos dentes, com enfoque no PNPSO. A população alvo são os alunos do pré-escolar e primeiro ciclo das escolas aderentes.

Programa Cheques-Dentista - A população alvo são os alunos das coortes determinadas pela DGS para cada ano letivo dos seguintes estabelecimentos: AE Martim de Freitas (exceto EB1 Coselhas e EB1 Conchada); AE Eugénio de Castro; EB1 Almedina; EB1 S. Bartolomeu; Escola Secundária Infanta D. Maria; Escola Secundária José Falcão; Colégio S. Teotónio; Colégios João de Deus 1 e 2; Externato Menino Jesus; Colégio S. José e Colégio Rainha Santa Isabel. Os últimos dados disponíveis referem que a taxa de utilização de CD, da responsabilidade da UCC Celas, foi de 52,98%, no biénio 2018/2019 (UCC Celas, 2020).

<u>Projeto Promoção da Saúde Mental</u> - Tem como objetivos: o desenvolvimento de competências socio emocionais nas crianças desde o pré-escolar ao secundário, a prevenção do consumo de substâncias psicoativas (SPA), a prevenção de comportamentos de risco e de *bullying*. A população alvo são os alunos de todos os níveis de ensino e encarregados de educação.

<u>Programa + Contigo</u> - O projeto é promovido pelo Departamento de SP e Planeamento e pela ESEnfC. Os objetivos são a prevenção de comportamentos suicidários e depressão na adolescência, a promoção da saúde mental, e a melhoria da autoestima e capacidade de resolução de problemas. A população alvo são os alunos do 3º ciclo e Secundário.

Outros Projetos desenvolvidos pela UCC de Celas:

**NACJR** – Segue a orientação "Maus-tratos em crianças e jovens – Intervenção de Saúde" (DGS, 2007) e tem como objetivo estabelecer a primeira linha de identificação de casos de maus-tratos em crianças e jovens, e intervenção na sua prevenção. As famílias em situação de risco são identificadas pela USF ou SE, e são referenciadas á UCC.

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) - Co-gestão de casos: crianças e famílias com alterações do desenvolvimento, em equipa multidisciplinar a ser seguidas na equipa local de intervenção do sistema nacional de intervenção precoce.

Núcleo Local de Inserção (NLI)/ Formação aos beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) - Ao NLI de cada área geográfica compete a aprovação dos programas de inserção, a gestão dos recursos para a sua concretização, o acompanhamento e respetiva avaliação da execução. Objetivos: promover a saúde e

prevenir a doença nos beneficiários do RSI. A população alvo são os beneficiários do RSI, com acordos na área da saúde.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) - De acordo com o Decreto Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, no artigo 27º, a ECCI é uma equipa multidisciplinar, que funciona sob a responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social que prestam serviço domiciliário, em resultado de uma avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas cuja situação não requer internamento, mas que têm dependência funcional, doença terminal ou estão em processo de convalescença, com rede de suporte social. Consiste na prestação de cuidados de reabilitação e fisioterapia no domicílio, e o tratamento de feridas complexas. Os utentes têm necessidade de cuidados com mais do que 1 hora 30 minutos, 3 vezes por semana, ou necessitam de tratamentos diários para controlo da dor e gestão do regime terapêutico, e capacitação do cuidador. Funciona todo o ano. A ECCI de Celas tem 12 vagas, mas em 2021, esse número foi reduzido temporariamente para 8 vagas, devido aos constrangimentos provocados pela pandemia Covid-19. A ECCI é constituída por dois EE, um em Enfermagem de Reabilitação e outro em Saúde Comunitária, uma Enfermeira Graduada, um Fisioterapeuta, um Dietista, um Psicólogo e uma Técnica Superior de Serviço Social. Em 2019 (últimos dados disponíveis) a taxa de ocupação foi de 81,3%, com uma média de idades de 81,6 anos. As atividades realizadas na ECCI em 2019 foram as seguintes (UCC de Celas, 2020):

- Realização de visitas domiciliarias a todos os utentes inscritos na RNCCI até às 48h após a sua referenciação, para avaliação, por um Enfermeiro da UCC e pela Assistente Social, ou outro técnico de saúde com vínculo aos cuidados na unidade.
- Realização de registos de dados de cada utente nas plataformas do *Gest Care* e SClínico (inclui as intervenções diagnosticas).
- Elaboração das intervenções de cada situação clínica, após levantamento das necessidades alteradas para implementação de um plano.
- Realização das seguintes intervenções diagnosticas: avaliar o risco de queda; avaliar o risco de úlcera de pressão; avaliar o equilíbrio corporal e estado mental de cada individuo; avaliamos o autocuidado; avaliar o potencial de reconstrução de autonomia; avaliar o andar; avaliar o posicionar; avaliar o transferir; avaliar a úlcera de pressão; avaliar gestão do regime terapêutico; avaliar papel do prestador de cuidados; avaliar dor; avaliar limpeza das vias aéreas; avaliar rigidez articular; avaliar o equilibro corporal, avaliar o movimento muscular.

- Realização de registos na plataforma do RNCCI (parâmetros vitais e parâmetros biofísicos, risco de úlcera de pressão através da escala de *Braden*, avaliação de úlceras de pressão, Tabela Nacional de Funcionalidade, risco de queda através da escala de *Morse*, avaliações de enfermagem, avaliações sociais, outras avaliações, nota de alta, avaliação da dor).
- Implementação de intervenções do tipo ensinar/Instruir e treinar ao utente e/ou prestador de cuidados/família.
- Referenciação para outra tipologia de cuidados da RNCCI, quando necessário.
- Participação em reuniões do Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação do ACeS BM, e em reuniões da equipa multidisciplinar de ECCI.
- Realização de visitas domiciliárias em conjunto com nutricionista, sempre que se justificar.

No entanto, a avaliação dos Indicadores de monitorização da ECCI tem alguns constrangimentos e dificuldades, nomeadamente porque os indicadores produzidos pelo SCIínico não refletem os ganhos em saúde dos utentes, entre outras dificuldades inerentes aos sistemas de informação e á formação dos profissionais para o seu uso eficaz.

Capacitação da Comunidade - Está integrada em todos os projetos que não estão contemplados na carteira básica de serviços da UCC Celas, mas que são transversais a todos os programas e resultam de trabalho efetivo dos seus profissionais. Os projetos decorrem sobretudo de parcerias com entidades ou instituições da comunidade. Neste projeto estão incluídas todas as atividades promovidas pela equipa da UCC Celas, relacionadas com a melhoria da Literacia em Saúde (LS) dos utentes da área de abrangência da UCC. Atuam ao nível da prevenção e promoção da saúde nos níveis Primário, Secundário e Terciário, em articulação com todas as UF do CS de Celas e das instituições públicas ou privadas da área de abrangência. Desenvolvem projetos de intervenção comunitária e domiciliária com os indivíduos, famílias, grupos vulneráveis e comunidade, dependentes ou não. Os profissionais responsáveis são a equipa multidisciplinar da UCC Celas, e a população alvo é toda a comunidade em geral. Desta forma desenvolvem os seguintes projetos:

- Formação de cuidadores: Projeto "Capacitar para Cuidar" - Devido ao envelhecimento populacional e ao aumento das comorbilidades associadas, há necessidade de estruturas de apoio a pessoas idosas. Assim, a capacitação de CF e cuidadores informais (CF) é primordial para garantir uma boa prestação de cuidados de saúde, mas também para promover a sua autonomia e bem-estar. A UCC Celas criou um projeto

que responde a esta necessidade. Uma equipa multidisciplinar procura conhecer as dificuldades dos cuidadores para dar resposta a estas necessidades, aumentando a sua LS e segurança, disponibilizando uma rede de apoio. O projeto tem duas vertentes: a formação de CI e de CF. Toda a equipa multidisciplinar da UCC Celas é responsável pelo programa, sob orientação da Enfermeira Coordenadora que integra a Comissão Regional para as Demências da ARS Centro. A vertente do projeto que visa formar e capacitar os CF através de ações de formação na área da saúde, inclui as ERPI/ entidades similares e Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS, da área de abrangência da UCC Celas.

No contexto da formação de CI são acompanhados os utentes e as suas famílias, aumentando a LS neste âmbito, através de momentos educativos com metodologias interativas, apoio socio emocional, e disponibilização de recursos didáticos para o cuidador.

- Projeto "A brincar a brincar" O Núcleo de Estudantes de Medicina é o promotor e dinamizador do projeto, que visa a sensibilização para Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros, bem como chamar o 112, sendo a UCC uma entidade parceira.
- <u>Projeto "Coimbra unida pelo Coração"</u> É desenvolvido no âmbito das comemorações do mês do coração (maio). A Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia, em articulação com as instituições de Coimbra, com relevância na matéria (CHUC, ACeS BM e ESEnfC), desenvolve uma intervenção anual, com o objetivo de sensibilizar a população em geral sobre a prevenção e tratamento da doença cardiovascular, utilizando a Gincana do Coração. A equipa da UCC Celas integra a comissão organizadora, e em 2019 houve a quarta edição do projeto.

## CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA

O envelhecimento populacional será uma das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações em todos os setores da sociedade (social, laboral e financeiro, na procura de bens e serviços, nos transportes e na proteção social, e na estrutura familiar). Segundo dados da Organização Das Nações Unidas (ONU) a população com 60 anos ou mais está a crescer mais rapidamente do que todos os grupos etários mais jovens, a nível mundial, a uma taxa de cerca de 3% ao ano. Em 2017 estimava-se que, em todo o mundo, 962 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais (cerca de 13% da população mundial), e prevê-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais irá triplicar até 2050, atingindo os 425 milhões (ONU, 2022).

Portugal acompanha essa tendência. Destacamos a região centro de Portugal, especificamente a área de abrangência do ACeS BM, em que 26% da população tem hoje mais de 65 anos, tornando-a uma das regiões com um dos maiores índices de envelhecimento do país (Ministério da Saúde, 2022c).

Com o envelhecimento da população, crescem as necessidades e a procura de cuidados de saúde. O processo de envelhecimento traduz-se no declínio físico, cognitivo, psicológico e social, normalmente promovido pela vulnerabilidade deste ciclo vital. Com a idade avançada aumenta o risco de doenças crónicas e degenerativas, e aumentam as dificuldades de mobilidade, de visão e audição, problemas que se fazem, na maioria dos casos, acompanhar por uma perda progressiva de autonomia e por uma maior dependência de apoio de cuidadores (Price et al, 2015). As transições demográficas e de saúde, relacionadas com o envelhecimento da população, provocam profundas mudanças sociais e econômicas. A diminuição da taxa de fecundidade, o aumento da participação de mulheres no mercado de trabalho, a urbanização e a migração, são tendências que contribuem para reduzir a disponibilidade de cuidados familiares informais tradicionais (Price et al, 2015). O envelhecimento populacional é um fator chave na determinação da futura distribuição global da epidemia de D, visto que a idade é o fator de risco mais importante (Price et al, 2015). Na população idosa a D é uma das principais causas de incapacidade, provocando uma sobrecarga tanto para os cuidadores, como para os serviços de saúde, principalmente nos países ocidentais. Estima-se que em 2050 haverá, globalmente, cerca de 152 milhões de pessoas com a

Doença de *Alzheimer* (DA) e outras D (*GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators*, 2022).

Em Portugal não há um estudo epidemiológico que retrate a real dimensão do problema, mas de acordo com o Despacho nº 5988/2018 de 19 junho, havia cerca de 150 000 pessoas com D no nosso país e a maioria com mais de 65 anos. Um estudo global publicado em 2022 na revista *The Lancet*, estima que em 2019, havia em Portugal 200 994 pessoas com D e que, em 2050, haverá 351 504 pessoas com D (*GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators*, 2022).

Atualmente a D é uma das doenças neurológicas mais comuns e, segundo dados de 2019, é a sétima principal causa de morte, a nível mundial, verificando-se um aumento acentuado no número de mortes nos últimos 20 anos, devido a vários fatores. Apesar da D afetar principalmente pessoas idosas e da sua incidência aumentar com a idade, esta doença não é uma consequência inevitável do envelhecimento, visto que pessoas mais jovens podem desenvolver D (WHO, 2021a).

A Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde adotou o Plano de Ação Global sobre a Resposta de Saúde Pública à Demência 2017-2025, em maio de 2017 (WHO, 2017). O plano de ação representa um compromisso internacional para melhorar a vida das pessoas com D, os seus cuidadores e os seus familiares, e inclui sete áreas de ação: a D como prioridade de SP; consciência da D; redução do risco de D; tratamento, cuidados e apoio para D; apoio aos cuidadores de D; sistemas de informação para D; e pesquisa e inovação em D. A conscientização sobre a D pretende melhorar a compreensão das comunidades sobre a doença e criar sociedades inclusivas para a D, onde os doentes possam viver de forma significativa, segura e com dignidade. A OMS pretende promover uma sociedade mais inclusiva, e para atingir esse objetivo desenvolveu o documento *Towards a dementia-inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives*, que irá por sua vez promover outras iniciativas tais como a *United Nations Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. (WHO, 2021b).

A WHO (2021a) recomenda que o papel do cuidador seja reconhecido pelos empregadores e pela sociedade em geral, através da conscientização do público pela realização de campanhas educativas, concebidas em parceria com os cuidadores. Alguns exemplos recentes de iniciativas são a celebração de "dias/semanas/meses" nacionais (por exemplo, no Canadá e nos Estados Unidos da América), e campanhas nos meios de comunicação social (por exemplo, na Suécia). A campanha "Embracing Carers", é um movimento global, e está a surgir para promover maior visibilidade dos

desafios dos cuidadores, criar oportunidades inovadoras e políticas no sistema de saúde (WHO, 2021a).

Em Portugal foi desenvolvido o documento "Bases para a Definição de Políticas Públicas na Área das Demências", que esteve em consulta pública amplamente participada, em 2017. Esse processo permitiu o desenvolvimento de políticas públicas na área das D, adaptadas às características específicas do SNS, do sistema de proteção social, e do nosso tecido social e solidário (SNS, 2017).

Desta forma foi elaborada a Estratégia da Saúde na Área das Demências, aprovada pelo Despacho nº 5988/2018 de 19 junho. Esse documento destaca a importância da consciencialização pública, da promoção da literacia dos cidadãos em geral e da formação dos profissionais de saúde, na problematica das D, e estabelece com prioridade a elaboração dos Planos Regionais de Saúde para as Demências (PRSAD), pelas respectivas ARS, adaptados às especificidades de cada região, constituindo-se na sua totalidade, como um Plano Nacional de Saúde para as Demências, devendo estar articulado com o PNSM e o PNS.

Algumas iniciativas, como os Amigos na Demência (https://amigosnademencia.org) da Associação Alzheimer Portugal, que visa transformar a perceção da população geral sobre а D, 0 Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (https://movimentocuidadoresinformais.pt) -Movimento englobado no projeto corporativo global "Embracing Carers" (https://www.embracingcarers.com), podem constituir um recurso valioso para os CI, mas também para os CF.

Também há vários projetos piloto inseridos na Estratégia Regional para a Área das Demências que pretendem melhorar a articulação entre os profissionais para colocar em prática os pressupostos do plano regional.

No entanto verificam-se alguns obstáculos, nomeadamente a dificuldade em fazer o diagnóstico de D nos CSP, a dificuldade na referenciação das pessoas com diagnóstico de D para a RNCCI, visto que as instituições não estão preparadas para lidar com este tipo de doentes e serem poucas aquelas que se destinam exclusivamente a estes utentes. Verifica-se também a falta de formação dos vários *stakeholders*, tais como os profissionais dos cuidados de saúde, os CF e os CI. Há ausência de respostas especializadas às pessoas com D nas diferentes instituições, e as famílias/cuidadores de pessoas com D têm dificuldade em aceder aos profissionais de saúde quando há descompensação do quadro clínico da D. A burocracia do percurso de cuidados provoca longos tempos de espera nas respostas sociais (Comissão Regional de Saúde para as Demências ARS Centro, 2019).

Nos ACeS/Unidade Local de Saúde (ULS) têm sido implementados alguns projetos para capacitar o cuidador e apoiar a pessoa com D na comunidade. De salientar o projeto "Capacitar para cuidar" desenvolvido pela UCC Celas do ACeS BM, no qual se enquadra o PIC "Capacitar para cuidar de pessoas com demência", que desenvolvemos.

# 2.1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE – CAPACITAR PARA CUIDAR DE PESSOAS COM DEMÊNCIA

Existe uma relação diretamente proporcional entre o risco de D e a idade. A DA é a forma mais frequente de D entre os idosos, causando alterações cognitivas que comprometem as funções sociais e funcionais (*GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators*, 2022). Com o avançar da doença, há prejuízo na realização das atividades de vida diárias (AVD) do idoso, tornando-o progressivamente mais dependente de cuidados. Portanto surge a necessidade de um cuidador que satisfaça as suas necessidades, sendo a família a principal fonte de cuidado. Com a progressão da doença, o idoso torna-se mais dependente de cuidados e atenção, e muitas famílias deixam de conseguir atender esta necessidade, recorrendo á sua institucionalização (Nass et al, 2016).

A institucionalização em Lar de idosos, ou ERPI, e o aumento da sobrecarga dos CF, são fatores que levam à necessidade de um maior conhecimento sobre o processo de cuidar da pessoa idosa com DA, pelos CF (Ferreira, 2016).

Carrilho (2012) refere que os CF são profissionais contratados e remunerados, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituições. Portanto, estes devem ter uma preparação específica para desempenharem esse papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao contexto do seu exercício laboral. A Estratégia de Saúde na Área das Demências recomenda a "capacitação dos cuidadores formais e informais" de pessoas com D (Despacho nº 5988/2018, p. 171100).

A D é uma síndrome de natureza crônica e progressiva, que leva à deterioração da função cognitiva, além do que se poderia esperar das consequências normais do envelhecimento biológico. A D afeta a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. No entanto, a consciência não é afetada. O comprometimento da função cognitiva é frequentemente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por mudanças do humor, do controle emocional, do comportamento ou da motivação. A D resulta de uma

variedade de doenças e lesões que afetam primária ou secundária o cérebro, como a DA ou Acidente Vascular Cerebral (AVC). Existem vários tipos de D, sendo as mais comuns: a DA, a D Vascular, a D de Corpos de *Lewy*, D Frontotemporal, doença de Huntington, D provocada pelo álcool e doença de *Creutzfeldt-Jacob*. A DA é a forma mais comum de D representando 60-70% dos casos. As fronteiras entre as diferentes formas de D não são claras e muitas vezes coexistem formas mistas (WHO, 2017; Alzheimer Portugal, s.d.).

Segundo a Comissão Regional de Saúde para as Demências da ARS Centro (2019), o PRSAD pretende promover a consciencialização pública e a promoção da literacia em termos de saúde para o problema da D, e a capacitação dos profissionais de saúde, com investimento na formação dos CF, em instituições que cuidam de idosos. Portanto devem ser tidas em conta as necessidades de formação por parte das equipas para a prestação de cuidados a pessoas com diferentes formas de D.

Desta forma, considerou-se oportuno implementar o PIC "Capacitar para cuidar de pessoas com demência", visando a formação dos CF. Os CF das ERPIs são foco de atenção dos enfermeiros das UCC, visto haver a necessidade de promover a sua capacitação, para que os cuidados prestados aos doentes com D, sejam da melhor qualidade, aumentando o bem-estar tanto dos doentes e das suas famílias, como dos cuidadores.

O EEEC na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem CE que o tornam o profissional de saúde com um papel determinante no desenvolvimento do PRSAD. De acordo com o Regulamento nº 428/2018, regulamento das suas CE, o EEECSP tem um papel fundamental na comunidade, pois tem a competência de "liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania", através da "participação em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade" (OE, 2018, p. 19356).

### 2.1.1 - Diagnóstico de saúde, planeamento e metodologia

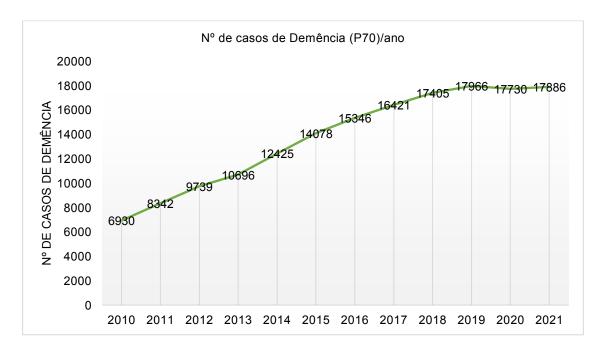
O primeiro passo da metodologia do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação. Para Imperatori and Giraldes (1993) o diagnóstico da situação de saúde justifica as atividades desenvolvidas e serve como padrão de comparação na avaliação dos resultados e deve ser bastante ampliado, mas ao mesmo tempo sucinto, claro e rápido, para se adaptar às necessidades identificadas. Para este fim, precisa de uma boa

analise (colheita de dados, recursos, tempo) com o intuito de ser apropriado. O diagnóstico de situação deste PIC foi realizado durante a Prática Clínica que decorreu entre maio e julho de 2022.

No nosso país, o registo de utentes com perturbações mentais nos CSP tem vindo a aumentar desde 2011, no que diz respeito às D (DGS, 2017). Segundo o PNSM (2017) a proporção de utentes com registo de D entre os utentes inscritos ativos em CSP, na região de saúde do Centro em 2011 era de 0,51%, e em Portugal Continental era de 0,40%, enquanto em 2016, na região de saúde do Centro havia 0,87% utentes com registo de demência, e em Portugal Continental havia 0,79% (DGS, 2017).

A Comissão Regional de Saúde para as Demências da ARS Centro (2019), refere que a USP da ARS Centro identificou um aumento significativo de diagnóstico de D nos últimos anos na região. O Observatório Regional de Saúde do Centro em 2022 publicou os dados atualizados de 2021, que confirmam que esta tendência se mantém na região, conforme podemos ver no Anexo II. A Figura 5 apresenta a evolução anual do nº de diagnósticos ativos associados às D na região de Saúde do Centro (Observatório Regional de Saúde do Centro, 2022).

Figura 5 - Evolução anual do nº de diagnósticos ativos associados às demências na região de Saúde do Centro, em ambos os sexos e de todas as idades, 2010-2021



Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

O CS Celas, em 2022, tinha 369 diagnósticos de D ativos, de ambos os sexos, sendo estes apresentados na Figura 6 consoante a sua distribuição por UF. Os dados são restritos á UCC Celas, e encontram-se em Anexo III.

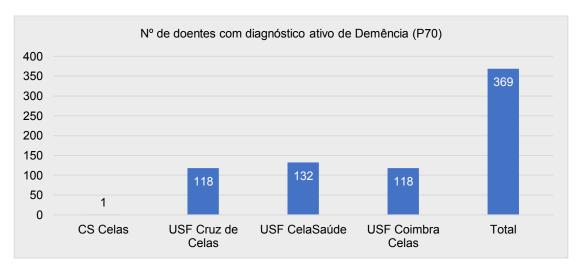


Figura 6 – Nº de diagnósticos ativos de demência no CS de Celas em 2022

Fonte: Dados restritos á UCC Celas, 2022

Acrescentam-se os dados colhidos na USP Anadia. De acordo com o Perfil de Saúde da Região do BV nº10, os casos de D registados em 2021, aparecem a partir do grupo etário dos 45 aos 64 anos (com 0,1% em ambos os sexos), tendo mais expressão no grupo etário dos 80 e mais anos, com uma proporção de 8,9% nas mulheres e 5,1% nos homens. No grupo etário dos 65 aos 74 anos a proporção das codificações de "Demência" face ao total de inscritos, no ano de 2021, era de 0,8% em ambos os sexos, e no grupo etário dos 75 aos 79 anos era de 3,0% (Observatório Local de Saúde USP ACeS do BV, 2022).

Muitos destes utentes com D estão institucionalizados. Na região centro, em 2019, existiam 815 ERPI e 838 Centros de Dia e destes somente um Centro de Dia está vocacionado para a intervenção das D. Estas estruturas para idosos acolhem 44 511 utentes, mas têm uma capacidade para 54 545 utentes (Comissão Regional de Saúde para as Demências da ARS Centro, 2019).

Assim, a população alvo do projeto "Capacitar para cuidar dos doentes com demência" são os CF que integram as ERPI/ entidades similares e Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS, da abrangência da UCC Celas.

Com a implementação deste projeto, com início em junho de 2022 e términus em fevereiro 2023, pretende-se aumentar os conhecimentos dos CF, sobre D, de forma a melhorar a prestação de cuidados aos doentes com essas doenças.

O Cronograma encontra-se no Apêndice I.

#### Definiu-se como meta:

- Abranger 80% dos cuidadores da amostra da população alvo no programa formativo.

Partindo do objetivo geral - Capacitar os CF sobre práticas promotoras de saúde e bemestar dos doentes com demência - definiram-se como objetivos específicos:

- Aumentar em 60% os CF com conhecimentos sobre demências
- Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados, nomeadamente nas AVD
- Ensinar os cuidadores sobre como promover um ambiente seguro para o doente
- Capacitar os cuidadores na adoção de estratégias de comunicação com o doente mais eficazes
- Ensinar aos cuidadores estratégias de *coping* e relaxamento, para lidar com o seu papel, e melhorar o seu bem-estar.

Para a avaliação do projeto recorreu-se a um questionário de avaliação de conhecimentos, aplicado no início e no final do projeto, e ao número de participantes no programa formativo, mediante os seguintes indicadores de atividade e de resultado:

- Percentagem de CF que responderam ao questionário =  $N^{\circ}$  de CF que responderam ao questionário /  $N^{\circ}$  total de CF x100
- Percentagem de CF que receberam formação =  $N^{\circ}$  de CF que receberam formação/  $N^{\circ}$  total de CF x 100
- Percentagem de CF com aumento da pontuação na escala =  $N^{\circ}$  de CF com aumento da pontuação na escala /  $N^{\circ}$  total de CF x 100

Para desenvolver o projeto planearam-se um conjunto de intervenções, e a respetiva operacionalização, de forma a atingir a meta, o objetivo geral e os objetivos específicos, que se encontram descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Intervenções propostas e respetiva operacionalização

INTERVENÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	
Apresentação do projeto e proposta de intervenção	Reunião com as diferentes equipas	
Realização de um estudo de diagnóstico dos conhecimentos dos CF da pessoa com D, relativos à doença	- Pedido de parecer á Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da ESEnfC.	
	- Aplicação da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA) aos CF.	
	- Realização de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa.	
Implementação de programa formativo para capacitar os CF para cuidar de pessoas com D institucionalizadas.	- Realização de uma sessão com a temática: O que é a demência, tratamento, prevenção.	
	- Realização de uma sessão com a temática: comunicação com os doentes com demência.	
	- Realização de uma sessão com a temática: as AVD no idoso demente.	
	- Elaboração de 3 folhetos informativos sobre as temáticas das sessões, para disponibilizar aos CF.	
Capacitação dos CF para o seu autocuidado, promovendo capacidades de <i>coping</i>	- Realização de sessão com: dinamização de ginástica laboral, ensino de técnica de relaxamento e ensino de técnicas de posicionamento de utentes dependentes para prevenção de Lesões Osteoarticulares no CF.	
	- Elaboração de vídeo para utilização como recurso audiovisual, na sessão de relaxamento.	
Avaliação do impacte do programa formativo no nível de conhecimentos dos CF sobre D.	- Aplicação da ECDA aos CF, abrangidos pelo programa formativo	

Para a consecução do projeto serão necessários diferentes recursos, especialmente recursos humanos e materiais. A Tabela 2 apresenta os recursos necessários ao desenvolvimento deste projeto com respetiva justificação.

Tabela 2 - Recursos necessários e justificação

RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS		CUSTOS
1 Enfermeira EEC	Desenvolvimento do projeto	Não se aplica
1 Enfermeira (estudante)		
ECDA	Recolha de dados	Acedido gratuitamente na internet
1 resma de papel	Questionários, folhetos, etc.	Cedida pela UCC

2 esferográficas	Preenchimento dos questionários.	Cedido pela estudante e UCC
1 computador com ligação à internet e aplicação Zoom	Realizar a gravação de vídeos, e a apresentação na instituição	Cedido pela estudante
1 projetor	Apresentar os vídeos e Power-point	Cedido pela UCC
1 impressora a cores	Impressão dos folhetos	Cedida pela UCC
1 telefone	Contactar parceiros do projeto	Cedido pela UCC
Espaço/sala nas Instituições	Realização de sessões de educação para a saúde	Cedido pela ERPI
Viatura de serviço disponível	Deslocações às Instituições	Cedido pela EEC

#### 2.1.2.- Enquadramento conceptual da intervenção

O processo de intervenção guiou-se pelos pressupostos do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) de Melo (2020), e referenciais teóricos da LS da *World Health Organization* (*WHO*, 2012), que promovem uma tomada de decisão clínica orientada para a comunidade, onde o empoderamento comunitário não é apenas o resultado dos cuidados de enfermagem, mas também é o processo.

Para Melo (2020), a saúde comunitária é um "processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança comunitária se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da comunidade" e os cuidados de enfermagem à comunidade consistem no "desenvolvimento de uma ação colaborativa e potenciadora da comunidade, alicerçando a abordagem da gestão comunitária como potenciadora dos ganhos em saúde comunitários sensíveis aos cuidados de enfermagem" (Melo, 2020, p. 52).

Portanto, o enfermeiro tem de trabalhar em parceria com os membros e líderes da comunidade potenciando os domínios facilitadores do seu *empowerment*, promovendo a otimização dos recursos e competências da comunidade. Deste modo, os cuidados de enfermagem na comunidade focam-se nos ganhos em saúde específicos do projeto de intervenção comunitária, normalmente associados a ganhos em SP na população em que a comunidade se insere.

A comunidade onde se desenvolve este projeto, são os CF de uma ERPI da região Centro de Portugal. De acordo com o MAIEC (Melo, 2020) enquadram-se nos conceitos de comunidade residencial para pessoas idosas, composta por elementos humanos (utentes e profissionais) e por elementos políticos, económicos e financeiros próprios, e

de ambiente comunitário, nomeadamente, o conjunto de elementos humanos (pessoas internas e externas á comunidade), elementos físicos (estruturas onde os elementos humanos desenvolvem as suas funções), elementos económicos (recursos da comunidade) e elementos políticos (decisões que gerem a conduta global da comunidade).

Segundo Melo (2020) o empoderamento comunitário tem sido estudado e enquadrado na Enfermagem de Saúde Comunitária desde os anos 80 do século XX, sendo considerado como um processo que se baseia nas pessoas alvo de cuidados e não nos profissionais de saúde e/ou nos decisores tradicionais. Pode ocorrer em três níveis:

- Empoderamento individual ou intrapessoal, ocorrendo quando as pessoas se autopercebem que detém os recursos e poder para controlar e resolver os seus próprios problemas, sendo intrapessoal quando desenvolvido em contexto relacional através das interações com os outros e os contextos;
- Empoderamento organizacional, no qual as organizações comunitárias partilham o poder decisório e de liderança e a gestão de recursos na resolução de problemas na comunidade:
- Empoderamento comunitário, as pessoas e as organizações constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos através de processos participativos.

No enquadramento do MAIEC proposto por Melo (2020), o processo de empoderamento comunitário, o conhecimento é um dos critérios para a avaliação de diagnóstico da gestão comunitária, cujo diagnóstico (comprometimento / não comprometimento) orienta para as intervenções que lhe dão resposta. No caso de o projeto "Capacitar para cuidar de pessoas com demência" assume-se como fundamental a gestão comunitária como foco principal da atenção da enfermagem, sendo que, na avaliação diagnóstica da liderança comunitária, o conhecimento dos CF é o critério onde se baseará a implementação de um programa formativo, para os capacitar para cuidar de pessoas com demência institucionalizadas.

Para promover o empoderamento Comunitário deste grupo é importante promover a Literacia não só sobre a problemática das demências, mas também sobre o bem estar dos CF. Aumentar os níveis de LS na população é estratégico, de forma de otimizar a qualidade de vida e o bem-estar da população, sendo uma prioridade da SP, não só em Portugal, mas na Europa (Arriaga, 2019). Portanto a promoção da LS, é um grande desafio para a SP, e a sua intervenção deve focar-se nas pessoas, nas comunidades, e nas organizações, sendo que os profissionais de saúde são um fator-chave para a sua promoção junto da população (DGS, 2018b).

O conceito de LS é extremamente complexo, e sendo um constructo dinâmico há várias propostas de definição. A OMS define LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, entender e usar informações de uma forma que lhes permita promover e manter uma boa saúde (DGS, 2019). A LS tem demonstrado efeitos positivos na resiliência dos indivíduos e comunidades, na redução das desigualdades em saúde e na melhoria da saúde e do bem-estar (DGS, 2019).

Os fatores determinantes da LS são as características individuais, a influência que o sistema de cuidados de saúde tem e os fatores socioculturais. Níveis elevados de LS permitem que a pessoa tome decisões de saúde fundamentadas no seu dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização no sistema de saúde e no contexto político, aumentando o controlo sobre a sua própria saúde. Ao contrário, níveis baixos de LS estão relacionados com mais internamentos, uma maior utilização dos serviços de urgência e uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, com consequente diminuição da qualidade de vida (DGS, 2019).

A capacitação dos indivíduos tem como foco a educação em saúde através de técnicas educativas, motivacionais, de capacitação e de consciencialização. A educação para a saúde como ferramenta de promoção da saúde é fundamental para a melhoria da saúde das populações e promove o capital de saúde (WHO, 2012; WHO, 2021c).

Políticas de saúde saudáveis provêm os suportes ambientais que promovem a mudança de comportamento. Influenciando esses fatores intrínsecos e extrínsecos, podem ser realizadas mudanças significativas na saúde de indivíduos e comunidades. A LS é o resultado de uma eficaz educação em saúde, que aumenta as capacidades dos indivíduos para aceder e usar informações de saúde. Dessa forma os indivíduos tomam decisões de saúde adequadas de forma a manter uma saúde básica (WHO, 2012). Essa relação é ilustrada com mais detalhes na Figura 7.

Em Portugal, o PNS (DGS, 2015a) já enfatizava, como uma prioridade na intervenção, a promoção da LS, de modo a conduzir ao aumento do bem-estar do indivíduo, à melhoria da qualidade de vida, e à participação informada em relação aos cuidados com a saúde. Posteriormente, apresentou o Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021, que define uma abordagem ao longo do ciclo de vida, promovendo as escolhas informadas dos cidadãos (DGS, 2018b). Mais recentemente, a DGS publicou o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde (DGS, 2019), sendo este documento um marco na afirmação da LS no nosso país. Ambos os

documentos visam a capacitação dos profissionais de saúde na melhoria dos níveis de LS e na promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde.

Relação entre Melhoria resultados em saúde os principais Redução das designaldades conceitos de saúde Mudança de comportamentos e práticas de saúde 會 Conscientização LITERACIA EM SAÚDE Regulamentos e Educação Motivação Construção de nentacões Crenças e práticas Serviços e habilidades Empoderamento da comunida продоз восілів Capacidades individuais Suporte ambiental POLÍTICAS DE SAÚDE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE Determinantes da Saúde Adaptado de WHO (2012)

Figura 7 - Relação entre os principais conceitos de saúde

Fonte: Adaptado de WHO (2012, p.17)

A LS é uma competência profissional fundamental para a saúde neste século, sendo uma área de intervenção estratégica da SP em Portugal. Apesar de depender da cooperação de vários *stakeholders*, a intervenção dos profissionais de saúde é a melhor e mais sustentada ferramenta da sua promoção. O objetivo é comum a todos os intervenientes: promover ganhos na saúde e o bem-estar da população (Arriaga, 2019).

A baixa LS dos cuidadores pode levar à prestação de cuidados inadequados e, consequentemente, a problemas de saúde do destinatário dos cuidados (Yuen et al, 2018). Foram descritas associações entre a baixa LS do cuidador e comportamentos de autogestão do recetor de cuidados mais pobres; aumento do uso de serviços de saúde pelos beneficiários de cuidados e aumento da sobrecarga do cuidador. Segundo o mesmo autor, o reconhecimento da importância de otimizar a LS do cuidador é recomendado para promover resultados de saúde positivos. A inclusão da LS do cuidador como prioridade na política de SP tem o potencial de melhorar a saúde do recetor de cuidados e do próprio cuidador. É ainda importante, adequar processos e estratégias de comunicação entre os mesmos de forma a garantir o sucesso destes cuidados e cuidadores (Yuen et al, 2018).

Os CF são contratados de várias fontes e, muitas vezes, pouca informação é conhecida pelos empregadores sobre as suas habilidades. Considerando que os CF são frequentemente solicitados a colaborar na administração de medicamentos, e a seguir as instruções do médico e enfermeiros, os cuidadores devem ter LS adequada para realizar as tarefas necessárias (Lindquist et al, 2010). Os CF com LS inadequada são mais propensos a cometer erros de medicação, em comparação com aqueles com LS adequada. Esses dados destacam que estratégias eficazes para otimizar os resultados de saúde envolverão um esforço combinado de melhorar LS (Lindquist et al, 2010). Os CF devem ter competências de trabalho numa equipa multidisciplinar e conhecimentos para intervir adequadamente, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam e apoiando-os na realização das suas AVD. Apesar do investimento cada vez maior na formação destes profissionais, verificam-se falhas a este nível, que afetam a qualidade dos cuidados prestados, portanto é importante um investimento na formação e na valorização desta profissão. A formação é uma ferramenta importante para promover a LS, incluindo a relativa aos cuidados prestados no quotidiano, sendo que a existência de documentação científica relativa aos mesmos é um fator importante. A evidência também mostra que os CF necessitam de apoio para a aquisição e manutenção de uma saúde mental saudável, que inclui o bem-estar psicológico e espiritual e saber identificar as próprias necessidades para evitar a sobrecarga e burnout (Falcão et al, 2020). Também é essencial que os CF tenham competências de comunicação eficiente para interagir nas tarefas cotidianas com os doentes com D e reconhecer as diferenças individuais ao interagir com eles. Para isso os CF podem beneficiar-se de programas educacionais no seu contexto de trabalho (Rantapää et al, 2023).

Em síntese, a LS pressupõe que pessoas tenham conhecimento, motivação e competências, para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde de forma a tomar decisões com o objetivo de manter ou melhorar a sua qualidade de vida durante o seu ciclo de vida. Pretende-se que as pessoas se tornem cada vez mais capacitadas para terem uma saúde melhor, assegurando que haja um maior número de adultos saudáveis no futuro (DGS, 2019).

No âmbito dos cuidados a pessoas com D institucionalizadas, é essencial que haja envolvimento dos CF e de profissionais de saúde qualificados, como os EEECSP, que possam realizar a avaliação diagnostica de conhecimentos sobre a doença e implicações nos cuidados a prestar, e implementar programas que respondam às necessidades formativas, procurando o aumento da LS.

### CAPÍTULO 3 - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A intervenção de cuidados a uma pessoa com D pode ocorrer em contexto institucional diferenciado, devido à presença de comorbidades. Portanto devem ser tidas em conta as necessidades de formação por parte das equipas para a prestação de cuidados a pessoas com diferentes formas de D.

A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) define o cuidador como "aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente" (OE, 2016, p.143).

Existem diferentes tipologias de cuidadores, podendo agrupar-se em duas categorias principais: CI e CF. Os primeiros são geralmente familiares, vizinhos, amigos, ou outros, que dão apoio e prestam cuidados á pessoa dependente. Para os CF o cuidar é uma atividade profissional (Sequeira, 2018). As necessidades de educação e treinamento dos CF e CI são diferentes, devido aos seus diferentes papéis na prestação dos cuidados (Resciniti et al, 2020).

Segundo a WHO (2015) a necessidade de CF vai duplicar até 2050, a nível mundial, devido ao envelhecimento populacional e a diminuição de CI disponíveis. No entanto o recrutamento de CF é condicionado pelos conceitos negativos de cuidar de idosos, com associação a baixo estatuto profissional e às condições de trabalho precárias, e também com a falta de preparação ou treino adequado.

O CF é um profissional a quem se exigem competências, tais como o conhecer as necessidades do idoso, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual, e dar apoio na realização de AVD, tais como a higiene e a alimentação; administrar medicamentos por via oral; auxiliar na deambulação e mobilidade; manutenção e organização de um ambiente protetor e seguro; acesso a ajudas técnicas (equipamentos) para a prestação de cuidados ao idoso; proporcionar conforto físico e psíquico; estimular o relacionamento e contacto com a realidade e levar o idoso a participar em atividades recreativas e sociais; controlar sinais vitais; reconhecer sinais de alterações e prestar socorro em situações de urgência (Sequeira, 2010). Carrilho (2012) refere que os CF, devem ter uma preparação específica para desempenharem o

seu papel, integrada no âmbito da sua atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao contexto do seu exercício laboral.

Recentemente, em vários países, têm sido referidas algumas preocupações relativas à qualidade dos cuidados prestados às pessoas com D, tais como a inadequação das habilidades e conhecimentos dos trabalhadores, para fornecer cuidados eficazes. Muitos CF não estão preparados para as exigências do seu trabalho e têm falta de treinamento adequado (WHO, 2015) Têm sido identificadas lacunas no conhecimento relacionado com a D em CI (familiares), o público em geral, médicos e enfermeiros, e outros profissionais de saúde (Resciniti et al, 2020). Cuidar de uma pessoa com D requer conhecimento sobre a trajetória da doença e sobre os cuidados mais adequados ao doente. Este conhecimento está associado a níveis mais baixos de sobrecarga do cuidador, depressão do cuidador e melhor qualidade de atendimento dos idosos com D. Portanto há necessidade de educação e treinamento avançado para aumentar o conhecimento sobre as D, tanto para CI quanto para CF destes doentes, para que se possam oferecer cuidados contínuos apropriados (Resciniti et al, 2020). A complexidade das necessidades dos doentes com D, exige profissionais com competências para a D, com CF que possuam o conhecimento, as habilidades e as atitudes empáticas associadas ao cuidado centrado na pessoa (Sefcik et al, 2022).

Segundo Pereira and Marques (2014), os cuidadores de idosos institucionalizados apresentam maiores dificuldades na prestação de cuidados ao nível da deambulação/mobilização, da alimentação, da higiene, da comunicação e das alterações emocionais. O mesmo estudo também refere que quanto maior for o cansaço físico e psicológico e quanto maiores forem os níveis de ansiedade do cuidador, mais dificuldades estes apresentam na prestação de cuidados aos idosos. Portanto é importante desenvolver programas de formação direcionados aos CF, para adquirirem competências na prestação de cuidados, e adquirirem estratégias de *coping*, para que haja níveis de ansiedade menores e, consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados, destacando-se o importante contributo dos enfermeiros no planeamento e execução de ações de formação para este grupo profissional (Pereira & Marques, 2014).

De acordo com Pereira (2022) cuidar de idosos é uma atividade laboral que tem exigências quer físicas, quer psicológicas, e referem que as dificuldades sentidas pelos CF são o comportamento do utente, a sua relação com o utente, a dificuldade na organização das tarefas e a interação com os familiares dos idosos. Estes cuidadores estão sujeitos a grandes esforços físicos derivados do grau de dependência dos utentes. A baixa remuneração compromete os CF de idosos, o que pode levá-los a procurar outra

forma de rendimentos, contribuindo para o aumento dos níveis de stress, com diminuição da sua qualidade de vida, levando a condições de trabalho precárias, qualificação insuficiente e falta de descanso (Pereira, 2022).

Esta problemática traz mais desafios aos enfermeiros das UCC, havendo a necessidade de novas intervenções e diferentes estratégias face ao aumento da esperança de vida dos utentes, com consequente agravamento dos défices cognitivos, com sobrecarga dos cuidadores nas instituições, para dar resposta às necessidades da pessoa, família e comunidade. Programas educacionais dirigidos aos cuidadores de doentes com D podem melhorar as suas capacidades e os conhecimentos, para fornecerem cuidados eficazes para essa crescente população (Resciniti et al, 2020).

A transformação e ampliação da educação e treinamento dos trabalhadores da saúde e assistência social é um processo multidimensional. Envolve garantir que estes tenham o conhecimento, agilidades e competências relevantes para atender às necessidades das pessoas com D e os seus cuidadores. Assim, o desenvolvimento profissional contínuo, contribuirá para aumentar a consciencialização sobre a D, melhores cuidados e melhor integração e coordenação de serviço (WHO, 2018).

#### 3.1 – METODOLOGIA

A clarificação dos procedimentos metodológicos procura descrever o modo como as ações foram desenvolvidas durante o processo de investigação. A metodologia envolve um conjunto de diretrizes que orientam a investigação, e explica de que forma o fenómeno foi investigado (Fortin, 2009).

Tendo por base a questão de investigação - "Que conhecimentos e necessidades possuem os cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional?" - delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal, com o tema "Conhecimentos e necessidades dos cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional".

Segundo Fortin (2009) os estudos descritivos e exploratórios têm o propósito de descoberta e descrição de um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as respetivas caraterísticas numa amostra dela, sendo transversais quando se foca num único grupo representativo da população em estudo e a recolha de informação ocorre no momento de inquérito.

Tendo por base as metas e objetivos traçados para o projeto "Capacitar para cuidar das pessoas com demência", traçaram-se como objetivos do estudo:

- Identificar os conhecimentos dos CF sobre as demências.
- Conhecer as necessidades sentidas pelos CF relativamente á assistência prestada á pessoa com D em contexto institucional.
- Analisar as necessidades formativas dos CF para otimizar a assistência á pessoa com D em contexto institucional.

#### População alvo

Segundo Fortin (2009) a população alvo é um grupo de pessoas ou elementos que têm caraterísticas em comum e que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos, correspondendo a amostra à fração de menor dimensão da população que constitui o objeto de estudo. Visto que seria difícil abranger a totalidade dos CF que integram as ERPI e outras instituições similares na área geográfica de abrangência da UCC de Celas, optou-se pela amostragem não probabilística e de conveniência, que se carateriza por ser constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão definidos, escolhendo-se os participantes que estão presentes num determinado local e tem a vantagem de ser simples de organizar (Fortin, 2009).

Assim, a amostra foi constituída pelos CF de uma destas instituições, num total de 15 CF da ERPI. Estabeleceram-se critérios de seleção segundo os quais os indivíduos seriam integrados, ou não, na amostra. Definiu-se como critério de inclusão: ser um profissional que presta cuidados diretos á pessoa com D na Instituição. Os critérios de exclusão são: ser profissional de saúde na Instituição (enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros), ser profissional de Serviço Social, e ser profissional com prestação pontual de serviços na Instituição (animadores socioculturais, terapeutas ocupacionais, e outros).

#### Procedimentos éticos:

Observaram-se todos os pressupostos éticos e legais, nomeadamente:

- Para a realização do estudo foi formalizado pedido de Parecer à Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnfC, e obteve-se decisão favorável conforme Parecer nº 887/06-2022 (Anexo IV);
- Foi pedida autorização para a utilização da ECDA aos autores, que providenciaram o acesso á versão portuguesa (Anexo V);

- Foi endereçado previamente pedido de autorização à responsável da ERPI, especificando os objetivos e o conteúdo do projeto, assim como do estudo, os respetivos instrumentos de recolha de dados e os termos do consentimento informado para os participantes (Apêndice II).

Agiu-se sempre de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015a). O acesso aos participantes foi através da enfermeira coordenadora da UCC de Celas, e EEC deste estágio, depois da devida autorização dos responsáveis da instituição empregadora dos CF.

Respeitou-se o princípio ético da autonomia, com integração voluntária e informada dos participantes do estudo, através da obtenção do seu consentimento, livre e esclarecido, com a informação em linguagem clara, precisa e compreensível. No questionário foram proporcionadas informações sobre o estudo, a sua finalidade e as condições de participação. Foi dada garantia de anonimato, sendo que o questionário não apresenta conteúdo que possa identificar nem o participante nem a instituição. Foram explicadas as medidas para salvaguarda da confidencialidade da informação, que será analisada de forma anónima, através de codificação, e estará protegida de acordo com o atual regulamento geral de proteção de dados da União Europeia (RGPD). Só as investigadoras conhecem a fonte dos dados e comprometem-se a que fiquem apenas na sua posse, protegidos da leitura por outros através de código de acesso e apenas partilhado com a orientadora. Foi também assegurado o seu uso exclusivo para fins científicos garantindo-se a sua destruição após o fim do estudo. Foram ainda explicitadas a identificação e contato da investigadora principal para qualquer esclarecimento (Apêndice III).

Garantiu-se, também, o princípio da justiça, assegurando que todos os participantes tiveram a mesma oportunidade de participar, ou desistir se assim quisessem.

#### Instrumentos de recolha de dados:

Planeou-se a recolha de dados e informação através de inquérito online, utilizando uma ferramenta *Google Forms* com um questionário elaborado para o efeito. O inquérito online iniciava com uma página de apresentação do estudo e os participantes só acediam ao questionário após preencherem um campo obrigatório onde declaravam ter compreendido a informação sobre o estudo e respetivos objetivos dando o seu consentimento informado. Registando-se uma adesão abaixo do previsto, optou-se pela recolha presencial com recurso ao questionário impresso, aplicado pela investigadora.

Decidiu-se usar maioritariamente questões fechadas, que fornecem ao respondente uma série de hipóteses de respostas, entre as quais ele faz a sua opção. Este tipo de

questões permite a codificação das respostas de forma a analisá-las mais facilmente (Fortin, 2009). O questionário engloba duas partes:

- Primeira parte (Apêndice IV): contém duas questões, com as quais se pretende traçar o perfil sociodemográfico dos inquiridos, nomeadamente no que diz respeito á idade, e grau de escolaridade, e de seguida três questões de resposta aberta sobre formação na área das D, e sobre as dificuldades sentidas perante o cuidado á pessoa com D. Assim sendo, as primeiras cinco questões foram:

Idade: A 1ª questão visa caracterizar os inquiridos no que diz respeito à sua idade. As respostas são apresentadas em números, em resposta aberta.

Grau de Escolaridade: A 2ª questão da caracterização sociodemográfica pretende caracterizar os inquiridos relativamente ao seu nível de escolaridade, sendo as opções de resposta: Primeiro Ciclo do Ensino Básico; Segundo Ciclo do Ensino Básico; Terceiro Ciclo do Ensino Básico; Ensino Secundário; Ensino Superior e outra.

A 3ª questão visa perceber o envolvimento dos CF com a informação sobre a temática "Teve algum tipo de formação sobre a temática?". As opções de resposta são Sim/Não. Se responderam sim são encaminhados para a 4ª questão: "...que tipo de formação frequentou?", com opção de resposta aberta.

Por fim a 5ª questão "Quais são as principais dificuldades que sente ao cuidar de doentes com Demências?", com opção de resposta aberta.

- Segunda parte: Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (Anexo VI).

Após o programa formativo foi aplicado o 2º questionário, também com duas partes. A 1ª continha a pergunta de resposta aberta "Qual foi o contributo da formação "Capacitar para cuidar" para a realização das suas funções?" (Apêndice V), e a 2ª parte continha a ECDA.

A Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer: A ECDA é a versão portuguesa da Escala "*The Alzheimer's Disease Knowledge Scale*" (ADKS) de Brian D. Carpenter, Steve Balsis, Poorni G. Otilingam, Prya K. Hanson, e Margaret Gatz (Carpenter B. D. et al, 2009), tendo sido traduzida por José Monteiro e Tiago Coelho, em 2011. A escala é direcionada para a DA, mas foi escolhida na ausência de outra escala que abranja as D no geral. O conhecimento exato sobre a DA é essencial para abordar o impacto da D na SP (Carpenter et al, 2011).

Segundo Carpenter B. et al (2011) a ADKS pode ser usada em várias circunstâncias, nomeadamente em contextos de pesquisa, para determinar o que os doentes, cuidadores, profissionais de saúde e público em geral sabem sobre a DA. Aplicar a

ADKS ao pessoal de cuidados de saúde ou serviço social pode identificar as suas necessidades de formação ou indicar o sucesso da mesma. A ADKS também pode ser aplicada a doentes e cuidadores, que procuram avaliar os seus conhecimentos sobre D, e a grupos de apoio à D, para orientar os esforços psicoeducacionais. Identificar as lacunas no conhecimento sobre D pode orientar as iniciativas de formação para aumentar a percepção da doença e melhorar os serviços de apoio (Carpenter B. et al, 2011).

A ADKS contém 30 itens de verdadeiro/falso para avaliar o conhecimento sobre a DA, com base na compreensão científica atual da doença. O formato verdadeiro/falso foi o escolhido devido à facilidade para os participantes e também apresenta mais facilidade na pontuação. A escala leva aproximadamente 5 a 10 minutos para ser concluída e contempla os seguintes conteúdos: os fatores de risco, a avaliação e diagnóstico, os sintomas, o desenvolvimento e progressão da doença, o impacto na vida do doente, tratamento, e o ser cuidador (Carpenter B. et al, 2009). As pontuações da escala foram interpretadas com base no documento disponibilizado pelos autores (Anexo VII).

A ADKS apresenta confiabilidade (teste-reteste e consistência interna) e validade (conteúdo, preditivo, concorrente e convergente) adequados (Carpenter B. et al, 2009). Os objetivos específicos que se pretendem alcançar com a aplicação da ECDA são avaliar os conhecimentos sobre: os principais sintomas da DA, o impacto da DA no quotidiano do doente, o diagnóstico da DA, os fatores de risco da DA, as formas de tratamento da DA, como cuidar de uma pessoa com DA e o desenvolvimento e progressão da doença. Os autores alocaram as 30 questões aos 7 conteúdos principais, no entanto consideram a ADKS como uma escala de conhecimento geral de DA e não como um conjunto de subescalas pontuadas separadamente (Carpenter B. et al, 2009).

A recolha de dados realizou-se em dois momentos: o primeiro um mês antes do programa formativo, e o segundo aproximadamente 2 semanas após a última ação de formação.

Para o tratamento dos dados relativos á ECDA recorreu-se á estatística descritiva e a informação obtida nas respostas às questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade de análise temática de acordo com as seguintes etapas: préanálise e leitura exaustiva das respostas, exploração dos temas e construção das categorias, tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2013).

#### 3.2 - ANÀLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram no primeiro momento de recolha de dados e informação 15 CF, sendo que no segundo momento 13 indivíduos responderam o questionário: um já não trabalhava na instituição e outro estava ausente por doença (Atestado médico).

Relativamente á caracterização socio demográfica e aspetos relacionados com a sua atividade de prestador de cuidados, da amostra dos 15 CF, constata-se que as suas idades se situaram entre 29 e 64 anos (registando-se 6 CF que não responderam). A faixa etária dos 50-60 anos é a que tem mais indivíduos (33%), como consta na Figura 8. A idade média dos 9 que responderam é de 50,77 anos.



Figura 8 – Distribuição de acordo com a Idade

A média de idades desta população é a mais elevada, comparativamente com os estudos de Manuel et al (2020), realizado nas instituições de apoio a idosos da região do Algarve, em que a média de idades era de 45.8 anos, e de Pereira and Marques (2014) em que os CF tinham em média 45.90 anos de idade. No entanto, no nosso estudo a faixa etária com maior preponderância é a dos 50-60 anos, com 33% da amostra, estando de acordo com os resultados de Manuel et al. (2020), com 35,7% nesta faixa etária, constituindo a maioria dos CF. No entanto Sousa (2020), constatou que cerca de 65% dos CF do seu estudo tinham entre 40 e 59 anos de idade. Salientase que diversos estudos mostram que a idade dos cuidadores se associa positivamente com as lesões músculo-esqueléticas, e outras as doenças ocupacionais, e sugerem a adoção de estratégias de prevenção enquanto cuidam dos utentes com segurança (Choi et al., 2017).

As habilitações literárias revelam que os níveis de escolaridade mais frequentes são o Ensino Secundário com 46% da amostra, o 3ª Ciclo com 27%, o Ensino Superior com 13%, e o 2º e o 1º Ciclo do Ensino Básico com 7% cada, como se observa na Figura 9.

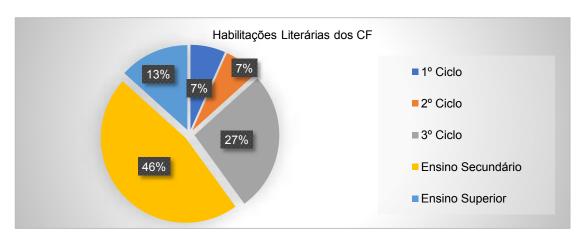


Figura 9 - Distribuição de acordo com as habilitações literárias

Os nossos resultados são diferentes do estudo de Manuel et al. (2020) no qual 38% da amostra possuia o 3º ciclo do ensino básico, e do estudo de Pereira and Marques (2014), no qual 70.0% dos CF possuíam o Ensino Básico, e 10.0% tinham o Ensino Secundário. No nosso estudo 13% dos CF têm o Ensino Superior, mas no estudo de Pereira and Marques (2014) apenas 7.5% frequentaram o Ensino Superior. O estudo de Sousa (2020) refere que maioria dos CF (34,9%) tem o 3º Ciclo do Ensino Básico. Em segundo lugar com igual pontuação, 25,6% dos CF tinham o 2º Ciclo do Ensino Básico e o Ensino Secundário, e duas CF tinham Ensino Superior.

Relativamente à questão "Teve algum tipo de formação para exercer a sua função?", a maioria dos CF (53%), referiu não ter, conforme se pode ver na Figura 10.

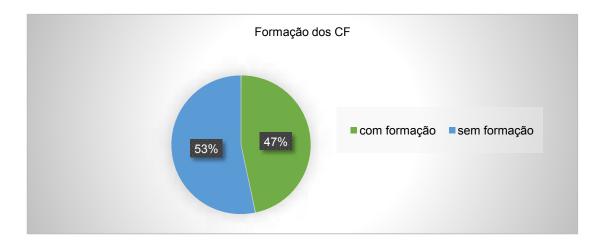


Figura 10- Distribuição de acordo com formação para exercer a sua função

Dos CF que referiram ter formação prévia (47%), foram referidas as seguintes: "Licenciatura na ESEC: Animação Sociocultural", "formação a nível de limpeza e produtos de higiene", "Várias formações", "Formação em Geriatria", "No âmbito da licenciatura e pequenos cursos de formação", "Formação Cearte", e "Primeiros socorros e outras".

Esses dados são diferentes do estudo de Pereira and Marques (2014) em que 52.5% da amostra referiu que teve formação específica para desempenhar as funções, enquanto os restantes 47.5% não tiveram qualquer tipo de formação para cuidar de idosos institucionalizados. Num estudo realizado por Sousa (2020), cerca de 65% dos CF refere ter formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente, enquanto 35% refere não ter formação nesta área.

No entanto os nossos resultados diferem dos de Manuel et al. (2020) no qual apenas 7,6 % dos CF possuíam formação quando iniciaram funções nesta área. Segundo este autor é importante que as instituições invistam em ações de formação. Salienta-se o facto de que nenhum CF da nossa amostra ter formação especifica no cuidar de pessoas com D. Portanto há uma lacuna formativa na nossa amostra, que poderá ter implicações nos cuidados.

A análise de conteúdo às respostas á questão "Quais são as principais dificuldades que sente ao cuidar de doentes com demências?" revelou quatro categorias evidenciadas nos discursos dos CF, que são dificuldade na estimulação dos utentes (cognitiva e física), dificuldade na comunicação com os utentes, dificuldades pessoais perante a D e dificuldade em reconhecer as próprias dificuldades. A matriz de redução de dados pode ser consultada no Apêndice VI.

A principal dificuldade, sentida pela maioria dos CF, relaciona-se com a estimulação cognitiva e física dos utentes. As "Dificuldades físicas e motoras dos utentes" parecem ser as mais sentidas, surgindo referidas por 5 CF. Estas dificuldades dos utentes com D parecem constituir também uma dificuldade para os CF, uma vez que acaba por ser trabalhoso "Conseguir que participem nas atividades" (C<sub>1</sub>). De salientar a referência de um CF que considera difícil implementar "Estratégias de estimulação cognitiva" (C<sub>6</sub>), junto dos utentes com DA.

A dificuldade na comunicação com os utentes surge também com sentida pelos CF. "Tentar compreender o que sentem" (C<sub>7</sub>), como refere este CF parece ser ilustrativo desta dificuldade. As dificuldades pessoais perante a doença ficaram evidentes nas respostas destes CF: (é difícil) "Lidar com a demência" ( $C_{15}$ ) e "Temos que ter muita calma para tentar resolver as situações" ( $C_4$ ), que são elucidativas dessa dificuldade.

A ausência de resposta á questão ( $C_2$ ,  $C_{14}$ ) e uma resposta evasiva "Tento ajudar da melhor forma possível, estando atenta aos doentes" ( $C_3$ ), colocou em perspetiva as dificuldades em reconhecer as dificuldades.

Estes resultados corroboram o estudo de Pereira and Marques (2014) relativamente às dificuldades sentidas pelos CF na prestação de cuidados a idosos institucionalizados, em que 42.5% sentiam alguma dificuldade na prestação dos cuidados ao nível da deambulação/mobilização, e 30.0% manifestaram bastante dificuldade. Cerca de 37.5% referiram que sentiam alguma dificuldade na comunicação, e 22.5% referiram bastantes dificuldades. O mesmo estudo refere dificuldades nos cuidados devido às alterações emocionais, em que 45.0% manifestaram algumas dificuldades, e 22.5% referiram sentir bastantes dificuldades. Segundo Sousa (2020) os CF apresentam dificuldade em lidar com as D, têm dificuldades no processo de relação idoso/CF (especialmente a nível do stress cansaço e *burnout*), dificuldade ao nível das feridas e das úlceras de pressão, e na utilização de ajudas técnicas.

Relativamente aos conhecimentos dos CF sobre a DA, tendo por base que se pretendia identificar os saberes dos CF sobre as D, para posterior analise das suas necessidades formativas, os dados obtidos pela aplicação pela ECDA não foram trabalhados com atribuição de pontuação individual, mas sim numa perspetiva global de respostas certas/erradas. Isto é, calculou-se a frequência relativa observada em cada questão, para identificar deficits de conhecimento da amostra sobre a DA e a média de respostas certas/erradas obtidas na totalidade da ECDA, tendo em vista a posterior avaliação do programa formativo através da sua comparação antes e depois da formação.

Registou-se uma dispersão no número de respostas erradas, variando entre 0% e 86,67% em algumas questões, sendo que todos os CF responderam corretamente às afirmações verdadeiras "As pessoas com doença de Alzheimer são particularmente propensas à depressão" (questão 1) e "A doença de Alzheimer é um tipo de demência" (questão 21). De entre as respostas erradas salientam-se:

- á afirmação verdadeira "Ter colesterol alto pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver a doença de Alzheimer "(questão 18) responderam erradamente 86,67%
- 73,34% responderam erradamente às afirmações verdadeiras "Após o aparecimento dos sintomas da doença de Alzheimer a esperança média de vida é de 6 a 12 anos"

(questão 3) e "Ter hipertensão arterial pode aumentar o risco de desenvolvimento da doença de Alzheimer" (questão 26)

- 66,67% dos CF responderam erradamente ás afirmações falsas "Quando as pessoas com doença de Alzheimer começam a ter dificuldades em cuidar de si próprias, os cuidadores devem assumir imediatamente essas responsabilidades" (questão 6), "A maioria das pessoas com doença de Alzheimer vive em lares de idosos" (questão 11), "Assim que as pessoas têm doença de Alzheimer, deixam de ser capazes de tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados" (questão 16), e a afirmação verdadeira "Se uma pessoa com doença de Alzheimer começa a ficar alerta e agitada durante a noite, uma boa estratégia é tentar certificar-se de que esta pratique bastante atividade física durante o dia" (questão 7).

Ainda acima de 50% de respostas erradas encontram-se, as afirmações falsas "Se surgem problemas de memória e pensamentos confusos de forma repentina, tal devese provavelmente à doença de Alzheimer (questão 10) com 60%, e com 53,34% as afirmações falsas "Tremor ou agitação das mãos ou braços é um sintoma comum em pessoas com doença de Alzheimer" (questão 19) e "Existem medicamentos, disponíveis mediante prescrição médica, que previnem a doença de Alzheimer" (questão 25).

Salienta-se que apenas 2 questões apresentaram 0% de respostas erradas, representando 6,7% das questões da ECDA, que foram as afirmações verdadeiras: "As pessoas com doença de Alzheimer são particularmente propensas à depressão" (questão 1), e "A doença de Alzheimer é um tipo de demência (questão 21).

Ao analisar os resultados através das áreas temáticas da escala verificamos que no primeiro momento de avaliação o tema "Impacto na vida do doente" era o que apresentava maior número de respostas erradas com 68,89%. Em segundo lugar ficaram os "Fatores de risco" com 52,2% de respostas erradas, e em terceiro lugar o "Ser cuidador" com 50,67%, como se vê na Figura 11. Em quarto lugar encontra-se o "Tratamento" com 33,34% de respostas erradas, e em quinto lugar, com 28,34% encontram-se as áreas temáticas "Avaliação e Diagnóstico" e "Sintomas". Por fim com 26,67% de respostas erradas, ficou a área temática "Desenvolvimento e progressão da doença".

Respostas erradas (%)

Desenvolvimento e progressão da doença

Avaliação e Diagnóstico

Ser cuidador

Tratamento

Sintomas

Fatores de risco

Impacto na vida do doente

26.67%

28.34%

50.67%

50.67%

52.22%

Figura 11- Respostas erradas (%) por área temática da ECDA, na primeira colheita de dados

Os resultados obtidos em cada questão encontram-se no Apêndice VII.

De forma individual os 15 CF oscilaram entre 15 respostas corretas (C5) e 26 respostas corretas (C6 e C7), com uma média de 19,2 respostas corretas, sendo que 73,3% dos CF responderam erradamente a 10 ou mais questões, como podemos ver na Figura 12.

 $0.00\% \quad 10.00\% \quad 20.00\% \quad 30.00\% \quad 40.00\% \quad 50.00\% \quad 60.00\% \quad 70.00\% \quad 80.00\%$ 

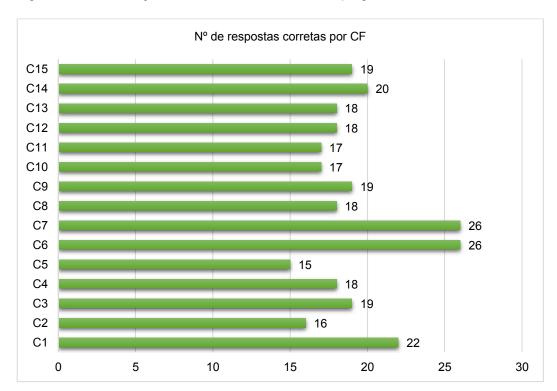


Figura 12 - Classificação individual da ECDA antes do programa formativo

#### 3.3. - CONTRIBUTOS PARA O PROGRAMA FORMATIVO "CAPACITAR PARA CUIDAR"

Através da interpretação dos resultados obtidos, diagnosticaram-se as necessidades que requerem intervenção, permitindo adequar o programa formativo para aumentar a literacia dos CF sobre a doença e estratégias para melhorar a assistência prestada às pessoas com D, visando obter ganhos em saúde.

O programa formativo consistiu em três sessões com os CF que abordaram os conteúdos da ECDA e também estratégias de *coping*. Cada sessão iniciou-se com uma dinâmica de grupo e posteriormente realizaram-se apresentações através de diapositivos em PowerPoint e a projeção de vídeos educativos, conforme explicado no próximo capítulo. O conteúdo do programa formativo encontra-se no Apêndice VIII. Os presentes em cada sessão formativa preencheram uma folha de presenças, a qual demonstrou o seguinte número de participantes: a Sessão nº 1 teve 7 CF presentes, a Sessão nº 2 teve 9 CF presentes e a Sessão nº 3 teve 7 CF presentes, sendo que a média de participantes foi 7,8 CF por sessão. O trabalho por turnos dos CF foi um obstáculo à presença de todos em cada sessão. Posteriormente foi entregue a cada CF um certificado de presença.

No segundo momento de aplicação do questionário, depois do programa formativo, a amostra foi constituída por 13 CF que responderam ao questionário. Além da ECDA o instrumento de colheita de dados incluiu a questão aberta "Qual foi o contributo da formação 'Capacitar para cuidar de pessoas com Demência' para a realização das suas funções?" (Apêndice V).

Tendo por base os dados contidos na primeira parte do instrumento de colheita de dados, relativamente á pergunta aberta "Qual foi o contributo da formação 'Capacitar para cuidar de pessoas com Demência' para a realização das suas funções?", a análise das respostas revelou 2 dimensões principais onde os cuidadores sentiram que foram beneficiados (Apêndice IX). No entanto a maioria não respondeu a esta questão.

O principal benefício identificado foi ter melhorado a capacidade de prestar cuidados de qualidade, demonstrado pelas respostas "Para melhorar as minhas tarefas a realizar com os utentes no meu local de trabalho, bem como eventualmente no futuro a nível de cuidados a um familiar que venha a necessitar devido á doença" do CF A<sub>1</sub>, "Maior conhecimento/outra realidade/melhor preparação para saber cuidar" do DF A<sub>2</sub>, e "O contributo da formação serviu para um conhecimento maior para saber lidar melhor com a doença" do CF A<sub>5</sub>. Em segundo lugar 2 cuidadores beneficiaram-se da formação

porque esclareceram dúvidas sobre as demências, ao responderem "Tirar duvidas sobre a doença"  $(A_3, A_4)$ .

Na análise dos resultados da ECDA (Apêndice X) verificamos que as respostas erradas oscilaram entre 0% e 61,54% (n=8), sendo a afirmação falsa "Se surgem problemas de memória e pensamentos confusos de forma repentina, tal deve-se provavelmente à doença de Alzheimer" (questão 10), com maior pontuação.

Em segundo lugar, com 53,85% de respostas erradas, estão as afirmações falsas "Está cientificamente comprovado que o exercício mental pode impedir que uma pessoa contraia a doença de Alzheimer" (Questão 2) e "Quando as pessoas com doença de Alzheimer começam a ter dificuldades em cuidar de si próprias, os cuidadores devem assumir imediatamente essas responsabilidades" (Questão 6).

De salientar que houve 11 questões que apresentaram 0% de respostas erradas, representando 36,6% das questões da ECDA: "Após o aparecimento dos sintomas da doença de Alzheimer a esperança média de vida é de 6 a 12 anos" (Questão 3) afirmação verdadeira, a afirmação falsa "Em casos raros houve pessoas que recuperaram da doença de Alzheimer" (Questão 8), as afirmações verdadeiras "Pessoas cuja doença de Alzheimer ainda não se encontra num estado avançado, podem beneficiar de psicoterapia para tratar a depressão e ansiedade" (Questão 9), "O risco de queda de uma pessoa com doença de Alzheimer tende a aumentar com o agravamento da doença" (Questão 14), "Eventualmente, uma pessoa com doença de Alzheimer irá precisar de vigilância 24 horas por dia" (Questão 17), "A doença de Alzheimer é um tipo de demência" (Questão 21), "Dificuldades em lidar com o dinheiro ou em pagar as contas é um sintoma inicial comum da doença de Alzheimer" (Questão 22), "Um sintoma que pode ocorrer com a doença de Alzheimer é pensar que as outras pessoas estão a roubar as nossas coisas" (Questão 23), a afirmação falsa "É seguro para uma pessoa com doença de Alzheimer conduzir, desde que tenha sempre um acompanhante no carro" (Questão 28), a afirmação verdadeira "A doença de Alzheimer é incurável" (Questão 29), e a afirmação falsa "A maioria das pessoas com Alzheimer recorda mais facilmente acontecimentos recentes do que coisas que aconteceram no passado" (Questão 30).

De forma individual os 13 CF que responderam ao questionário oscilaram entre 21 respostas corretas (C6 e C13) e 30 respostas corretas (C10), com uma média de 24,8 de respostas corretas, como podemos ver na Figura 13.

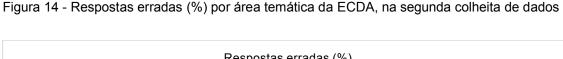


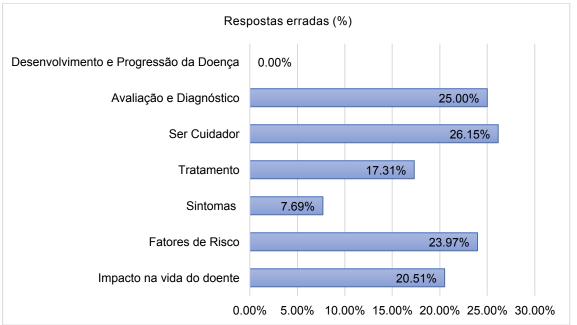
Figura 13 - Classificação individual da ECDA depois do programa formativo

No entanto após o programa formativo a área temática "Impacto na vida do doente" apresentou o resultado de 20,51% de respostas erradas, enquanto os "Fatores de risco" apresentaram 23,97% e o "Ser cuidador teve 26,15% de respostas erradas.

■ Respostas Corretas

De salientar a dimensão "Desenvolvimento e progressão da doença", que no primeiro momento apresentou um total de 26,67% de respostas erradas e após o programa formativo apresentou 0% de respostas erradas, como mostra a Figura 14.





C2

C1 <u>•</u>

Os resultados da ECDA revelaram uma média de 19,2 respostas corretas antes do programa formativo, com 73,3% dos CF a responder erradamente a 10 ou mais questões, aumentando a média de respostas corretas (24,8) após o programa formativo. Portanto o programa formativo aumentou os conhecimentos dos CF sobre demências. Os resultados da ECDA nos 2 momentos de colheita de dados, com os valores de respostas erradas para cada uma das questões, divididas pelas áreas temáticas, encontram-se no Apêndice XI.

Apesar de 8 CF não terem respondido à pergunta aberta "Qual foi o contributo da formação 'Capacitar para cuidar de pessoas com Demência' para a realização das suas funções?", os resultados demonstram que a maioria dos CF foi beneficiado pelo programa formativo visto que os resultados são positivos em todas as dimensões.

Resciniti et al (2020) salienta resultados de vários estudos que sugerem que o aumento dos domínios de conhecimento dos CF sobre D, nomeadamente a gestão comportamental, a progressão de doença e a comunicação, pode melhorar a capacidade de cuidar. Segundo os mesmos autores já foram desenvolvidos programas educacionais direcionados aos CF que aumentam o seu conhecimento sobre o comportamento desafiador das pessoas com D, o que permitiu que a equipa tratasse melhor os utentes. Os resultados apresentados por estes autores demonstram que 82,9% dos estudos por eles analisados apresentam uma melhora significativa na avaliação do conhecimento (com pré e pós-avaliações), concluindo que os programas educacionais são eficazes para aumentar o conhecimento dos CF.

Melhorar o conhecimento e a capacidade do CF para comunicar com as pessoas com D também contribui para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar destas (Resciniti et al, 2020).

Tendo por base a análise dos dados podemos afirmar que o programa formativo foi adequado para atingir a meta e os objetivos propostos, nomeadamente aumentar o conhecimento dos CF relativamente à DA, de acordo com os indicadores de resultado constantes na Tabela 3.

**Tabela 3 –** Indicadores da atividade e resultado, metas e resultados

Indicadores		Metas	Resultado	Avaliação
Atividade	Percentagem de CF que responderam ao questionário = Nº de CF que responderam ao questionário / Nº total de CF x100	Abranger 80% da amostra da população alvo	1ª aplicação do questionário: (15:15) x100%=100%	Atingido totalmente
			2ª aplicação do questionário: (13:15) x100%=86,7%	_
	Percentagem de CF que receberam formação = N° de CF que receberam formação/ N° total de CF x 100	Abranger 80% da amostra da população alvo	(7,8 CF:15) x100%= 52%	Atingido parcialmente
Resultado	Percentagem de CF com aumento da pontuação na escala = Nº de CF com aumento da pontuação na escala após programa formativo/ Nº total de CF x100	Aumentar em 60% os CF com conhecimentos sobre demências	(13:15) x100%=86,7%	Atingido totalmente

A descrição detalhada das atividades desenvolvidas durante o programa formativo apresentam-se enquadradas no capitulo seguinte.

# CAPÍTULO 4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Este capítulo procura apresentar a diversidade e multiplicidade das atividades realizadas durante a prática clínica e o estágio descritas neste Relatório. Inclui também uma reflexão crítica sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas, que contribuíram para o desenvolvimento de CE do EEECSP e de CC do EE, de acordo com os objetivos inicialmente traçados.

O Artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define o EE como:

"o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade" (OE, 1996, p.99).

Portanto, os EE pelos conhecimentos e competências acrescidas que possuem, têm um papel fundamental na dinamização de projetos que visam a qualidade na saúde, em geral, e dos cuidados de enfermagem, em particular.

As CC do EE são aquelas compartilhadas por todos os EE, "independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (OE, 2019 p. 4745). As CC do EE são definidas no Regulamento nº 140/2019 da OE e abrangem quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

O mesmo Regulamento salienta que as CE derivam das "respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para a cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (OE, 2019, p. 4745).

O EEECSP é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem a grupos de famílias, a grupos e comunidades, de uma área geográfica especifica, nas diferentes fases do ciclo vital das mesmas, em especial nas que originam situações de maior vulnerabilidade, e nos diferentes níveis da prevenção (OE, 2018). Em conformidade

com os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária, delineados no Regulamento nº 348/2015 (OE, 2015b), o alvo é a intervenção na comunidade, dirigida aos projetos de saúde dos grupos que estão a viver processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, com o objetivo de promover a sua saúde, prevenir e tratar a doença, fazer a readaptação funcional e a reinserção social em todos os contextos da vida. Cada comunidade deverá dispor de EE nesta área da enfermagem, com vista à "avaliação do seu estado de saúde, elaboração de projetos adequados às necessidades detetadas, implementação de intervenções e consequente monitorização e avaliação", tendo como objetivo a sua capacitação e vigilância epidemiológica, "de modo a produzir indicadores pertinentes à tomada de decisão" (OE, 2015b, p.16482).

As CE do EEECSP, descritas no Regulamento nº 428/2018 da OE são: avaliar o estado de saúde de uma comunidade (com base na metodologia do planeamento em saúde), contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde, e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica e âmbito do geodemográfico (OE, 2018).

Os estágios na USP - UL de Anadia, e na UCC de Celas constituíram uma forma de estabelecer relações personalizadas em situação real, e de ganhar a experiência após a formação científica, com o objetivo de desenvolver atividades em diferentes domínios da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. As atividades realizadas proporcionaram o desenvolvimento das CC e das CE do EEECSP, e permitiram perceber mais profundamente o papel do EEECSP, e o impacto que este pode ter na vida das pessoas, enquanto indivíduos e enquanto comunidade. De seguida são descritas as atividades realizadas durante os estágios e de que forma contribuíram para o desenvolvimento das CC do EE e das CE do EEECSP.

### 4.1 - ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA USP - UNIDADE LOCAL DE ANADIA

A Prática Clínica e o Estágio na USP Anadia decorreram de 13 junho a 15 de julho 2022 e 26 de setembro a 2 de dezembro de 2022, respetivamente. Portanto foram elaborados e cumpridos dois cronogramas de atividades, com vista à consecução dos objetivos do Relatório e do Estágio, apresentados em apêndice (Apêndices XII e XIII).

Salienta-se que o Estágio foi uma continuidade da Prática Clínica, com atividades comuns e complementares.

Na primeira semana da Prática Clínica não foi possível participar em atividades, por motivos de saúde. Portanto, foi apenas na segunda semana que foi realizada a integração na USP Unidade Local. Este imprevisto reduziu o número de atividades em que poderia participar, no entanto o tempo foi aproveitado ao máximo.

A atividade principal da Prática Clínica e do Estágio, foi a promoção da utilização do 1º CD, atribuído às crianças da coorte dos 7 anos, no âmbito do PNSO, através de Consulta de Enfermagem, por via telefónica.

O PNPSO promove a atribuíção de CD, que é um documento que permite aceder a cuidados preventivos de doenças orais, efetuar tratamento precoce em dentes definitivos e adquirir hábitos saudáveis de higiene oral. A USP imprime os CD emitidos pela DGS, efetua a sua entrega e promove a sua utilização. A população alvo são os alunos das coortes determinadas pela DGS para cada ano letivo dos seguintes estabelecimentos (DGS, 2021).

O público-alvo foram as crianças de 7 anos, porque é o primeiro grupo etário a receber um CD através das escolas. As crianças frequentavam as escolas do Conselho de Anadia, às quais tinha sido atribuído, no ano letivo anterior, o 1º CD. Considerou-se como prioridade em saúde porque adesão a este programa tem sido muito inferior ao esperado, por parte da comunidade em geral. Estabeleceu-se o alvo de 70% de utilização nesta coorte. Foram 232 crianças assinaladas previamente, e colocadas numa lista onde constava o nome, a idade, o número de utente, e a escola frequentada, entre outros dados. A atividade consistiu em contactar telefonicamente um familiar das crianças (normalmente era um progenitor ou avô/avó), com o objetivo de incentivar a utilização do seu CD até 31 outubro de 2022 (data de validade), caso ainda não tivesse sido feito, informar sobre os benefícios da sua utilização, como encontrar um médico aderente, e esclarecer dúvidas, e os dados que constam no Capítulo 1 referentes ao PNPSO.

Antes da consulta telefónica a Secretária Clínica fazia a inscrição dos utentes na plataforma SClínico. Na sua ausência eu mesma fazia a inscrição dos utentes através da pesquisa do número do utente. Ao aceder ao utente inscrito, ou depois de o inscrever, confirmava a identidade do mesmo através do nome completo, do número do cartão e da data de nascimento. Depois pesquisava o contato telefónico na plataforma, e realizava o telefonema para o familiar. Durante o telefonema os pais aproveitavam para colocar as suas dúvidas relativamente ao CD, mas também sobre outros assuntos tais

como a vacinação e acesso a consultas médicas. Através desta consulta foram identificadas algumas pessoas (adultos e crianças) que referiram ainda não terem sido contatadas para a vacinação, as quais referenciei para o CVC que posteriormente as contactou.

Em simultâneo realizei o registo da consulta de enfermagem telefónica no SClínico, sendo que o foco de enfermagem é o conhecimento: com potencial para melhorar o conhecimento. As intervenções são: avaliar o potencial para melhorar o conhecimento, educar para a saúde, e ensinar sobre comportamento de procura de saúde. Foi necessário levantar os programas: PNSE - no eixo de intervenção da saúde individual e coletiva, PNPSO, e Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). O registo das intervenções é feito no mapa de cuidados. As Consultas de enfermagem foram realizadas desde o início do Estágio até 03/10/2022, altura em que foi abrangida toda a população alvo. Nesta atividade consegui desenvolver todas as CE do EEECSP, que constam no Regulamento nº 428/2018, nomeadamente o planeamento em saúde, por avaliar o estado de saúde oral desta comunidade e "implementar intervenções para problemas de saúde pública complexos", como é o caso da baixa utilização do CD nesta comunidade, e "otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção" (OE, 2018, p.19355). Também permitiu a participação na "coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do PNS", nomeadamente ao cooperar na "coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o PNS", designadamente o PNSE, o PNSO e o PNSIJ (OE, 2018, p.19356). Além disso participei "em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade", como era esta população (OE, 2018, p. 19356. As atividades realizadas no âmbito do PNPSO permitiram a intervenção em "grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados", (OE, 2018, p.19356) ao transmitir a informação necessária que motivasse esta população a procurar cuidados de saúde oral.

Desta forma também realizei "vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúdedoença que ocorrem numa determinada área geográfica", conforme descrito no Regulamento nº 428/2018 (OE, 2018, p. 19357), ao promover a adesão ao CD, na coorte dos 7 anos, no conselho de Anadia.

Em 7 de outubro os dados provisórios da utilização do CD demostraram que, até à data, a taxa de utilização era cerca de 50% (Anexo VIII). Perante isto elaborei uma nota informativa para colocar no site da CM de Anadia, como apelo á população para utilizar o CD até ao fim de outubro, constituindo um "instrumento inovador e adequados à disseminação da informação" (OE, 2018, p. 19356) (Apêndice XIV). No entanto, por motivos logísticos, não foi possível colocar esta informação no site. Em 2 de novembro o levantamento dos dados finais relativos á utilização do 1º CD na coorte dos 7 anos, revelaram 70,8 % de utilização, demonstrando que o alvo foi atingido (Anexo IX). Portanto participei na "avaliação do processo e resultados das atividades de informação", de acordo com o Regulamento nº 428/2018, p. 19356). A atividade permitiu o desenvolvimento da CC do EE no Domínio da Gestão dos Cuidados, nomeadamente ao compreender como são geridos os cuidados de enfermagem na otimização da resposta da equipa da USP e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019).

A atividade permitiu a monitorização da "eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade", ao realizar a avaliação das intervenções, que refletiram ganhos em saúde (OE, 2018, p.19355). Portanto realizei "vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geográfica", através da "sistematização de indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemografia", da identificação e da monitorização dos "resultados obtidos nos diferentes programas de saúde", e dos "fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica" (OE, 2018, p. 19357).

De seguida colaborei na gestão do Programa Cheque Dentista com a emissão dos CD para o ano letivo 2022-2023 da população escolar do Conselho de Anadia, consoante as listagens do Parque Escolar. Essa atividade permitiu a participação em "programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos ", e "em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade", como as crianças e jovens (OE, 2018, p. 19356).

O registo das intervenções no SClínico também permitiu "sistematizar e documentar projetos de intervenção comunitária" e disponibilizar informação adequada às características dos grupos e comunidades (OE, 2018, p. 19356). No Domínio da Gestão dos Cuidados esta atividade também permitiu a otimização do "processo de cuidados ao nível da tomada de decisão" por melhorar a "informação para a tomada de decisão no processo de cuidar" (OE, 2019, p. 4748).

Tive a oportunidade de assistir e colaborar na consulta de enfermagem de Saúde Ocupacional, presencial, realizada às quintas-feiras. A USP-UL Anadia é a única UF do ACeS BV que realiza esta consulta (consulta médica e Consulta de Enfermagem). Esta experiência ajudou-me a perceber a importância do EEECSP, como agente dinamizador do PNSOC, que refere que o "direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito fundamental e que a globalização deve ser acompanhada de medidas preventivas que garantam a saúde e segurança de todos os trabalhadores" (DGS, 2018a, p. 2). Procurou-se fomentar ambientes de trabalho mais saudáveis, promovendo a saúde e bem-estar dos trabalhadores. A consulta de enfermagem é realizada antes ou depois da consulta médica e ambas são um complemento uma da outra. O trabalho em equipa é notório, com benefícios para o utente, mas também se traduz em satisfação para os profissionais envolvidos. Aprendi como fazer o registo da consulta no SCIínico. O foco é o Conhecimento, e as intervenções associadas são: ensinar sobre doença, educar para a saúde, ensinar sobre comportamento de procura de saúde e avaliar o potencial para melhorar o conhecimento. O SCIínico é uma plataforma que eu conheço bem, como já referido. No entanto, conhecer esta vertente do SClínico a nível dos CSP constituiu-se como o complemento de uma lacuna do conhecimento. Aprendi que há uma plataforma onde se pode efetuar os registos de enfermagem de forma confidencial, de forma a garantir os direitos de privacidade do utente que recorre á consulta. Participar na consulta de enfermagem de saúde ocupacional, permitiu o desenvolvimento da CE do EEECSP, de coordenar, dinamizar e participar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, e também a intervenção junto dos colaboradores do ACeS BV, que é um grupo/comunidade com necessidades especificas, "assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados" conforme estipulado no Regulamento nº 428/2018 (OE, 2018, p.19356). O registo da consulta de enfermagem permitiu "sistematizar e documentar projetos de intervenção comunitária" (OE, 2018, p.19356). A consulta de enfermagem de saúde Ocupacional permitiu o desenvolvimento da CC do EE de incentivar a "adesão á saúde e segurança ocupacional" (OE, 2019, p. 4748).

A Vacinação contra a Covid -19 em ERPI também é realizada pela SP, sendo uma atividade que realizei frequentemente, neste Estágio, no CVC e em ERPI. O CVC funciona no CS de Anadia, com dois postos de vacinação e dois enfermeiros, com apoio dos enfermeiros de outras UF do CS, em sistema de rotatividade. Esta experiência foi um relembrar de competências adquiridas durante a minha experiência profissional, visto eu ter integrado a equipa de vacinação hospitalar para a Covid-19, do CHUC.

Desta forma colaborei na implementação do Plano de Vacinação Covid-19 à população de Anadia, cooperando com a equipa do CVC de Anadia, administrando vacinas, realizando registo eletrónico das vacinas administradas na plataforma Vacinas através do SClínico Central, e monitorizando as reações adversas imediatas. Devido à minha experiência anterior já sabia realizar o registo no Vacinas, no entanto não conhecia o SClínico Central, portanto foi enriquecedor conhecer esta plataforma.

Participei com a EEC na planificação da vacinação, e da vacinação dos utentes de uma ERPI da Região. A planificação envolveu a preparação das vacinas da Covid-19 em número suficiente para a população a vacinar, o seu armazenamento em mala térmica de transporte, e a preparação do material. Durante a atividade fomos acompanhadas por duas enfermeiras da ERPI, que nos guiaram através das instalações, colaborando na identificação dos utentes elegíveis. Visto ser um grande número de idosos, trabalhamos na capacitação da equipa de enfermagem desta unidade, no sentido de dar continuação ao processo de vacinação. Ao capacitar os enfermeiros da ERPI a prosseguirem com a vacinação contra a Covid 19 contribuiu-se para o processo de capacitação deste grupo e da comunidade, participando em "parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade", como é o caso dos idosos institucionalizados em ERPI (OE, 2018, p.19356). Esta atividade permitiu o desenvolvimento da CC do EE no Domínio da Gestão dos Cuidados de enfermagem ao supervisionar as tarefas delegadas para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, e por gerir os recursos adaptando-os às situações e ao contexto de modo a garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

O registo no "Vacinas" foi realizado posteriormente na USP, no SClínico Central. O registo da vacinação no SClínico permitiu "sistematizar e documentar projetos de intervenção comunitária" (OE, 2018, p. 19356).

O Planeamento do calendário vacinal para a Covid 19 e gripe sazonal iniciado em setembro 2022, foi realizado no período de férias escolares, no entanto considero importante referi-lo. Em 2022, á semelhança do ano anterior, a vacinação da comunidade, obedece aos critérios emanados pela DGS. Para tal é necessário planeamento. O planeamento exige método, e pressupõe a organização de cada etapa do trabalho para a consecução dos objetivos previamente propostos. O calendário de vacinação tem em conta o número de pessoas elegíveis e os recursos existentes (materiais e humanos). A USP de Anadia tem capacidade de vacinar cerca de 150 pessoas/dia, com apenas dois enfermeiros alocados á vacinação. Sendo que a

população elegível na primeira fase é de 9000 utentes, a EEC calculou que seriam necessárias 12 semanas para vacinar esta coorte de utentes.

A vacinação em ERPI e no CVC consistiu numa intervenção num "grupo e/ou comunidade com necessidades específicas, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados" (OE, 2018, p. 19356), e permitiu o desenvolvimento da CE de coordenar, dinamizar e participar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, conforme estipulado no Regulamento nº 428/2018 (OE, 2018, p.19356).

No Domínio da Gestão dos Cuidados, colaborei com a EEC na gestão do processo vacinal, gerindo os "cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde" (OE, 2019, p. 4748), incluindo o planeamento do número de utentes a vacinar no CVC diariamente, incluindo fins de semana e feriados. De forma a otimizar o "trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados" (OE, 2019, p. 4748), foi necessário abrir o CVC aos sábados e feriados para conseguir agendar a população elegível de acordo com a norma da DGS.

Participei com a EEC na planificação da vacinação de utentes das ERPI, e na execução da vacinação dos utentes de uma ERPI da região, e os seus profissionais de saúde (medico e enfermeira). A planificação envolveu analisar as listagens de utentes elegíveis para as vacinas da Covid-19 e gripe, o agendamento da vacinação, a preparação das vacinas da Covid-19 em número suficiente para a população a vacinar, o seu armazenamento em mala térmica de transporte, e a preparação do material. No Domínio da Gestão dos Cuidados foram utilizados os recursos existentes de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados (OE, 2019, p. 4748).

O registo no "Vacinas" foi realizado posteriormente na USP, no SClínico Central. O registo inclui levantar a cada utente o Programa Saúde da Comunidade, o Programa Saúde do adulto (<65 anos), o Programa Saúde pessoas idosas (>66 anos) e o Programa Dependentes (apenas nos utentes). No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade o registo da vacinação foi uma forma adotar "medidas para a segurança de dados e de registos" (OE, 2019, p.4748). No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, participar na Vacinação Covid (no CVC e em ERPI) permitiu "mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade" dos cuidados de enfermagem (OE, 2019, p. 4747). A experiência profissional obtida anteriormente nesta área foi sem dúvida uma mais-valia para o á vontade no planeamento e execução desta atividade.

Colaborei na realização de atividades no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, por desenvolver "práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" (OE, 2019, p. 4747). Acompanhei a auditoria ao registo do processo vacinal em ERPI, onde foram identificadas algumas não conformidades. As auditoras deram sugestões de melhoria. Consequentemente elaborei, em conjunto com a Enfermeira D. (aluna deste Mestrado), um Manual de procedimentos sobre registos de vacinação em ERPI no SClínico Central (Apêndice XV). Planeou-se que a Enfermeira D. iria apresentar este documento na Reunião de Enfermagem da USP, no entanto não foi possível porque a ordem de trabalhos já estava definida. A Enfermeira D. apenas referiu a existência do documento para posterior aprovação.

Após a auditoria ao registo do processo vacinal em ERPI, identificou-se a necessidade de auditar o procedimento da equipa do NACJR, para avaliar se os regulamentos da equipa do NACJR estão a ser cumpridos e como corrigir os desvios (se identificados). Desta forma criei um instrumento de avaliação, com base nos "Procedimentos para atuação do NACJR" (Apêndice XVI). A auditoria foi realizada por mim e pela Enfermeira D., aos casos seguidos pelo NACJR na altura (2 casos), que revelou inconformidades na maioria das etapas (Apêndice XVII). A atividade permitiu o desenvolvimento de CC do EE, no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, ao integrar a auditoria clínica e analise os resultados da avaliação efetuada (OE, 2019).

Na reunião do NACJR realizada posteriormente apresentei os resultados desta auditoria e as propostas de melhoria para colmatar as falhas detetadas adequadas á realidade atual: alterações ao Regulamento de Procedimentos do NACJR, alteração da numeração dos casos, alteração da periodicidade das reuniões e novos documentos: Nota de Arquivamento (Apêndice XVIII) e Documento de Encaminhamento (Apêndice XIX). Estas sugestões ficaram registadas na ata e foram aprovadas na reunião seguinte.

O trabalho realizado nos dois projetos de auditoria ao registo do processo vacinal em ERPI no SCIínico e aos procedimentos do NACJR, permitiram o desenvolvimento de várias competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, nomeadamente a "incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados", avaliei a qualidade da prática clinica, participei na "definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional", integrei auditorias clínicas e analisei os resultados da avaliação efetuada. Os novos documentos são "guias orientadores de boa prática". Desta forma incentivei a "implementação de programas de melhoria contínua da qualidade" (OE, 2019, p. 4747).

Estas 2 experiências também permitiram o desenvolvimento de CC no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, ao desempenhar o "papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade", e ao promover a "reflexão sobre os processos de tomada de decisão" (OE, 2019, p. 4746).

Neste Estágio tive a oportunidade de estar presente em várias reuniões inerentes às atividades da USP de Anadia. Assisti presencialmente a uma Reunião da USP em Estarreja, na qual foi eleito o Conselho Técnico (mandato de 3 anos), sendo que a enfermeira Tutora foi eleita como representante da classe enfermagem. Foi realizado update sobre o Processo da Acreditação da USP, e foi aprovado o questionário satisfação dos utentes/instituições/profissionais e o questionário de satisfação dos profissionais da USP. Os participantes foram informados das dificuldades na organização do Congresso da USP ACeS BV de 2022.

O PNSE é um instrumento orientador das políticas nacionais no que diz respeito a promoção de saúde em meio escolar. Anualmente é realizada a avaliação da SE pela SP no âmbito do PNSE. Esta atividade envolve a comunidade escolar e as várias UF do CS. É uma atividade complexa para uma principiante, no entanto percebi que o papel do EEECSP é fundamental no planeamento e avaliação do PNSE. Neste âmbito estive presente na Reunião da Equipa de Saúde Escolar, nas instalações do CS de Anadia, com os representantes da Escola Profissional de Anadia, do AE de Anadia e do Colégio Nossa Senhora da Assunção. Foi apresentado o programa de SE para o ano letivo 2022-2023, pelo Enfermeiro R. da UCC de Anadia, como representante da Equipa. Foram apreciadas as propostas efetuadas pelas representantes das escolas (contraceção em adolescentes, planeamento familiar, primeiros socorros para crianças, atendimento ao aluno nas escolas de forma organizada e planeada, para rentabilizar os recursos humanos).

Tive a oportunidade de assistir virtualmente a uma reunião do grupo de trabalho para a operacionalização da implementação e monitorização da rede do frio nas UF do ACeS BV, sobre o Plano de Contingência da UF relativa à evacuação das vacinas dos seus frigoríficos em caso de anomalia técnica, para outras instituições de saúde (Programa VIGIE). No planeamento e implementação das intervenções é crucial a articulação e promoção do trabalho em equipa no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

Assisti presencialmente á formação "Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na escola", em 04/11/2022, realizada no âmbito do Programa Regional para a Diabetes,

dirigida a todos os médicos e enfermeiros das ESE, conforme as necessidades formativas das Equipas Locais de SE, relacionadas com a aplicação da Orientação da DGS N°006/2016 de 23/11/2016, referente a crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na escola. Verificou-se a necessidade de desenvolver a comunicação entre Hospital e equipas de USF e USP do ACeS BV, visto que atualmente são os pais das crianças com diabetes inaugural que informam o CS, depois da alta hospitalar. Em Coimbra, o Hospital Pediátrico está mais avançado, pois comunica com a UCC da escola da criança por mail e telefonicamente a dar conhecimento de novo caso na escola. Salientou-se a importância do preenchimento do Plano de Saúde Individual, conforme orientação da DGS. Em resultado das deliberações da reunião, em 16 novembro a USP recebeu a primeira notificação de uma criança com diabetes.

Estive presente no 3.º Congresso Nacional da USP do ACeS Baixo Vouga com o tema "Emergências em Saúde Publica - da Covid-19 à próxima ameaça", realizado presencialmente na Casa da Cultura de Ílhavo, nos dias 22 e 23 de novembro de 2022. Este congresso pretendeu ser um espaço de encontro e debate de todos os que se interessam pelas questões de SP, nos mais diversos domínios de intervenção e investigação. O principal objetivo era rever experiências da COVID-19 e pensar soluções para futuras ameaças.

Assisti virtualmente á Reunião de Enfermagem da USP do ACeS Baixo Vouga, com a ordem de trabalhos: Leitura da ata da reunião anterior; Análise das segundas auditorias ao procedimento de vacinação outono Inverno - Vacina contra a COVID 19 (onde foi apresentado o resultado da auditoria á USP Anadia e o manual de procedimentos que elaborámos); Análise do Congresso da USP; Outros Assuntos.

No entanto não foi possível ir a várias reuniões da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) por motivos éticos.

Estar presente em vários eventos científicos e reuniões de trabalho foi uma forma de "rentabilizar as oportunidades de aprendizagem" e facilitou o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, de forma que a "praxis clínica especializada" se baseasse em evidência científica, visto que o "Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente" (OE, 2019, p. 4749). Além disso, a participação nas reuniões de trabalho pautou-se pelo respeito dos princípios éticos e a deontologia profissional, nomeadamente o sigilo e respeito pela competência na área da minha profissão e especialidade e procurei recolher "contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão" (OE, 2019, p. 4746).

Na USP Anadia foram obtidos dados complementares à informação recolhida na UCC de Celas, no âmbito do PIC desenvolvido "Conhecimentos e necessidades dos cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional", permitindo realizar um diagnóstico da situação mais completo. Isto é importante visto que a primeira fase do planeamento consiste no diagnostico da situação. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) o diagnóstico da situação deve ser bastante ampliado, examinado, mas ao mesmo tempo sucinto, claro e rápido, para se adaptar às necessidades identificadas. Para este fim, precisa de uma boa analise (colheita de dados, recursos, tempo) com o intuito de ser apropriado. Desta forma realizou-se "vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geográfica" (OE, 2018, p. 19357), ao identificar o número de pessoas com D na região. No entanto salienta-se que os dados recolhidos são do ACeS BV e irão ser usados no PIC da UCC de Celas, em Coimbra, que pertence ao ACeS BM.

No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, em todas as atividades dos estágios, foi sempre demonstrada uma "responsabilidade profissional, ética e legal", tendo agido de acordo "com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional", garantindo "práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais", conforme estipulado no Artigo 5º do Regulamento nº 140/2019 da OE (OE, 2019, p. 4745). Salienta-se a consulta de enfermagem no âmbito do PNPSO e a consulta de Saude Ocupacional onde foi sempre assegurado o "respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação" e a "confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional" (OE, 2019, p. 4746). Ao realizar o registo da vacinação no SClínico foi sempre assegurada a confidencialidade e a segurança da informação adquirida durante a prestação de cuidados (OE, 2019). Durante todo o processo vacinal foi promovido "na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente" (OE, 2019, p. 4746).

Isso também está de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, que refere que o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde da comunidade em que está inserido, assim como por responder de forma adequada às necessidades em cuidados de enfermagem diagnosticados nessa mesma comunidade (OE, 2015a).

# 4.2 - ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA UCC DE CELAS

Neste subcapítulo são descritas as atividades na UCC, em que participei, incluindo a sua organização, estruturação e desenvolvimento, e de que forma permitiram o

desenvolvimento das CE de EEECSP, e as CC do EE. A Prática Clínica e o Estágio na UCC Celas decorreram de maio a junho de 2022 e 5 de dezembro de 2022 e 24 fevereiro de 2023, respetivamente. Foi realizado o planeamento das atividades, de forma a cumprir os objetivos do Estágio e visando o desenvolvimento das CC do EE e das CE do EEECSP. Portanto foi importante ter várias experiências, mas dando mais destaque às atividades relacionadas com o PIC (formação dos CF), e com as alergias alimentares nas escolas, de acordo com o Regulamento "Alergia Alimentar na Escola" (DGS, 2022), de forma a aproveitar a experiência profissional nesta área.

No Estágio também propus colaborar na atualização dos procedimentos do NACJR, devido à experiência adquirida no estágio na USP-UL de Anadia. Dessa forma foram elaborados dois cronogramas de atividades distintos, mas complementares (Apêndice XX e Apêndice XXI).

Algumas atividades não têm data porque foram desenvolvidas ao longo do tempo, sendo difícil especificar uma data de realização. São descritas em primeiro lugar as atividades em contexto de SE, e de seguida outras atividades realizadas. As atividades realizadas na Prática Clínica foram as seguintes:

No primeiro dia da Prática Clínica acompanhei a sessão "E Se Fosse comigo?", realizada no âmbito da SE (Projeto Sexualidade Responsável), apresentada pela EEC a uma turma do 12º ano de uma Escola Secundária da região. Além da apresentação em *PowerPoint*, houve uma roda de conversa que permitiu que os jovens expressassem as suas preocupações sobre interrupção voluntária da gravidez e comportamentos sexuais de risco. A comunicação com os jovens é fundamental. Não basta dar-lhes a informação, é preciso fazê-los refletir. Foi um momento de aprendizagem para os alunos, mas para mim também, ao observar como a EEC planeou, executou e avaliou a sessão.

Colaboração na Sessão "Sexualidade responsável", no âmbito do projeto com o mesmo nome, a três turmas do 10° ano, desenvolvidas a par com a EEC, e 2 Alunas do 8° Semestre do Curso de Licenciatura de Enfermagem da ESEnfC, numa Escola Secundária da região. O Guião da atividade foi elaborado pela EEC. As sessões foram feitas no formato *peddy paper* com quatro mesas. As turmas eram divididas em quatro grupos. Cada grupo foi colocado numa das quatro mesas (onde estava uma enfermeira ou aluna de enfermagem). Cada mesa abordava um assunto diferente relacionado com o tema da sessão. Foi explicado aos alunos que iriam jogar um jogo, com pontuação de 0 a 20, e foi solicitado a cada grupo que preenchesse o cabeçalho da folha com o nome da equipa, e turma. De dez em dez minutos tocava uma campainha e os grupos rodavam

para mesa seguinte até fazerem as quatro. No final, as pontuações foram somadas. Contribui na dinamização, fiquei responsável pela Mesa 2, onde foram analisados os seguintes assuntos: os sinais e sintomas de uma infeção sexualmente transmissível (IST); onde recorrer quando um jovem apresenta sinais ou sintomas de IST, e como se pode evitar uma IST. Quando terminava uma turma vinha outra. Os alunos mostraram grande interesse na atividade que permitiu esclarecer dúvidas e aprender novos conceitos importantes no seu crescimento como pessoas.

Coapresentei a Sessão: "Prevenção do consumo de substâncias psicoativas e da dependência de Internet/videojogos", a 2 turmas do 8º ano, numa EB da região (2 sessões de 90 minutos). O Guião da atividade foi elaborado pela EEC. A atividade iniciava com o "Jogo das pipocas". A turma era dividida em vários grupos que elegiam um porta-voz. De seguida eu saía da sala com os porta-voz de cada grupo. A EEC ficava com os alunos dentro da sala de aula e servia um prato de pipocas a cada criança. Informava os alunos que para ganharem o jogo tinham de comer as pipocas o mais rápido possível. Entretanto eu explicava aos porta-voz que o seu papel era impedir os seus colegas de comerem as pipocas, para ganharem o jogo. Por fim entravamos na sala, os porta-voz tomavam o seu lugar no grupo e era dado o sinal de partida. Foi muito interessante ver como cada grupo se comportava perante a situação. Foi feita reflexão em grupo sobre o significado do jogo: a pressão dos colegas no consumo de substâncias psicoativas. A apresentação foi em PowerPoint, e o método foi expositivo e interativo. Os alunos demonstraram muito interesse nos temas abordados participando ativamente nas sessões, evidenciando a importância de continuar a abordar este tema tão atual.

Colaborei na Sessão nº 1 do projeto EmocionalMente Feliz, a 2 turmas de um Jardim de infância da região. A finalidade foi desenvolver competências socio emocionais em crianças do pré-escolar através de jogos, treino de respiração e o Jogo dos sentidos. As crianças participaram ativamente e demonstraram bastante interesse nas atividades. Nessa semana tiveram a tarefa de construir a "Árvore da gratidão", como forma de exprimir o seu agradecimento pelas coisas boas da vida.

Colaborei na Sessão sobre Saúde Mental, no dia da escola aberta (6 junho), na escola MF. A atividade dinamizada pela EEC com a minha participação e de 3 alunos do 8° semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC, consistiu em combinar assuntos de saúde mental e jogos tradicionais de forma a aumentar a LS mental dos jovens desta escola.

As atividades com os jovens permitiram o desenvolvimento de competências especificas do EE, no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, proporcionadas pela reflexão sobre o modo como a EEC demonstrou "uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas" ao suportar a sua tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e na sua experiência e por desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com os jovens (OE, 2019, p. 4746)

É evidente que o EEECSP, tem um papel social fundamental na promoção da saúde, no contexto escolar. A sua formação permite-lhe desenvolver competências e habilidades que o capacitam a atuar em atividades de planeamento em saúde e tem o dever de conhecer, exigir e sugerir melhorias referentes à saúde. Além do conhecimento científico que detém, também é um educador, permitindo-lhe abordar os temas de saúde, desenvolvendo a sua atividade no sentido de dar resposta ao PNSE.

Participar no projeto relacionado com o Regulamento "Alergia Alimentar na Escola" (DGS, 2022), foi muito interessante e previa-se uma receção entusiasta pela comunidade escolar. Cabe às ESE dar formação ao pessoal docente e não docente das escolas com alunos identificados com alergia alimentar, e nos estabelecimentos com mais de mil alunos, mesmo sem casos diagnosticados. O objetivo é que a comunidade escolar, saiba reconhecer e atuar perante uma situação de reação anafilática, e prevenir tal situação, garantindo, a inclusão destas crianças e jovens, e a sua segurança e bemestar. A UCC Celas tem o maior parque escolar da região, isso torna difícil fazer formação em todas as escolas em tempo útil. Portanto para a informação ser difundida mais rapidamente, elaborei um vídeo em co-autoria com duas médicas do Serviço de Imunoalergologia do CHUC, onde trabalhei vários anos. Considero importante colocar a minha experiência e conhecimento ao serviço da comunidade. No vídeo são abordados vários temas relacionados com alergia alimentar, e como atuar em caso de reação anafilática na escola. A realização do vídeo aconteceu na semana de 6 de junho, no entanto foi aperfeiçoado mais tarde tendo sido gravada outra versão. O link encontrase no Apêndice XXII. Esta ferramenta foi proposta para divulgação a nível das Equipas Locais de Saúde Escolar de toda a Região Centro, dado a EEC integrar a Equipa Regional de SE. Espera-se que este projeto seja uma mais-valia e uma forma adequada de intervir junto da comunidade escolar de forma a promover a saúde e a qualidade de vida de todos. Considero que o vídeo realizado é um "instrumento inovador" para divulgar a informação adequada as características da população alvo (OE, 2018, p. 19356). Trabalhar na aplicação do Regulamento "Alergia Alimentar na Escola", permitiu o desenvolvimento das CC do EE. No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade foi evidente ao "mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da

qualidade" dos cuidados de enfermagem (OE, 2019, p. 4747). No Domínio da Gestão dos Cuidados permitiu a gestão dos cuidados de enfermagem de forma a otimizar a resposta da equipa e a articulação da equipa de saúde, ao colaborar com duas médicas Imunoalergologistas, peritas em alergias alimentares (OE, 2019). No Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, esta atividade permitiu a gestão de programas e de dispositivos formativos, suportando a prática clínica em evidência científica atualizada, demonstrando ter "conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada" revelando "conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes" (OE, 2019, p. 4750). A experiência profissional obtida anteriormente nesta área foi fundamental para o planeamento e execução desta atividade.

Acompanhei uma sessão desenvolvida pela enfermeira G. (aluna de especialidade de enfermagem comunitária da ESSNorteCVP), num Centro de Acolhimento Temporário da região, com o tema "Prevenção de Doenças Cardiocerebrovasculares". O método usado foi expositivo e interativo. Foi um momento importante de partilha de dúvidas, identificação de sinais e sintomas de alerta, relembrar como prevenir e como atuar perante emergências cardiovasculares. No final, foi realizado um rastreio, sendo que um utente foi encaminhado para consulta de situações agudas num CS da zona, visto apresentar hipertensão persistente. O contributo para esta sessão foi apoiar a enfermeira G. no esclarecimento de dúvidas dos utentes e no rastreio de risco cardiovascular. Durante o rastreio foi identificado um utente com hipertensão arterial não tratada que foi encaminhado para uma Consulta não programada no CS.

Acompanhei a Sessão com o tema "Comunicação na Demência", num Centro Social e Paroquial da região, dirigida aos CF dos utentes com D, realizada por alunos do 8º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC. Participar nesta sessão foi uma mais-valia, no desenvolvimento de competências, e aumento do conhecimento, visto que o PIC, dirigido à formação dos CF de pessoas com D, estava em desenvolvimento.

No Estágio na UCC desenvolvi atividades no âmbito do PIC "Capacitar para cuidar de pessoas com Demência", nas quais se destaca a intervenção formativa com base nas necessidades identificadas nesta população alvo através do estudo realizado sobre "Conhecimentos e necessidades dos cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional", descritos nos capítulos 2 e 3 respetivamente.

No âmbito do PIC "Capacitar para cuidar de pessoas com Demência", dirigido aos CF de pessoas com D, deslocamo-nos á Instituição para a conhecer e estabelecer contato

informal com a sua diretora, visando o planeamento da recolha de informação e calendarização do programa formativo. Aproveitei para entregar os questionários em papel, devido à baixa adesão ao formulário online, e marcação das sessões dirigidas aos CF.

Após a analise das respostas e identificação das necessidades dos CF, as sessões realizadas tiveram como objetivo colmatar o défice de conhecimentos, aumentando a literacia do CF, e responder às necessidades expressas. Planearam-se três sessões. De seguida descrevo o conteúdo de cada sessão de formação na Instituição no âmbito do curso "Capacitar para cuidar".

<u>1ª Sessão</u>: "Demências". No início da sessão desenvolvemos uma dinâmica de grupo no qual cada participante se apresentou, de forma a conhecermos cada elemento. A sessão consistiu em uma apresentação em *PowerPoint*, onde foram abordados os seguintes conteúdos: o que é a D, quais os tipos de D mais frequentes, a DA, os sinais e sintomas de D, quais os fatores de risco, quais são as principais alterações causadas pela D, e como promover as AVD (Apêndice XXIII). Mostramos o vídeo da Associação Alzheimer Portugal "Analogia da estante: como é que a demência afeta o cérebro" (<a href="https://www.youtube.com/watch?v=GFJ7f\_KWWyE">https://www.youtube.com/watch?v=GFJ7f\_KWWyE</a>). Este vídeo de 5 minutos e 30 segundos, pretende ajudar a perceber a forma como a D pode afetar o cérebro de uma pessoa, de forma simples. No final entreguei um folheto com um breve resumo dos conteúdos abordados na sessão (Apêndice XXIV).

<u>2ª Sessão</u>: "Comunicação com a pessoa com Demência". No início da sessão desenvolvemos uma dinâmica de grupo "Feedback positivo", em que cada pessoa disse o que mais gostava na pessoa ao seu lado esquerdo. De seguida apresentamos um vídeo, de aproximadamente 3 minutos, como forma de relembrar os assuntos abordados na 1ª sessão: <u>Projeto descomplica/demências</u>. <u>Programa Nacional de Saude Mental</u>. <a href="https://youtu.be/o5D5p5FV">https://youtu.be/o5D5p5FV</a> KY

De seguida realizei uma apresentação em *PowerPoint*, onde foram abordados os seguintes conteúdos: estratégias de comunicação com pessoa com D, como promover um ambiente seguro para o doente e gestão de comportamentos difíceis (Apêndice XXV). Por fim apresentamos segmentos de dois Filmes Cuidar, da Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida (ADVITA) <a href="http://www.advita.pt/filmes-cuidar:">http://www.advita.pt/filmes-cuidar:</a>

- "Comunicação e Relação nos Cuidados", <a href="https://youtu.be/t46hCFNph0k">https://youtu.be/t46hCFNph0k</a>. Este vídeo explica conceitos sobre a comunicação da relação de cuidar; os comportamentos que favorecem a comunicação; a prevenção e controlo de conflitos; comunicação na equipa

de cuidados; comunicação com pessoas com necessidades especiais. Compreender que a comunicação é um instrumento valioso na prestação de cuidados e utilizá-la desse modo é o que se pretende que os CF façam no seu dia-a-dia.

- "Demências — Princípios Básicos no Cuidar", <a href="https://youtu.be/-bQHEAGi3ww">https://youtu.be/-bQHEAGi3ww</a>. O cuidadador da pessoa com D necessita de dominar técnicas e estratégias complexas de comunicação e saber lidar com problemas e comportamentos difíceis. Trata-se, assim, de uma atividade de elevada diferenciação e sujeita a um grande risco de sobrecarga psicológica.

No final da sessão entreguei um folheto com o tema "Comunicação na Demência", onde sintetizei as informações mais importantes: como comunicar com a pessoa com D, e princípios gerais que favorecem a comunicação com uma pessoa com D (Apêndice XXVI).

3ª sessão: "Autocuidado dos cuidadores formais". No início da sessão pedimos aos participantes que dessem o seu testemunho, sobre quais as estratégias que usam para descontrair depois/antes de um dia de trabalho. De seguida realizei uma apresentação em PowerPoint, onde foram abordados os seguintes conteúdos: diretrizes para o planeamento das atividades com pessoas com D e estratégias de autocuidado para melhorar o bem-estar dos CF, relacionadas com a prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares relacionados com o trabalho e a diminuição do stress (Apêndice XXVII). Visualizamos o vídeo ADVITA, de 22 minutos "Mobilidade, Posicionamentos e Transferências", https://youtu.be/pm4WWNUJx70. A mobilidade é fundamental para a saúde e o bem-estar das pessoas. Abordam-se aqui as consequências da imobilidade para a saúde dos doentes e as noções básicas da mecânica corporal do cuidador, o que é fundamental para se evitarem lesões, em contexto laboral. Demonstram-se os posicionamentos e as transferências mais frequentes e aspetos relacionados com a prevenção de quedas e de úlceras de pressão. De seguida todos realizamos alguns exercícios de alongamentos, com a ajuda de um vídeo de fisioterapeuta. Estes exercícios podem ser replicados no contexto de trabalho como ginástica laboral, para evitar lesões e relaxar. Para finalizar realizamos uma sessão de Relaxamento Muscular Progressivo, com auxílio de uma gravação em vídeo e áudio que realizei previamente (Apêndice XXVIII). No final entreguei um folheto com o tema "Ginástica Laboral" aos participantes (Apêndice XXIX).

Posteriormente entreguei os questionários aos CF no âmbito do Projeto de Investigação "Conhecimentos dos cuidadores formais sobre Demências".

No âmbito deste projeto também tive a oportunidades de elaborar dois E-poster sobre o projeto "Capacitar para cuidar", e uma comunicação oral, apresentados em três eventos científicos, em coautoria com a EEC e com a Professora Orientadora (Apêndice XXX, Apêndice XXXI e Apêndice XXXII). Desta forma foi desenvolvida a CC, no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, de divulgar "resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem" e contribuí para o "conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada" (OE, 2019, p. 4749). No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade também foi possível o seu desenvolvimento ao colaborar na "conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional" (OE, 2019, p. 4747).

As atividades junto dos CF permitiram o desenvolvimento de todas as competências do EEECSP, que constam no Regulamento nº 428/2018, nomeadamente o desenvolvimento de um PIC, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, cujo objetivo foi colmatar as dificuldades identificadas pelos CF de pessoas com D institucionalizadas em ERPI. De uma forma geral, a promoção da saúde e a educação para a saúde assumem um papel preponderante nas áreas de maior intervenção do EEECSP, fomentando sempre a integração ativa dos cidadãos, sendo que é das suas funções criar e planear programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades que as pessoas/comunidades têm na área da saúde. O EEECP contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades (OE, 2018), sendo que para isso precisa de utilizar os conhecimentos de diferentes disciplinas no processo de mobilização e participação das comunidades. Portanto esta competência está claramente relacionada com o empoderamento comunitário defendido pelo MAIEC (Melo, 2020). As atividades junto dos CF permitiram a utilização de "modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde" (OE, 2018, p. 19356), nomeadamente o MAIEC e os referenciais teóricos da LS da WHO (2012). O PIC permitiu a liderança de "processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania" (OE, 2018, p. 19356). Percebeu-se a necessidade da realização de projetos de intervenção desta natureza, pois visam uma melhor pratica da ciência de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional como enfermeiros e concomitantemente para a sua credibilidade, com vista a obtenção de ganhos em saúde.

Tanto a atividade relacionada com a promoção de utilização do CD, como as intervenções junto dos CF, permitiram a monitorização da "eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade" (OE, 2018, p. 19355), ao realizar a avaliação das intervenções, que refletiram ganhos em saúde em ambos os grupos. Também contribuiram para a identificação das necessidades de cada grupo, o que permitiu desenvolver as intervenções descritas e outras que possam vir a implementar-se no futuro próximo.

Na implementação do PIC foram utilizados os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados, promovendo simultaneamente um ambiente positivo e favorável à prática (OE, 2019).

A realização do PIC permitiu a capacitação no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais ao "suportar a prática clínica em evidência científica", ao investigar no estudo de investigação, de forma que o programa formativo direcionado aos CF, resultasse em ganhos em saúde para os CF e para os seus utentes (OE, 2019, p. 4749).

De seguida são descritas outras atividades realizadas durante o Estágio na UCC e que estão relacionadas com prioridades definidas pela UCC.

O parque escolar da UCC Celas tem uma grande dimensão, portanto é de louvar todo o trabalho que está a ser feito, com os reduzidos recursos humanos e materiais disponíveis, para conseguir abranger toda esta população. O trabalho desenvolvido junto da comunidade escolar, no âmbito do PNSE, integrado nos diversos projetos da UCC de Celas, teve em vista a promoção da saúde, prevenção de doença e capacitação de todos os elementos da comunidade escolar, em particular das crianças e jovens. O PNSE promove a sensibilização dos professores, educadores, o envolvimento de toda a comunidade escolar, alunos e pais no sentido de agirem proactivamente na promoção da saúde da comunidade escolar. Os resultados não são imediatos, no entanto certamente terão impacto no futuro dessa população.

No âmbito do PNSE e em cumprimento do Regulamento "Alergia Alimentar na Escola", da DGS, colaborei na elaboração da *Newsletter* nº 4 de janeiro de 2023, sobre Alergias Alimentares na escola, em parceria com várias médicas do Serviço de Imunoalergologia do CHUC (Apêndice XXXIII), e colaborei na redação da DICA nº 1 sobre Alergias alimentares a difundir no parque escolar, dirigida aos alunos (Apêndice XXXIV). Dessa forma foi desenvolvida a CE de EEECSP de trabalhar "em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção

comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade" (OE, 2018, p. 19356). Os grupos vulneráveis visados eram os docentes e não docentes, os alunos, especialmente aqueles com alergias alimentares, e as suas famílias, portanto toda a comunidade do parque escolar. Estas atividades permitiram a mobilização de "conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades" (OE, 2018, p. 19356).

Realizei uma sessão de formação com o tema "Alergias" numa EB da região, dirigida a todos os alunos (80 alunos) (Apêndice XXXV). A sessão teve uma apresentação em PowerPoint com a duração de 15 minutos que abordou os seguintes temas: o que é uma alergia, quais as alergias mais frequentes, os sinais e sintomas de alergias e qual é o tratamento das alergias. Foi dado algum destaque às alergias alimentares, visto serem mais comuns na infância e potencialmente fatais. Apresentei o vídeo "Daniel Tigre em Português - Como Lidar com Alergias Infantis" (<a href="https://youtu.be/g5aehFC1igM">https://youtu.be/g5aehFC1igM</a>)

Este vídeo de 7 minutos conta a história do Daniel que descobre que tem alergia a um fruto. Ele é ensinado sobre medidas de evicção e depois ele está sempre atento a qualquer situação de risco para a sua saúde.

De seguida formámos 4 grupos de alunos, e com a colaboração da EEC e 2 alunas do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da ESEnfC, jogamos o jogo "Detetive do perigo", que construi. Este jogo permitiu solidificar os conhecimentos adquiridos durante a sessão, e tirar duvidas às crianças, de forma divertida, onde todos tiveram a oportunidade de participar (Apêndice XXXVI). Também elaborei um *Flyer* para afixar na escola com o tema "Alergia alimentar na escola" (Apêndice XXXVII).

As alergias de modo geral são um problema de SP, sendo transversais á população. Qualquer pessoa pode ter uma alergia. Portanto também realizei uma sessão de formação com o tema "Alergias", numa Casa de Acolhimento da região (Apêndice XXXVIII). A sessão teve uma apresentação em *PowerPoint* com a duração de 15 minutos que abordou os seguintes temas: O que é uma alergia, quais são os principais fatores de risco, tipos de alergénios, alergias mais frequentes, alergias alimentares mais comuns, quais os sinais e sintomas de alergias alimentares, como é feito o diagnóstico das alergias e qual o tratamento das alergias. No final apresentei um vídeo de 5 minutos da *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (2023), "EAACI explica Alergia Alimentar". <a href="https://www.youtube.com/watch?v=UQzTHQcf0sM">https://www.youtube.com/watch?v=UQzTHQcf0sM</a>, que explica de forma simples quais são os mecanismos de alergia alimentar, como é que a nossa ambiente influência as alergias alimentares.

As novas tecnologias de informação e comunicação, a internet e os videojogos são parte de um dos maiores fenómenos mundiais — a globalização tecnológica. O uso de telemóveis, *internet*, redes sociais e videojogos são um elemento significativo da realidade atual fazendo surgir novos tipos de dependências, com características semelhantes à dependência de substâncias psicoativas, tornando-se num dos maiores e complexos desafios atuais de compreensão e solução. A utilização da Internet tornase numa dependência *online* quando o estar ligado passa a ser a parte mais importante da vida do jovem, e as outras dimensões da sua vida perdem importância. Estudos recentes demonstram que os jovens são uma população vulnerável, sendo que passam cada vez mais tempo online. Assim a prevenção assume um papel fundamental. Portanto coapresentei com a EEC uma sessão com o tema "Bora (des)conetar", a uma turma do 9º ano de uma Escola da região, alusiva a prevenção do uso descontrolado da internet, riscos das redes sociais e adição sem substâncias (distúrbio da dependência de jogos online). Inicialmente realizamos uma dinâmica de grupo com o jogo das pipocas, para demonstrar o perigo de sermos influenciados pelos pares.

Em apêndice estão fotos de algumas atividades desenvolvidas na UCC Celas (APÊNDICE XXXIX).

Em resumo, todas as atividades realizadas nos estágios permitiram o desenvolvimento desta competência ao participar "em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade" (OE, 2018, p. 19356). Os grupos mais vulneráveis foram os CF e toda a população escolar da área de abrangência da UCC de Celas, a população idosa, as crianças da coorte dos 7 anos de Anadia, e a comunidade da Casa de Acolhimento.

O PNS é o alicerce das políticas de saúde em Portugal que traça o rumo estratégico da intervenção do nosso Sistema de Saúde. Todas as atividades relacionadas com a saúde são o motor do desenvolvimento e da valorização do país, envolvendo a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de cuidados (DGS, 2015a).

Durante os Estágios todas atividades foram desenvolvidas no âmbito de vários programas de saúde alinhados com o PNS, tais como PNPSO, PNV, PNSE, PNSOC, PNSIJ e PRSAD, de forma a obterem-se mais ganhos em saúde.

Contribuiu-se para implementar a visão do PNS que visa "maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da

sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis" (DGS, 2015a, p. 8).

Os EEECSP são os profissionais de saúde que têm as competências para implementar o PNSE na escola, e atuam junto de toda a comunidade educativa (alunos, pais / Encarregados de Educação e profissionais docentes e não docentes), assumindo um papel ativo, contribuindo de forma direta para ganhos em saúde. Assim foi importante realizar diversas intervenções como resposta ao referido plano, de forma a abordar e desmistificar temas ligados ao consumo de álcool e drogas, internet e videojogos, a sexualidade e tomada de decisões na adolescência.

Todas as atividades realizadas no contexto escolar, desde a reunião da Equipa de Saúde Escolar, no CS de Anadia, até à realização do vídeo sobre as alergias alimentares, demonstraram que a aquisição das CE do EEECSP foi conseguida.

No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal foi demonstrado sempre, em todas as atividades deste estágio, uma "responsabilidade profissional, ética e legal" e agindo de acordo "com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional", garantindo "práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais", conforme estipulado no Artigo 5º do Regulamento nº 140/2019 da OE (OE, 2019, p. 4745). Esta preocupação ficou evidente na implementação do PIC, durante a recolha e tratamento dos dados dos CF, durante o processo de investigação.

Todas as atividades desenvolvidas neste Estágio foram uma oportunidade para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais permitindo a gestão de "respostas de adaptabilidade individual e organizacional", visto ser difícil a conciliação da vida profissional, pessoal e de estudante (OE, 2019, p. 4749).

Em forma de conclusão relativamente a este capítulo, considera-se que foram desenvolvidas de forma visível, e num nível elevado, as CE do EEECSP, bem como as CC do EE, tendo em conta a forma como foram descritas e analisadas as atividades desenvolvidas durante a Prática Clínica e o Estágio.

#### CONCLUSÃO

Os enfermeiros têm assumido, ao longo do tempo, uma participação ativa e um papel fulcral no sistema de saúde português assim como na promoção da qualidade de vida dos cidadãos, embora sem a devida visibilidade da intervenção do EEESCSP.

As atividades a que assisti e em que participei deram a oportunidade de compreender mais profundamente o papel do EEECSP e o impacto que este pode ter na vida das pessoas, enquanto indivíduos e enquanto comunidade, na promoção da saúde, bemestar e qualidade de vida do indivíduo/ grupos/ comunidade nos diversos contextos e cenários. Assim destaca-se, no contexto do Estágio realizado, ao nível da intervenção da SP, as atividades desenvolvidas no planeamento e execução da vacinação para a Covid-19 e Gripe, e na promoção da utilização dos CD, na USP-UL Anadia.

A elaboração do Relatório permitiu desenvolver uma reflexão crítica importante e essencial na concretização dos objetivos inicialmente definidos. A descrição da USP Anadia e da UCC Celas permitiu compreender a complexidade organizacional destas UF, como se relacionam e a importância das suas atividades na comunidade. A dificuldade em monitorizar os resultados das intervenções na comunidade verifica-se como déficit organizacional.

A pesquisa bibliográfica e a consulta de documentos destas UF permitiu a obtenção de dados referentes à atualidade, considerados cruciais para que posteriormente se pudesse priorizar intervenções e assim justificar a necessidade da sua implementação na área da promoção/proteção da saúde de grupos e na comunidade. Esta compreensão foi fundamental para enquadrar o papel do EE e para o desenvolvimento das CC e CE do EEECSP, indo de encontro aos objetivos propostos para este relatório. Fica evidente o importante papel dos EE na prevenção, identificação de necessidades, no planeamento, execução e avaliação de cuidados, com o intuito de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham.

É importante ainda referir que esta reflexão procurou realizar uma aproximação às reais necessidades da comunidade, permitindo direcionar o PIC, na resolução de um problema de saúde identificado como prioritário, sendo este o número de diagnósticos ativos de D na região e o envelhecimento populacional. A D é uma das principais causas de dependência de cuidados e incapacidade na velhice, sendo um dos principais problemas de SP para a sociedade atual, como consequência do envelhecimento

demográfico. As pessoas com D necessitam de cuidados complexos porque nos estágios mais avançados da doença, há altos níveis de dependência e morbidade, e muitas famílias recorrem à sua institucionalização.

Os CF enfrentam várias dificuldades ao cuidar de um idoso institucionalizado. No entanto, a sua preparação eficaz, com os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar os seus papéis, com competência e sensibilidade, são um fator chave, que contribui para a qualidade dos cuidados prestados a esta população. Assim são precisas medidas para capacitar os CF de idosos institucionalizados a encontrar estratégias que os ajudem a enfrentar as dificuldades relacionadas com a sua prática profissional diária, lideradas pelo enfermeiro EEECSP.

Aumentar a LS dos CF através de programas educacionais, pode contribuir para melhorar as suas habilidades e conhecimentos sobre a problemática, de forma a fornecer cuidados eficazes para essa população. A aquisição de LS traduz-se num longo e dificil caminho a percorrer, mas cabe aos EEECSP o papel de agentes de mudança, por desenvolver estratégias adequadas á população. Assim aumenta a qualidade dos cuidados de enfermagem, que se pretendem diferenciados, centrados nas necessidades da pessoa/ família e prestados por enfermeiros especialistas.

Do estudo realizado conclui-se que é importante continuar a capacitar o CF de pessoas com D, portanto futuras investigações devem incidir nesta temática, de forma a promover a dignidade e a qualidade de vida da pessoa com D institucionalizada, mas também dos seus cuidadores. Desta forma propõem-se a realização de estudos relacionados com a aplicação do Plano Nacional para a Demência a nível das ERPI, com o objetivo de promover a consciencialização dos profissionais e da população em geral sobre a problemática, e até sobre a elaboração de protocolos/manuais de boas práticas na gestão dos cuidados às pessoas com D institucionalizadas.

Durante a realização deste estudo foram evidentes algumas limitações. No universo dos CF a mostra selecionada foi uma instituição, desta forma torna-se difícil generalizar os dados recolhidos. O tempo limitado deste estudo não permitiu estendê-lo a mais instituições de forma a recolher mais dados. O facto de existirem poucos estudos com a mesma temática a nível nacional também se apresentou como uma limitação. A realização de uma revisão integrativa da literatura mais aprofundada poderá identificar estudos que por razões de limitação de tempo não foi possível realizar neste estágio.

À medida que o envelhecimento populacional progride, mais casos de D serão diagnosticados, desta forma é fundamental o desenvolvimento de programas e intervenções educacionais sobre o cuidar desta população com necessidades

especificas. Portanto seria importante dar continuidade a este projeto, alargando a pesquisa à totalidade dos CF que prestam assistência à pessoa com D em contexto institucional, em instituições abrangidas pela UCC Celas, de forma a conhecer as necessidades sentidas e identificar os conhecimentos sobre as D, dando também continuidade às intervenções formativas, para acrescentar mais conhecimento àquele já existente sobre esta problemática tão atual, otimizando a assistência á pessoa com D institucionalizada.

A nível pessoal considero que o desenvolvimento do PIC me enriqueceu, como pessoa e como profissional de saúde, visto que agora o meu conhecimento sobre as D é maior, e a minha visão da pessoa com D é diferente. Fiquei mais sensível á problemática e tenho aplicado os conhecimentos adquiridos na minha vida profissional e pessoal.

Em síntese, as atividades realizadas nos dois contextos de Estágio, contribuíram para desenvolver de forma integrada as CE do EEECSP e as CC do EE, e compreensão do seu papel, destacando-se sobretudo:

- a relevância do EEECSP na liderança do processo de capacitação de grupos e comunidades, pelas competências que detém para o empoderando não só das pessoas mas também das organizações e das comunidades.
- a importância do EEECSP na dinamização da coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário, constituindo-se como um fator chave para a promoção da LS, junto da população.
- o destaque do EEECSP na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, em particular no âmbito da promoção da saúde oral e na vacinação, promovendo a prevenção em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, e consequentemente ganhos em saúde e bem estar da população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

0do%20ACeS%20Baixo%20Vouga.pdf

- Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego. (2018). Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego 2018- 2020. <a href="https://docplayer.com.br/120502751-Plano-local-de-saude-do-aces-do-baixo-mondego-plano-local-de-saude-agrupamento-de-centros-de-saude-do-baixo-mondego.html">https://docplayer.com.br/120502751-Plano-local-de-saude-do-baixo-mondego-plano-local-de-saude-agrupamento-de-centros-de-saude-do-baixo-mondego.html</a>
- Agrupamento De Centros De Saúde Do Baixo Vouga. (2018) Plano Local De Saúde do Grupamento De Centros De Saúde Do Baixo Vouga 2016 2020. Recuperado de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/QUEM%20SOMOS/Plano%20Local%20de%20Saúde%2
- Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. (2019). Relatório de Atividades do ACES BV 2018. Aveiro, Portugal. Recuperado de https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20019/QUEM%20SOMOS/RELATÓRIO%20DE%20ATIVIDADE S%20ACES%20BAIXO%20VOUGA%202018.pdf
- Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga Unidade de Saúde Pública. (2022). Regulamento interno da unidade de Saúde Pública: Versão de revisão 2022.
- Agrupamento de Escolas de Anadia. (2016). Regimento do Conselho Geral. Anadia, Portugal: Autor. Recuperado de http://aeanadia.pt/wp-content/uploads/2020/08/Regulamento-Interno-AEA.pdf
- Alzheimer Portugal (s.d.). Saber mais sobre a doença. Recuperado de #http://alzheimerportugal.org/pt/
- Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. Edições ISPA [ebook]. *Literacia em saúde na prática* (11-15). Recuperado de
- https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7658/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica 11.pdf
- Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. 2ª Édition. PUF

- Câmara municipal de Coimbra (2020). Perfil municipal de saúde de Coimbra 2022: Estratégia municipal de saúde de Coimbra 2021- 2025 Volume I. Coimbra, Portugal. Recuperado de <a href="https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2021/03/Perfil-Municipal-de-Sa%C3%BAde-Coimbra.pdf">https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2021/03/Perfil-Municipal-de-Sa%C3%BAde-Coimbra.pdf</a>
- Carpenter B., Balsis S, Otilingam P. G., Hanson P. K, & Gatz M. (2009). The Alzheimers Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *The Gerontologist*, 49 (2), 236 247. Recuperado de https://doi.org/10.1093/geront/gnp023
- Carpenter B, Zoller S, Balsis S, Otilingam P, & Gatz M. (2011) Demographic and Contextual Factors Related to Knowledge About Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 26(2), 121-126. Recuperado de https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1533317510394157
- Carrilho, P.M. (2012). Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7988
- Choi, H., Kim, Y., Kang, D., Kim, J., & Jang, B. (2017). Characteristics of occupational musculoskeletal disorders of five sectors in service industry between 2004 and 2013. Annals of Occupational and Environmental Medicine, 29 (41), 1-9. Recuperado de https://aoemj.org/DOIx.php?id=10.1186/s40557-017-0198-4
- Comissão regional de saúde para as demências ARS Centro, I.P. (2019). Plano Regional de Saúde na área das Demências. Portugal: autor
- Conselho Local de Ação Social de Anadia. (2019). Diagnóstico Social do Concelho de Anadia. Recuperado de <a href="https://www.cmanadia.pt/cmanadia/uploads/writer\_file/document/150/diagnostico\_social\_2016\_atual.pdf">https://www.cmanadia.pt/cmanadia/uploads/writer\_file/document/150/diagnostico\_social\_2016\_atual.pdf</a>
- Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República: série I-A n.º 109/2006.

  Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <a href="https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/D">https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/D</a>
  L 101 2006 cuidados continuados.pdf
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República: série I n.º 38/2008. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf

- Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de abril. Diário da República: série I n.º 65/2009. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\_mostra\_articulado.php?nid=1688&tabela=leis
- Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril. Diário da República: série I n.º 65/2009. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\_mostra\_articulado.php?nid=1701&tabela=leis&so\_miolo
- Decreto-Lei nº 135/2013, de 4 de outubro. Diário da República: série I nº 192. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <a href="https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei-mostra-articulado.php?nid=2025&tabela=leis&somiole">https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei-mostra-articulado.php?nid=2025&tabela=leis&somiolo=</a>
- Decreto-Lei nº 137/2013, de 7 de outubro. Diário da República: série I n.º 193/2013.

  Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071
- Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril. Diário da República: II série, n.º 74/2009. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC\_Despacho\_ 10143 2009.pdf
- Despacho n.º 5988/2018, 19 junho. Diário da República: II série, n.º 116/2018. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://files.dre.pt/2s/2018/06/116000000/1709417101.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). Maus-tratos em crianças e jovens Intervenção de Saúde. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-intervencao-da-saude-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015-2020. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/ 01/Programa\_NSE\_2015.pdf.
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Plano Nacional de Saúde 2016-2020 Extensão a 2020. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <a href="http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-">http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-</a> de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS PNSM 2017.10.09 VF.pdf.

- Direção-Geral da Saúde. (2018a). Programa Nacional de Saúde Ocupacional Extensão 2018/2020. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/PNSO\_2018\_2020.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://pt.scribd.com/document/638305126/Plano-Acao-Literacia-Saude-2019-2021
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <a href="https://pns.dgs.pt/files/2023/04/GBP">https://pns.dgs.pt/files/2023/04/GBP</a> 01 Boas-Praticas-em-Comunicacao.pdf DOI:10.13140/RG.2.2.17763.30243
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Alergia alimentar na escola. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <a href="https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/Regulamento-Alergia-Alimentar-na-Escola\_2022.pdf">https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/Regulamento-Alergia-Alimentar-na-Escola\_2022.pdf</a>.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos. Coimbra, Portugal: Autor.
- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I. & Coelho, R. (2021). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presente para atuar no futuro. *Cadernos De Saúde*,12 (Especial), 115-116. Recuperado de https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291
- Ferreira, J. A. V. (2016). Processo de cuidar da pessoa idosa com Doença de Alzheimer (DA) numa Estrutura Residencial para Idosos (ERPI): Perspetivas dos Ajudantes de Ação Direta (AAD). (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.14/22829
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*, 7 (2), 105-125. https://doi.org/10.1016/ S2468-2667(21)00249-8.

- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. (3a ed). Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021. Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de <a href="https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21">https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21</a> main&xpid=CENSOS21&xlang =pt
- Lindquist L.A., Jain N., Tam K., Martin G.J. & Baker D.W. (2010). Inadequate health literacy among paid caregivers of seniors. *Journal of General Internal Medicine* 26 (5), 474–479. Recuperado de <a href="https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8b7b7e8e-c3c0-4dee-a91a-5b6ce521728c%40redis DOI: 10.1007/s11606-010-1596-2">10.1007/s11606-010-1596-2</a>
- Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N. & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: O caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. In A. Anica & C. de Sousa (Eds.), *Envelhecimento ativo e educação II*, (pp. 87-100). Universidade do Algarve. Portugal. Recuperado de https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/14868/1/Envelhecimento\_EBook-páginas-87-102.pdf
- Melo P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel-edições técnicas
- Ministério da Saúde (2022a). Bilhete de Identidades dos Cuidados de Saúde Primários. ACeS Baixo Vouga. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/Pages/default.aspx
- Ministério da Saúde (2022b). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. USP Baixo Vouga. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010183/Pages/default.aspx
- Ministério da Saúde (2022c). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. ACeS Baixo Mondego. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx
- Ministério da Saúde (2022d). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. UCC Celas. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20020/2060851/Pages/default.aspx
- Município de Anadia (2022). Centro de Saúde de Anadia ocupa instalações provisórias. Recuperado de: https://www.cm-anadia.pt/pages/1013?news\_id=1152

- Nass, E. M. A., Teston, E. F., Peruzzo, H. E., Mincoff, R. C. L. & Marcon, S. S. (2016).
  A institucionalização do idoso com Alzheimer como consequência da dificuldade no trato com o idoso. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, 10 (11),4090-6.
  DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201634 Recuperado de https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11495/13358
- Neves, M. M. A. M.C. (2022). Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório guia orientador. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Observatório Local de Saúde USP ACeS do Baixo Vouga. (2022). Perfil de Saúde da Região do Baixo Vouga. Nº 10. Portugal: Autor.
- Observatório Regional de Saúde do Centro (2022). Demências diagnósticos associados. Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República n.º 205/1996, I-A Série. Recuperado de <a href="https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf">https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf</a>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codi goDeontologico.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Regulamento n.º 348/2015. Diário da República n.º 118/2015, II Série. Recuperado de
  - https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa. Lusodidata. <a href="https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\_2015.pdf">https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\_2015.pdf</a>
- Ordem dos Enfermeiros (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. Regulamento nº 428/2018. Diário da República nº 135/2018, Il Série. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Regulamento nº 140/2019. Diário da República. nº 26, II série. Recuperado de <a href="https://dre.pt/application/conteudo/119236195">https://dre.pt/application/conteudo/119236195</a>
- Organização das Nações Unidas. (2022). Envelhecimento. Recuperado de <a href="https://unric.org/pt/envelhecimento/">https://unric.org/pt/envelhecimento/</a>
- Pereira A. P. (2022) Vivência emocional, stressores e coping em cuidadores formais de idosos em contexto de pandemia Covid-19 (Tese de Mestrado, Escola Superior deTecnologia da Saúde de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. Portugal. Recuperado de <a href="https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/14617">https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/14617</a>
- Pereira, S. A. S., & Marques, E. M. B. G. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista INFAD de Psicologia*, 1 (2), 133-139. https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/4200/1/0214-9877 2014 2 1 133.pdf
- Portaria 394-A/2012, de 29 de Novembro. Diário da República: 1º suplemento, I série, nº 231/2012. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/394-a-2012-603766
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T. & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia, An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Disease International (ADI)*. London, England. Recuperado de <a href="https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf">https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf</a>
- Rantapää M., Virtanen I., & Pekkala S. (2023). Formal caregivers' perceptions of everyday interaction with Deaf people with dementia. *Clinical Gerontologist*, 1-14. https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2167623
- Resciniti N. V., Tang W., Tabassum M., Pearson J. L., Spencer S. M., Lohman M. C., Ehlers D. K., Al-Hasan D., Miller M. C., Teixeira A. & Friedman D. B. (2020). Knowledge evaluation instruments for dementia caregiver education programs: A scoping review. *Japan Geriatrics Society*. 20 (5), 397-413. Recuperado de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ggi.13901
- Santana I., Farinha F., Freitas S., Rodrigues V. & Carvalho A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos

- Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28, 182-188. Ordem dos Médicos.
- Sefcik J. S., Boltz M., Dellapina M., & Gitlin L. N. (2022). Are Interventions for Formal Caregivers Effective for Improving Dementia Care? A Systematic Review of Systematic Reviews. *Innovation in Aging*, 6 (2), 1-16. https://doi.org/10.1093/geroni/igac005
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental. Lidel, Edições Técnicas, Lda
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (2ªEdição). Lisboa, Portugal: Lidel. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/323323078\_Cuidar\_de\_Idosos\_com\_depe ndencia\_Fisica\_e\_Mental\_2\_edicao/link/5a8dff7aa6fdcc808c0f10cf/download
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). Bases para a Definição de Políticas Públicas na Área das Demências. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/BASES-PARA-A-DEFINIÇÃO-DE-POLÍTICAS-PÚBLICAS-NA-ÁREA-DAS-DEMÊNCIAS anx.pdf
- Sousa, S. (2020). Capacitar para cuidar Capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Escola Superior de Saúde. Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33536
- UCC Celas (2018). Manual de Acolhimento de Profissionais e Estudantes, Revisto em junho de 2021. Coimbra, Portugal: Autor.
- UCC Celas. (2019). Relatório de atividades da UCC de Celas de 2018. Coimbra, Portugal: Autor.
- UCC Celas. (2020). Relatório de atividades da UCC de Celas de 2019. Coimbra, Portugal: Autor.
- USP do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. (2019). Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. Aveiro, Portugal: Autor.
- USP do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. (2022). Sessão de acolhimento. USP-Unidade Local de Anadia. Anadia, Portugal: Autor.
- World Health Organization. (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity

- development of health educators. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB 2012 EN 1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB 2012 EN 1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y</a>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463
- World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025.
- World Health Organization. (2018). Towards a dementia plan: a WHO guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/9789241514132.
- World Health Organization. (2021a). Global status report on the public health response to dementia. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf</a>.
- World Health Organization. (2021b). Towards a dementia-inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives (DFIs). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531">https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531</a>
- World Health Organization. (2021c). Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349">https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349</a>
- Yuen E. Y. N., Knight T., Ricciardelli L. A. & Burney S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. Health and Social Care in the Community. 26 (2), 191-206. Recuperado de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hsc.12368

# **APÊNDICES**

# APÊNDICE I - Cronograma do Projeto de Intervenção na Comunidade "Capacitar para cuidar de pessoas com Demência".

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades/período		2022						2023	
de execução	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Apresentação do projeto e proposta de intervenção									
Pedido de autorização á ERPI para aplicar o questionário									
Aplicação do questionário e agendamento das sessões formativas									
Realização da 1ª sessão formativa									
Realização da 2ª e 3ª sessão formativa Aplicação do									
questionário									

**APÊNDICE II** - Pedido de autorização à entidade para aplicar o questionário aos seus funcionários

Exmo. Senhora Diretora Técnica da Casa de S. José Caríssima Dra. Catarina Bettencourt

Eu, Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro, mestranda pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação pedagógica da Professora Marília Neves, e com tutoria da Enfermeira Cristina Crespo, Especialista em Enfermagem Comunitária, e Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Ceias, Coimbra, presentemente estou a desenvolver um Projeto de Intervenção na Comunidade, no contexto da Prática Clínica na UCC de Celas, inserido no projeto "Capacitar para Cuidar" desenvolvido pela UCC, que visa a capacitação dos cuidadores formais de pessoas com demência que integram as ERPI/ entidades similares e Serviços de Apoio Domiciliário das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) da abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Celas. Portanto venho por este meio solicitar a vossa autorização para realizar um questionário aos profissionais da sua instituição que cuidam dos doentes com demência/Doença de Alzheimer. Excluem-se os profissionais de saúde a prestarem cuidados nestas instituições. O questionário será a Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer. O questionário será aplicado através do Google Formulário. Face ao exposto, aguardamos por parte de Vossa Excelência, a autorização para que a esta investigação científica possa avançar, assumindo desde já, que todos os princípios éticos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos serão salvaguardados.

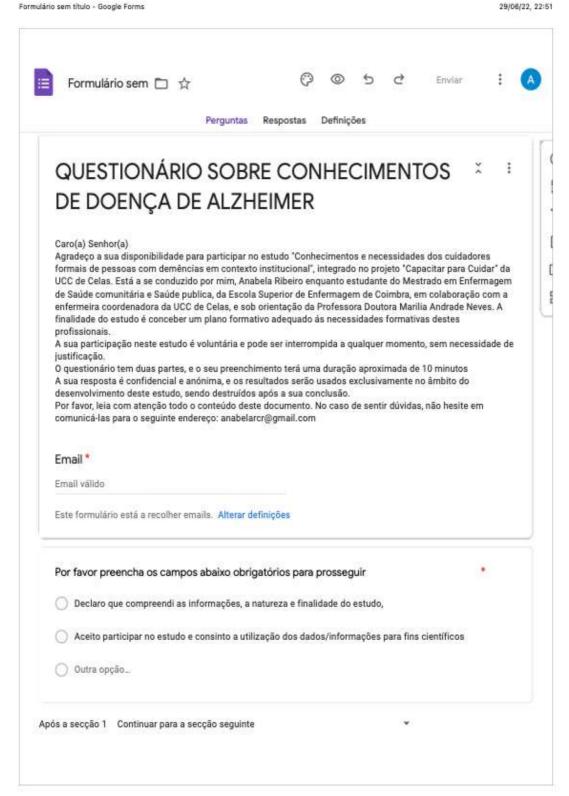
Sem outro assunto, agradecemos a atenção disponibilizada.

Avalob Robinson Do civila Riberro

Atenciosamente.

Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro

Alrando Edenier Betkenword 10/08/22 Formulário sem título - Google Forms



# APÊNDICE IV - Questionário sociodemográfico, habilitações literárias e formação

QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTOS DE DOENÇA DE ALZHEIMER

29/06/22, 22:59

D	ADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:
2.	Idade*
3.	Habilitações Literárias *
	Marcar apenas uma oval.
	1º Ciclo
	2º Ciclo
	3º Ciclo
	Ensino Secundário
	Ensino Superior
	Outra:
4.	Teve algum tipo de formação para exercer a sua função *
	Marcar apenas uma oval.
	Sim
	Não
5.	Se respondeu Sim á pergunta anterior, que tipo de formação frequentou?

Quais são as principais dificuldades que sente ao cuidar de doentes com Demências? \*

6.

## **APÊNDICE V** – Questionário sobre contributos do programa formativo



# **APÊNDICE VI** – Matriz de redução de dados nº1

"Quais são as principais dificuldades que sente ao cuidar de doentes com demências?"					
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO				
Dificuldade na estimulação dos utentes (cognitiva e física)	"Dificuldades físicas e motoras" C <sub>8</sub> , C <sub>10</sub> , C <sub>11</sub> , C <sub>12</sub> , C <sub>13</sub> , C <sub>14</sub> "Conseguir que participem nas atividades"C <sub>1</sub> "Estratégias de estimulação cognitiva" C <sub>6</sub>				
Dificuldade na comunicação com os utentes	"As dificuldades que eu sinto, são em relação á comunicação" C <sub>5</sub> "Tentar compreender o que sentem" C <sub>7</sub>				
Dificuldades pessoais perante a Demência	"Temos que ter muita calma para tentar resolver as situações"C <sub>4</sub> "Lidar com a demência"C <sub>15</sub>				
Dificuldade em reconhecer as dificuldades	Não responde C <sub>2</sub> , C <sub>14</sub> "Tento ajudar da melhor forma possível, estando atenta aos doentes"C <sub>3</sub> ,				

# **APÊNDICE VII -** Resultados da ECDA antes do programa formativo

Nº	QUESTÕES	RESPOSTAS CERTAS (%, n)	RESPOSTAS ERRADAS (%, n)
1	As pessoas com doença de Alzheimer são particularmente propensas à depressão.	100% (n=15)	0% (n=0)
2	Está cientificamente comprovado que o exercício mental pode impedir que uma pessoa contraia a doença de Alzheimer.	53,33 (n=8)	46,67% (n=7)
3	Após o aparecimento dos sintomas da doença de Alzheimer a esperança média de vida é de 6 a 12 anos.	26,66 (n=4)	73,34% (n=11)
4	Quando uma pessoa com doença de Alzheimer fica agitada, exames médicos podem revelar outros problemas de saúde como causa dessa agitação.	80% (n=12)	20%(n=3)
5	As pessoas com doença de Alzheimer respondem melhor a instruções simples, dadas uma de cada vez.	80% (n=12)	20% (n=3)
6	Quando as pessoas com doença de Alzheimer começam a ter dificuldades em cuidar de si próprias, os cuidadores devem assumir imediatamente essas responsabilidades.	33,33% (n=5)	66,67% (n=10)
7	Se uma pessoa com doença de Alzheimer começa a ficar alerta e agitada durante a noite, uma boa estratégia é tentar certificar-se de que esta pratique bastante atividade física durante o dia.	33,33% (n=5)	66,67% (n=10)
8	Em casos raros houve pessoas que recuperaram da doença de Alzheimer.	80% (n=12)	20% (n=3)
9	Pessoas cuja doença de Alzheimer ainda não se encontra num estado avançado, podem beneficiar de psicoterapia para tratar a depressão e ansiedade.	86,66% (n=13)	13,34% (n=2)
10	Se surgem problemas de memória e pensamentos confusos de forma repentina, tal deve-se provavelmente à doença de Alzheimer.	40% (n=6)	60% (n=9)
11	A maioria das pessoas com doença de Alzheimer vive em lares de idosos.	33,33% (n=5)	66,67% (n=10)
12	A má nutrição pode levar ao agravamento dos sintomas da doença de Alzheimer.	60% (n=9)	40% (n=6)
13	Pessoas na faixa dos 30 anos de idade podem ter doença de Alzheimer.	73,33% (n=11)	26,67% (n=4)
14	O risco de queda de uma pessoa com doença de Alzheimer tende a aumentar com o agravamento da doença.	93,33% (n=14)	6,67% (n=1)
15	Quando as pessoas com doença de Alzheimer repetem uma pergunta ou histórias várias vezes, é útil relembrá-las que se estão a repetir.	66,66% (n=10)	33,34% (n=5)
16	Assim que as pessoas têm doença de Alzheimer, deixam de ser capazes de tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados.	33,33% (n=5)	66,67% (n=10)
17	Eventualmente, uma pessoa com doença de Alzheimer irá precisar de vigilância 24 horas por dia.	93,33% (n=14)	6,67% (n=1)
18	Ter colesterol alto pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver a doença de Alzheimer.	13,33% (n=2)	86,67% (n=13)
19	Tremor ou agitação das mãos ou braços é um sintoma comum em pessoas com doença de Alzheimer	46,66% (n=7)	53,34% (n=8)

20	Sintomas de depressão grave podem ser confundidos com os sintomas da doença de Alzheimer	66,66% (n=10)	33,34% (n=5)
21	A doença de Alzheimer é um tipo de demência	100% (n=15)	0% (n=0)
22	Dificuldades em lidar com o dinheiro ou em pagar as contas é um sintoma inicial comum da doença de Alzheimer.	66,66% (n=10)	33,34% (n=5)
23	Um sintoma que pode ocorrer com a doença de Alzheimer é pensar que as outras pessoas estão a roubar as nossas coisas.	93,33% (n=14)	6,67% (n=1)
24	Quando uma pessoa tem doença de Alzheimer, a utilização de lembretes escritos é um apoio que pode contribuir para o seu declínio.	53,33 (n=8)	46,67% (n=7)
25	Existem medicamentos, disponíveis mediante prescrição médica, que previnem a doença de Alzheimer.	46,66% (n=7)	53,34% (n=8)
26	Ter hipertensão arterial pode aumentar o risco de desenvolvimento da doença de Alzheimer	26,66 (n=4)	73,34% (n=11)
27	Os genes contribuem apenas parcialmente para o desenvolvimento da doença de Alzheimer	73,33% (n=11)	26,67% (n=4)
28	É seguro para uma pessoa com doença de Alzheimer conduzir, desde que tenha sempre um acompanhante no carro.	93,33% (n=14)	6,67% (n=1)
29	A doença de Alzheimer é incurável	93,33% (n=14)	6,67% (n=1)
30	A maioria das pessoas com Alzheimer recorda mais facilmente acontecimentos recentes do que coisas que aconteceram no passado	80% (n=12)	20% (n=3)

**APÊNDICE VIII -** Conteúdo do programa formativo "Capacitar para cuidar de pessoas com demência"

#### ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

# I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

#### **ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Ano Letivo 2022/2023

Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro Estudante Nº 22143003

PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA CASA S. JOSÉ

## SESSÃO 1

**TEMA:** Conceitos sobre Demências

FINALIDADE: Aumentar a literacia dos cuidadores formais da Casa de S. José sobre

as demências

DATA: 12/01/2023

**HORA:** 14h30

**DURAÇÃO:** 45 minutos

LOCAL: Casa de S. José

POPULAÇÃO-ALVO: Cuidadores formais da pessoa com demência da Casa de S. José

OBJETIVO GERAL: Promover a compreensão dos cuidadores sobre o processo

demencial e a pessoa com demência

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Cuidadores formais da pessoa com demência que

aceitarem participar.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Profissionais de saúde da Instituição

#### SESSÃO 2

**TEMA:** Comunicação na Demência.

FINALIDADE: Capacitar os cuidadores formais da Casa de S. José sobre estratégias

comunicacionais com a pessoa com demência.

**DATA:** 26/01/2023

**HORA:** 14h30

**DURAÇÃO:** 45 minutos

LOCAL: Casa de S. José

POPULAÇÃO-ALVO: Cuidadores formais da pessoa com demência da Casa de S. José

OBJETIVO GERAL: Compreender quais as estratégias a utilizar na comunicação da

pessoa com demência.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Cuidadores formais da pessoa com demência.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Profissionais de saúde

#### SESSÃO 3

**TEMA:** Autocuidado dos cuidadores.

FINALIDADE: Promover estratégias de melhoria do bem-estar dos cuidadores formais

da Casa de S. José

**DATA:** 2/02/2023

**HORA:** 14h30

**DURAÇÃO:** 45 minutos

LOCAL: Casa de S. José

POPULAÇÃO-ALVO: Cuidadores formais da pessoa com demência da Casa de S. José

**OBJETIVO GERAL:** Ensinar estratégias de autocuidado para lidar com o papel de ser cuidador.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Cuidadores formais da pessoa com demência.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Profissionais de saúde

Sessões	Objetivos Especificos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos	
Sessão 1	Que os cuidadores formais sejam capazes de:	- Demência: definição, tipos	- Método expositivo e	<u>Humanos:</u> - Colaboradoras;	-Validação dos conteúdos
		de demência e sinais e	participativo	- Enfermeiras Cristina e	abordados
	- Compreender o processo demencial -Compreender de que forma a	sintomas;		Anabela	-Participação nas atividades
	demência afeta a comunicação;	- Principais alterações nas	- Dinâmica grupal	Estruturais:	
	- Identificar as principais alterações	atividades de vida diária;	- Dinamica grupai	- Sala da Instituição com	
	nas atividades de vida diária;			iluminação adequada	
	- Identificar estratégias a adotar nas	- Estratégias para		- Mesa e Cadeiras	
	atividades de vida diária;	promoção das atividades de		Materiais:	
		vida diária;		- Computador;	
				- Projetor;	
				- Cabo HDMI;	
				-Vídeo ilustrativo	
Sessão 2	Que os cuidadores formais sejam capazes de:  - Adotar estratégias de comunicação na demência.  - Promover um ambiente seguro para o doente	- Estratégias na comunicação da pessoa com demência.	-Roleplay  - Método demonstrativo  - Folheto informativo	Humanos: - Colaboradoras; - Enfermeiras Cristina e Anabela Estruturais: - Sala da Instituição com iluminação adequada	-Validação dos conteúdos abordados -Participação nas atividades
				- Mesa e Cadeiras	

Casa Za 2	Que os cuidadores formais sejam	-Estratégias de coping	Roda de	Materiais: - Computador; - Projetor; - Cabo HDMI;  Humanos:	-Validação dos
Sessão 3	capazes de: - Aplicar estratégias de autocuidado melhorar o seu bem-estar - Identificar recursos de apoio ao bem-estar	- Sessão de relaxamento - Ginástica laboral - Estruturas de apoio (psicólogo da USF e UCC)	conversa Método Interativo	- Colaboradoras; - Enfermeiras Cristina e Anabela  Estruturais: - Sala com iluminação adequada - Mesa e Cadeiras  Materiais: - Computador; - Projetor; - Cabo HDMI;	conteúdos abordados -Participação nas atividades Questinário ECDA

# **APÊNDICE IX -** Matriz de redução de dados nº2

Qual foi o contributo da formação "Capacitar para cuidar" para a realização das suas funções"?						
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO					
Melhorou a capacidade de prestar cuidados de qualidade	"Para melhorar as minhas tarefas a realizar com os utentes no meu local de trabalho, bem como eventualmente no futuro a nível de cuidados a um familiar que venha a necessitar devido á doença" A <sub>1</sub> "Maior conhecimento/outra realidade/melhor preparação para saber cuidar" A <sub>2</sub> "O contributo da formação serviu para um conhecimento maior para saber lidar melhor com a doença" A <sub>5</sub>					
Esclarecer dúvidas sobre as demências	"Tirar duvidas sobre a doença" A <sub>3</sub> , A <sub>4</sub>					
Não reconheceu os benefícios	Não responde A <sub>6</sub> , A <sub>7</sub> , A <sub>8</sub> , A <sub>9</sub> , A <sub>10</sub> , A <sub>11</sub> , A <sub>12</sub> , A <sub>13</sub>					

# **APÊNDICE X -** Resultados da ECDA depois do programa formativo.

Nº	QUESTÕES	RESPOSTAS CERTAS (%, n)	RESPOSTAS ERRADAS (%, n)
1	As pessoas com doença de Alzheimer são particularmente propensas à depressão.	92,31% (n=12)	7,69% (n=1)
2	Está cientificamente comprovado que o exercício mental pode impedir que uma pessoa contraia a doença de Alzheimer.	46,15 % (n=6)	53,85% (n=7)
3	Após o aparecimento dos sintomas da doença de Alzheimer a esperança média de vida é de 6 a 12 anos.	100% (n=13)	0% (n=0)
4	Quando uma pessoa com doença de Alzheimer fica agitada, exames médicos podem revelar outros problemas de saúde como causa dessa agitação.	84,62% (n=11)	15,38% (n=2)
5	As pessoas com doença de Alzheimer respondem melhor a instruções simples, dadas uma de cada vez.	92,31% (n=12)	7,69% (n=1)
6	Quando as pessoas com doença de Alzheimer começam a ter dificuldades em cuidar de si próprias, os cuidadores devem assumir imediatamente essas responsabilidades.	46,15 % (n=6)	53,85% (n=7)
7	Se uma pessoa com doença de Alzheimer começa a ficar alerta e agitada durante a noite, uma boa estratégia é tentar certificar-se de que esta pratique bastante atividade física durante o dia.	76,92% (n=10)	23,08% (n=3)
8	Em casos raros houve pessoas que recuperaram da doença de Alzheimer.	100% (n=13)	0% (n=0)
9	Pessoas cuja doença de Alzheimer ainda não se encontra num estado avançado, podem beneficiar de psicoterapia para tratar a depressão e ansiedade.	100% (n=13)	0% (n=0)
10	Se surgem problemas de memória e pensamentos confusos de forma repentina, tal deve-se provavelmente à doença de Alzheimer.	38,46% (n=5)	61,54% (n=8)
11	A maioria das pessoas com doença de Alzheimer vive em lares de idosos.	61,54% (n=8)	38,46% (n=5)
12	A má nutrição pode levar ao agravamento dos sintomas da doença de Alzheimer.	76,92% (n=10)	23,08% (n=3)
13	Pessoas na faixa dos 30 anos de idade podem ter doença de Alzheimer.	84,61% (n=11)	15,38% (n=2)
14	O risco de queda de uma pessoa com doença de Alzheimer tende a aumentar com o agravamento da doença.	100% (n=13)	0% (n=0)
15	Quando as pessoas com doença de Alzheimer repetem uma pergunta ou histórias várias vezes, é útil relembrá-las que se estão a repetir.	92,31% (n=12)	7,69% (n=1)
16	Assim que as pessoas têm doença de Alzheimer, deixam de ser capazes de tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados.	61,53% (n=8)	38,46% (n=5)
17	Eventualmente, uma pessoa com doença de Alzheimer irá precisar de vigilância 24 horas por dia.	100% (n=13)	0% (n=0)
18	Ter colesterol alto pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver a doença de Alzheimer.	76,92% (n=10)	23,08% (n=3)
19	Tremor ou agitação das mãos ou braços é um sintoma comum em pessoas com doença de Alzheimer	69,23% (n=9)	30,77% (n=4)
20	Sintomas de depressão grave podem ser confundidos com os sintomas da doença de Alzheimer	76,92% (n=10)	23,08% (n=3)
21	A doença de Alzheimer é um tipo de demência	100% (n=13)	0% (n=0)
22	Dificuldades em lidar com o dinheiro ou em pagar as contas é um sintoma inicial comum da doença de Alzheimer.	100% (n=13)	0% (n=0)

23	Um sintoma que pode ocorrer com a doença de Alzheimer é	100% (n=13)	0% (n=0)
	pensar que as outras pessoas estão a roubar as nossas		
	coisas.		
24	Quando uma pessoa tem doença de Alzheimer, a utilização de	53,85% (n=7)	46,15% (n=6)
	lembretes escritos é um apoio que pode contribuir para o seu		
	declínio.		
25	Existem medicamentos, disponíveis mediante prescrição	61,54% (n=8)	38,46% (n=5)
	médica, que previnem a doença de Alzheimer.		
26	Ter hipertensão arterial pode aumentar o risco de	84,61%	15,38% (n=2)
	desenvolvimento da doença de Alzheimer	(n=11)	, ,
27	Os genes contribuem apenas parcialmente para o	92,31%	7,69% (n=1)
	desenvolvimento da doença de Alzheimer	(n=12)	
28	É seguro para uma pessoa com doença de Alzheimer	100% (n=13)	0% (n=0)
	conduzir, desde que tenha sempre um acompanhante no	,	, ,
	carro.		
29	A doença de Alzheimer é incurável	100% (n=13)	0% (n=0)
	,	,	, ,
30	A maioria das pessoas com Alzheimer recorda mais facilmente	100% (n=13)	0% (n=0)
	acontecimentos recentes do que coisas que aconteceram no		
	passado		
	r	l	

APÊNDICE XI - Resultados globais da ECDA, por área temática.

Questão nº	Pergunta		stas erradas	<del>6</del> C	
n		Antes do programa formativo	Após programa formativo	Conteú do	
1	As pessoas com doença de Alzheimer são				
	particularmente propensas à depressão.			Щ	
11	A maioria das pessoas com doença de Alzheimer vive			)acto	
	em lares de idosos.	68, 89%	20, 51%	to na v doente	
28	É seguro para uma pessoa com doença de Alzheimer			Impacto na vida do doente	
	conduzir, desde que tenha sempre um acompanhante			a do	
	no carro.				
2	Está cientificamente comprovado que o exercício			Ţ	
	mental pode impedir que uma pessoa contraia a			Fatores de Risco	
	doença de Alzheimer.			es d	
13	Pessoas na faixa dos 30 anos de idade podem ter			е 2.	
	doença de Alzheimer.	52,22%	23,97%	sco	
18	Ter colesterol alto pode aumentar o risco de uma				
	pessoa desenvolver a doença de Alzheimer				
25	Existem medicamentos, disponíveis mediante				
	prescrição médica, que previnem a doença de				
	Alzheimer.				
26	Ter hipertensão arterial pode aumentar o risco de				
	desenvolvimento da doença de Alzheimer				
27	Os genes contribuem apenas parcialmente para o				
	desenvolvimento da doença de Alzheimer				
19	Tremor ou agitação das mãos ou braços é um sintoma			σ	
	comum em pessoas com doença de Alzheimer			Sintomas	
22	Dificuldades em lidar com o dinheiro ou em pagar as			nas	
	contas é um sintoma inicial comum da doença de				
	Alzheimer.				
23	Um sintoma que pode ocorrer com a doença de	28,33%	7,69%		
	Alzheimer é pensar que as outras pessoas estão a				
	roubar as nossas coisas.				
30	A maioria das pessoas com Alzheimer recorda mais				
	facilmente acontecimentos recentes do que coisas que				
	aconteceram no passado				
9	Pessoas cuja doença de Alzheimer ainda não se			_	
	encontra num estado avançado, podem beneficiar de			Tratamentos	
	psicoterapia para tratar a depressão e ansiedade.			mer	
12	A má nutrição pode levar ao agravamento dos	33,34%	17,31%	ntos	
	sintomas da doença de Alzheimer				
24	Quando uma pessoa tem doença de Alzheimer, a				
	utilização de lembretes escritos é um apoio que pode				
	contribuir para o seu declínio.				

29	A doença de Alzheimer é incurável			
5	As pessoas com doença de Alzheimer respondem			Ñ
	melhor a instruções simples, dadas uma de cada vez.			Ser cuidador
6	Quando as pessoas com doença de Alzheimer			uida:
	começam a ter dificuldades em cuidar de si próprias,			dor
	os cuidadores devem assumir imediatamente essas			
	responsabilidades.			
7	Se uma pessoa com doença de Alzheimer começa a			
	ficar alerta e agitada durante a noite, uma boa	50,67%	26,15%	
	estratégia é tentar certificar-se de que esta pratique			
	bastante atividade física durante o dia.			
15	Quando as pessoas com doença de Alzheimer			
	repetem uma pergunta ou histórias várias vezes, é útil			
	relembrá-las que se estão a repetir.			
16	Assim que as pessoas têm doença de Alzheimer,	1		
	deixam de ser capazes de tomar decisões informadas			
	sobre os seus próprios cuidados.			
4	Quando uma pessoa com doença de Alzheimer fica			
	agitada, exames médicos podem revelar outros			>
	problemas de saúde como causa dessa agitação.			Avaliação e diagnóstico
10	Se surgem problemas de memória e pensamentos			аção
	confusos de forma repentina, tal deve-se	28,34%	25%	e d
	provavelmente à doença de Alzheimer.			iagr
20	Sintomas de depressão grave podem ser confundidos			ıósti
	com os sintomas da doença de Alzheimer			8
21	A doença de Alzheimer é um tipo de demência			
3	Após o aparecimento dos sintomas da doença de			D
	Alzheimer a esperança média de vida é de 6 a 12 anos.			Desen
8	Em casos raros houve pessoas que recuperaram da	]		nvol
	doença de Alzheimer.			vim
14	O risco de queda de uma pessoa com doença de	26,67%	0,0%	/imento e p
	Alzheimer tende a aumentar com o agravamento da			nça
	doença.			rogr
17	Eventualmente, uma pessoa com doença de	1		volvimento e progressão da doença
	Alzheimer irá precisar de vigilância 24 horas por dia.			ão
	<u> </u>	I .	1	l

## APÊNDICE XII - Cronograma de atividades na USP Unidade Local de Anadia 1



## I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES REALIZADAS NA PRÁTICA CLÍNICA - USP UNIDADE LOCAL ANADIA 2022

	13 a 17 junho	20 a 24 junho	27junho a 1 julho	4 a 8 julho	11 a 15 julho
Consulta de Saúde					
Ocupacional					
Consulta telefónica-					
Cheque dentista					
Vacinação no CVC					
Vacinação em ERPI					
Avaliação da Saúde					
Escolar					
Planeamento					
calendário vacinal					
Covid-19					
Recolha de dados					
sobre Demências					
Avaliação					

# APÊNDICE XIII – Cronograma de atividades na USP Unidade Local de Anadia 2



## I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

#### CRONOGRAMA DE ATIVIDADES - USP Unidade Local de Anadia 2022

Atividades Realizadas no Estágio na USP Anadia de 26/09/2022 a 02/12/2022							
26/09/2022	28/09/2022	03/10/2022	07/10/2022	11/10/2022			
Plano de vacinação da Covid.  Contactos telefónicos com coorte dos 7 anos (Programa do cheque dentista).	Reunião da USP em Estarreja	Fim dos contactos telefónicos à coorte dos 7 anos (Programa do cheque dentista).	Elaboração de nota informativa para colocar no site da Câmara Municipal de Anadia, apelando á população para utilizar o cheque dentista até ao fim de outubro.	Vacinação no CVC  Assisti a auditoria ao registo do processo vacinal em ERPI			
17/10/2022	24/10/2022	26/10/20	2/11/2022	4/11/2022			
Vacinação no CVC	Gestão do processo vacinal (planeamento da vacinação no CVC)		Vacinação no CVC. Reunião da Equipa de Saúde Escolar.	Formação- Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na escola -			
			Levantamento dos dados relativos á utilização do cheque dentista na coorte dos 7 anos				

7/11/2022	9/11/2022	Vacinação de ERPI (utentes e profissionais de saúde), e registo no Sclinico Central.  Elaboração (em conjunto com Daniela) de procedimento de registo de vacinas no Sclinico Central  14/11/2022	16/11/2022	23/11/2022
Realização da auditoria ao Procedimento do NACJR.  Elaboração do Procedimento de vacinação para a Covid 19 e gripe, de utentes em ERPI	Vacinação em CVC.  Elaboração de Manual de procedimentos sobre registos de vacinação em ERPI	Elaboração de documentos de apoio ao NACJR	Vacinação em CVC Reunião do NACJR	3º Congresso USP Aces BV em Ílhavo
25/11/2022	29/11/2022	30/11/2022	02/12/2022	
Reunião USP de Enfermagem	Avaliação	Vacinação CVC  Gestão do Programa Cheque dentista	Elaboração do Relatório de Atividades	

#### APÊNDICE XIV – Nota Informativa para a Câmara Municipal de Anadia

# PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) 2021-2025 pretende promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e tendência para a universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais, as quais são altamente vulneráveis às medidas de prevenção.

#### **Objetivos Gerais**

- Reduzir as doenças orais da população;
- Promover a progressiva capacitação da população em matéria deliteracia e promoção da saúde, prevenindo as doenças orais ao longo do percurso da vida;
- Aumentar e melhorar a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) às necessidades de saúde oral da população.
- Promover a universalidade e a equidade, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis.

As doenças orais são um problema de saúde pública devido ao impacto sobre a saúde, desenvolvimento e bem-estar das crianças e jovens, podendo interferir drasticamente com o seu crescimento.

Os <u>cheques-dentista</u> são guias que dão acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária. Abrange diversas áreas como prevenção, diagnóstico e tratamento.

Aos **7, 10 e 13 anos** a emissão é efetuada pelo assistente técnico do Centro de Saúde, a partir das listagens fornecidas pelas escolas da área de abrangência do Centro de Saúde, e os documentos são entregues pelo professor (1º ciclo) ou diretor de turma (2º e 3º ciclo) aos encarregados de educação.

A Unidade de Saúde Publica de Anadia relembra as famílias e cuidadores que o cheque dentista das crianças que nasceram em 2014, 2011 e 2008 tem validade até 31 de outubro de 2022. Após a perda de validade não poderá utilizá-lo.

Pode verificar os cheques-dentista através da <u>área pessoal do portal do SNS 24,</u> acedendo à secção 'Os meus registos', clicando no item 'Boletins' e selecionando o separador 'Boletim de saúde oral'.

Pode utilizar o <u>cheque-dentista</u> em qualquer ponto do país, num médico aderente ao <u>Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral</u>, disponível através de uma <u>lista nacional</u>. Não tem qualquer custo. Os utentes beneficiários têm liberdade de escolha do prestador entre os profissionais de saúde aderentes. Se perdeu o cheque-dentista pode, junto do seu centro de saúde, solicitar a sua reimpressão ou solicitar o cheque através do email <u>siso@dgs.min-saude.pt</u>.

Direção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa, Portugal

# APÊNDICE XV - Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) no Sclínico Central, de utentes em ERPI/Lares







Unidade de Saúde Pública

**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

09/11/2022

#### Descrição:

O SClínico Cuidados de Saúde Primários é um sistema de informação, desenvolvido pela SPMS, inserido na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. Pretende-se que seja uma aplicação única e comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente, que permitirá homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

A vacinação contra a COVID-19 é uma resposta central e de reforço, a par das respostas já existentes, cujo objetivo é prevenir o surgimento da doença grave e das suas consequências, reduzindo a pressão exercida sobre o sistema de saúde. O registo da vacinação é efetuado diretamente no sistema Vacinas, que permite que a vacina conste automaticamente no calendário vacinal do utente, na Plataforma Vacinas (acessível aos profissionais de saúde), na <a href="mailto:aplicação móvel SNS 24">aplicação móvel SNS 24</a> (no boletim de vacinas) e na <a href="mailto:area pessoal do portal do SNS 24">area pessoal do portal do SNS 24</a>

Siglas: AT: Assistente Técnica

ERPI: Estruturas Residenciais para Idosos

ESP/C: Enfermeira/o Especialista em Enfermagem Comunitária/ de Saúde Pública

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPMS: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

#### Entradas:

https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/vacina-covid-19/

Ativi	dades	Atores	Registos
1	Inscrição dos utentes no SClínico	AT	SINUS
2	Abrir SClínico Central	ESP/C	SClínico Central
3	Selecionar o utente e abrir contacto presencial	ESP/C	SClínico Central
4	Para os utentes com mais de 65 anos selecionar os Programas: Saúde da Comunidade, Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas e Dependentes	ESP/C	SClínico Central

ACIN MARK VINAS	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
-----------------	----------------------------------	---------------------------------	--







<b>Título:</b> Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e	09/11/2022
Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central	

	Para os utentes com menos de 65 anos selecionar os Programas: Saúde da Comunidade, Saúde do Adulto e Dependentes		
5	Realizar o registo da(s) vacina(s) no Vacinas Verificar se há vacinas em atraso	ESP/C	SClínico Central Vacinas
6	Abrir Processo de Enfermagem e levantar como foco de atenção: adesão á vacinação	ESP/C	SClínico Central
	Selecionar as intervenções: -Administrar vacina -Avaliar adesão á vacinação -Vigiar resposta/reação á vacina -Orientar para enfermeiro de família (se o utente tiver vacinas em atraso) Gravar		
6	Abrir Mapa de Cuidados e registar as intervenções realizadas	ESP/C	SClínico Central
7	Sair	ESP/C	

Saídas:

Plataforma Vacinas

SClinico

ASS.: ASS.:	Acad Rese Weigh	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
-------------	-----------------	----------------------------------	---------------------------------	--



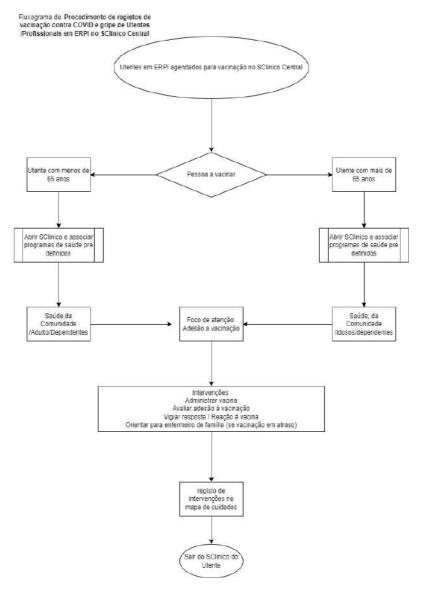




**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

09/11/2022

#### Fluxograma:



Elaborado por:

Data:

Ass.:

Aprovado por:

Data:

Ass.:

1	_
,	
_	•







**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 1. Após inscrição dos utentes no SClínico Central, selecionar o utente e abrir o contacto presencial, clicando em "Abrir Contacto"

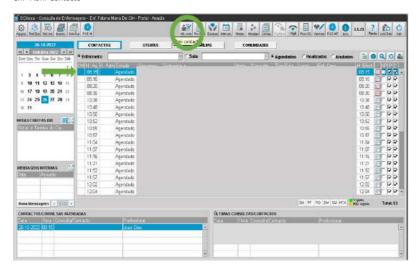
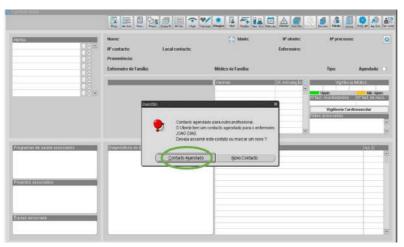


Figura 2. Clicar em "Contacto Agendado"



	Elaborado por:	Aprovado por:	
To the state of th	Data:	Data:	
ACRE HOLD WARM	Ass.:	Ass.:	
ACHR Reter Wasge			







**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 3. Clicar em "Ok"

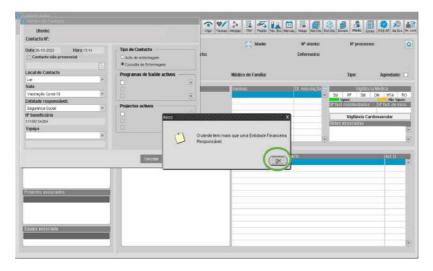
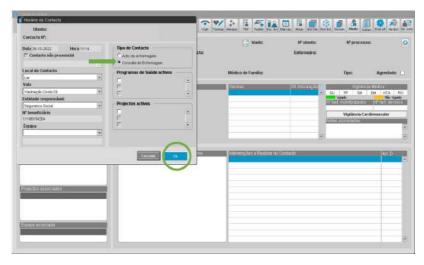


Figura 4. Garantir que está selecionada a opção "Consulta de Enfermagem" e clicar em "Ok".



ASSA MARA VANGA	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
-----------------	----------------------------------	---------------------------------	--







**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 5. Clicar em "Vacinas".

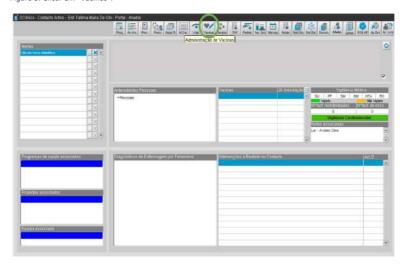
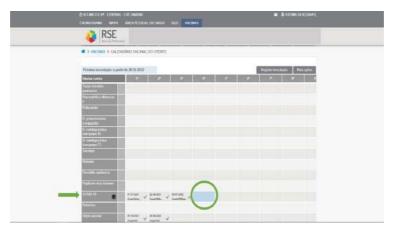


Figura 6. Clicar no campo em vazio na Vacina administrada.



Elaborado Data: Ass.:	o por: Aprovado por: Data: Ass.:
-----------------------	----------------------------------







**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 7. Preencher o registo da vacina administrada.

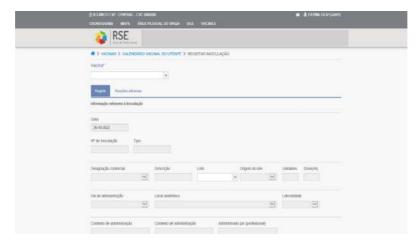
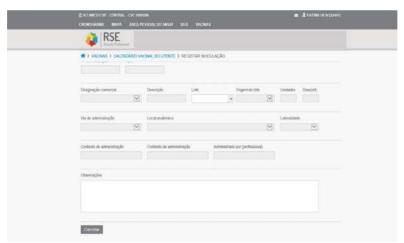


Figura 8. Preencher o registo da vacina administrada (cont.) e concluir.



ACID Males Verage	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
-------------------	----------------------------------	---------------------------------	--





**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 9. Clicar em "Prog." (Programas/Projetos de Saúde).

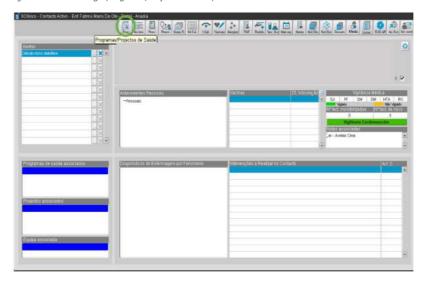
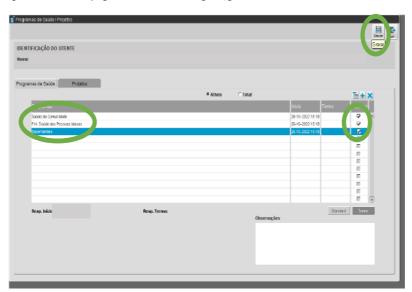


Figura 10. Selecionar os programas de acordo com fluxograma, gravar e sair.



ACOR BASES VARIAGE	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
--------------------	----------------------------------	---------------------------------	--



**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 11. Clicar em "Proc." (Processo Enfermagem).

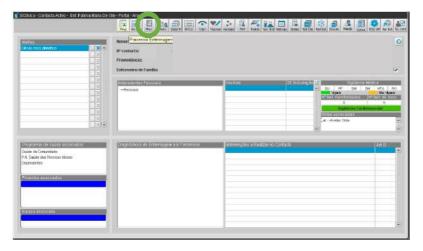
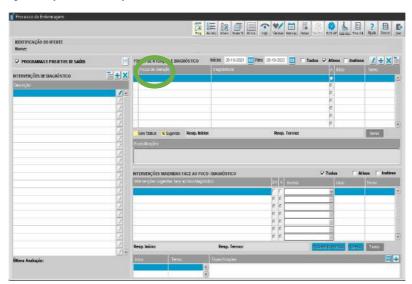


Figura 12. Definir o Foco de Atenção.



ACAI BOAR Shage	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
-----------------	----------------------------------	---------------------------------	--





**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 13. Escolher o Foco "Adesão à Vacinação" e clicar ok.

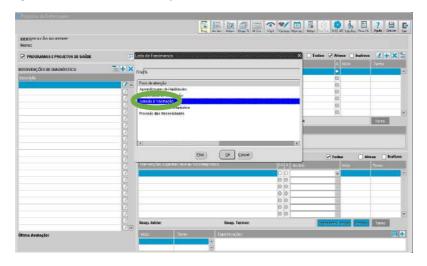
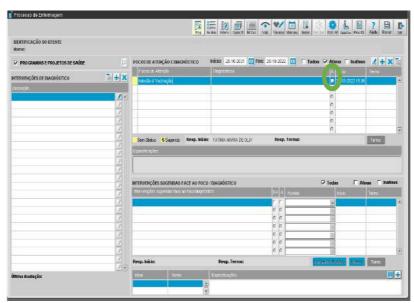


Figura 14. Ativar o Foco.



ACCA States Wages	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
-------------------	----------------------------------	---------------------------------	--





**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 15. Clicar em "Ativar Foco".

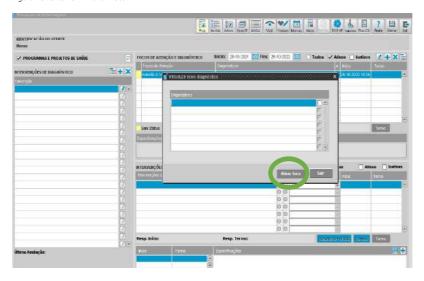
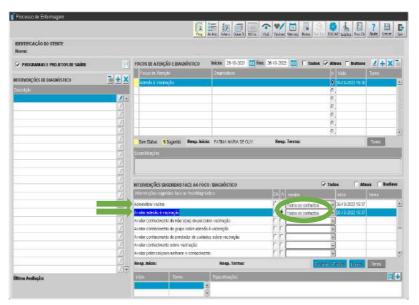


Figura 16. Selecionar as intervenções de Enfermagem de acordo com Fluxograma e o horário.



ACSIS MARS VANAGE	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
-------------------	----------------------------------	---------------------------------	--





**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 17. Selecionar as intervenções de Enfermagem de acordo com Fluxograma (cont.) e o horário, e gravar.

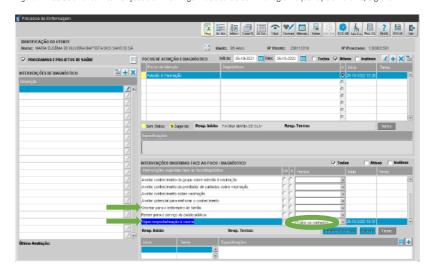
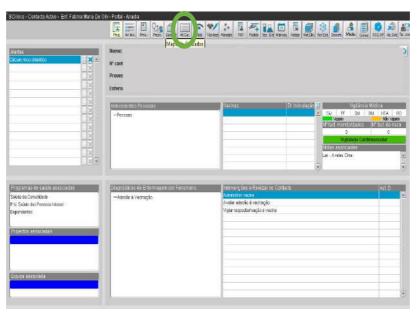


Figura 18. Abrir "M. Cui." (Mapa de Cuidados).



ACRI MARA VANASI	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
------------------	----------------------------------	---------------------------------	--





**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 19. Registar intervenções realizadas.

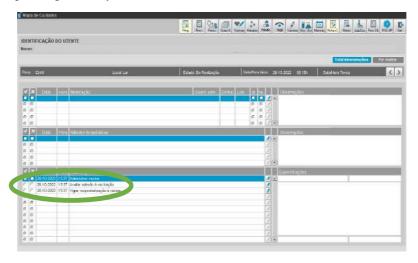
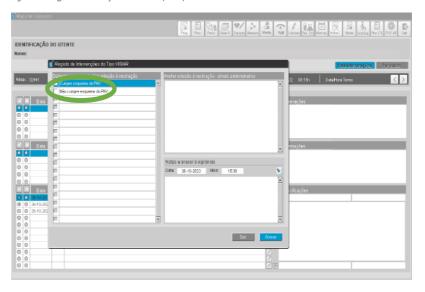


Figura 20. Registar intervenções realizadas (cont.).



ACOR Mare Vivoga	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
------------------	----------------------------------	---------------------------------	--





**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 21. Registar intervenções realizadas (cont.).

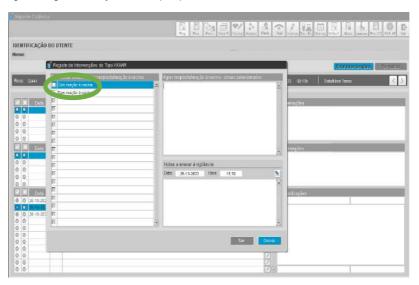
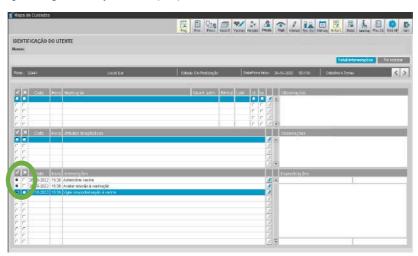


Figura 22. Registar intervenções realizadas (cont.).



Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
----------------------------	---------------------------------	--





**Título:** Procedimento de registo de vacinação (contra a COVID 19 e Gripe) de utentes em ERPI/Lares no Sclinico Central

Figura 23. Terminar contacto.

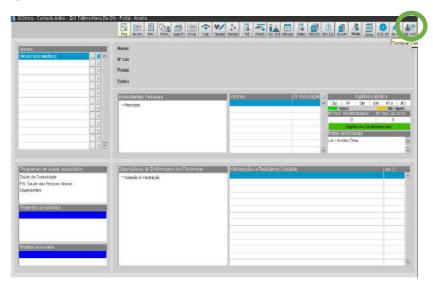
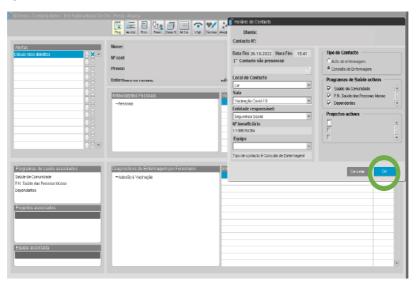


Figura 24. Confirmar.



AGRI Mare Vinega	Elaborado por: Data: Ass.:	Aprovado por: Data: Ass.:	
------------------	----------------------------------	---------------------------------	--

# **APÊNDICE XVI** - Instrumento de Auditoria ao Procedimento "Procedimentos para atuação do NACJR"







Unidade de Saúde Pública

Registo de Auditoria ao Procedimento "Procedimentos para atuação	19/10/2022
do NACJR"	

Ativio	lades auditadas	Conforme (1 ponto)	Não Conforme (0 ponto)	Observações
1	Receção da "Ficha de Sinalização e Caraterização"			
2	Apresentação e análise do caso referenciados em reunião dos elementos do NACJR a decorrer bimensalmente			
3	Atribuição de um gestor ao caso			
4	O gestor do caso realiza diligência sumária para estabelecimento do diagnóstico			
5	Avaliar se é considerada situação de risco			
6	Não é considerada a existência de risco para a criança ou jovem, a situação deve continuar a ser acompanhada pela Equipa de Saúde Familiar			
7	Se for considerada a existência de risco para a criança ou jovem, é realizada audição com os pais/representante legal da criança ou jovem			
8	Aceitação de intervenção do NACJR pelos pais/representante legal da criança ou jovem			
9	Encaminhar o caso para outras entidades se pais/representante legal recusarem a intervenção do NACJR			
10	a) Elaboração do PIAF para cada caso, se pais/representante legal aceitarem a intervenção da Equipa b) Reunião com os pais/representante legal da criança ou jovem para apresentação do PIAF			

11	Avaliação das intervenções realizadas			
	Discussão dos resultados das intervenções em reunião do NACJR para tomada de decisão			
12	Se intervenções adequadas e suficientes, deve manter-se o acompanhamento do caso conforme estabelecido e posteriormente será arquivado			
13	Se intervenções não são suficientes ou adequadas, o caso deve ser revisto ou referenciado para outras entidades			
	onformidade da Auditoria:	0/		
• •	<b>os/15)*100</b> <b>NACJR</b> - Núcleo de Apoio a Crianç	%	Picco: DIAE- Dia	ao de Intervenção de Anoia à
Família		as e jovens em	Misco, FIAI - Fiai	io de litter verição de Apolo a
Analise	de Não Conformidades			
Oportu	inidades de melhoria			
Assinatu	ra do Auditor Coordenador: ra do Auditor Adjunto: ra do Auditado:			
URAP	CCC ASABRA VALLE ACCORDING VAL	Elaborado por Data: Ass.:	:	Aprovado por: Data: Ass.:

### **APÊNDICE XVII -** Resultados da auditoria ao Procedimento do NACJR







Unidade de Saúde Pública

Registo de Auditoria ao Procedimento "Procedimentos para atuação	19/10/2022
do NACJR"	

Ativi	dades auditadas	Conforme (1 ponto)	Não Conforme (0 ponto)	Observações
1	Receção da "Ficha de Sinalização e Caraterização"		Х	Não houve receção da ficha
2	Apresentação e análise do caso referenciados em reunião dos elementos do NACJR a decorrer bimensalmente	X		Apresentação do caso na reunião de 11/11/2020
3	Atribuição de um gestor ao caso	Х		De acordo com ata da reunião de 21/10/2020
4	O gestor do caso realiza diligência sumária para estabelecimento do diagnóstico		Х	Não há evidências no processo de e-mails institucionais enviados
5	Avaliar se é considerada situação de risco		Х	Não há preenchimento da ficha de sinalização e caracterização
6	Não é considerada a existência de risco para a criança ou jovem, a situação deve continuar a ser acompanhada pela Equipa de Saúde Familiar	Não aplicável		
7	Se for considerada a existência de risco para a criança ou jovem, é realizada audição com os pais/representante legal da criança ou jovem		Х	Não há registos da audição em formulário próprio
8	Aceitação de intervenção do NACJR pelos pais/representante legal da criança ou jovem		Х	Não há registos em formulário próprio
9	Encaminhar o caso para outras entidades se pais/representante legal recusarem a intervenção do NACJR	Não aplicável		
10	a) Elaboração do PIAF para cada caso, se pais/representante legal aceitarem a intervenção da Equipa		Х	Não há registos em formulário próprio

Total	ECC ANADIA	of X	Elaborado por:	Aprovado por:
-	TOTAL CANADA	LIRAP	Data://	Data://
Coll Rosen Wangs		Oloni	Ass.:	Ass.:









	<b>b)</b> Reunião com os pais/representante legal da		Х	Não há registos em formulário próprio	
	criança ou jovem para apresentação do PIAF				
11	Avaliação das intervenções realizadas	X		De acordo com ata da reunião do dia 12/10/202	2
	Discussão dos resultados das intervenções em reunião do NACJR para tomada de decisão	X		De acordo com ata da reunião do dia 12/10/202	2
12	Se intervenções adequadas e suficientes, deve manter-se o acompanhamento do caso conforme estabelecido e posteriormente será arquivado	Não ap	licável	Caso ainda não chegou a esta fase	
13	Se intervenções não são suficientes ou adequadas, o caso deve ser revisto ou referenciado para outras entidades	Não ap	licável	Caso ainda não chegou a esta fase	
(Σpor	Conformidade da Auditoria: ntos/número de itens iveis)*100	%			
Siglas	: NACJR - Núcleo de Apoio a Crian	ças e Jovens em F	Risco; <b>PIAF</b> - I	Plano de Intervenção de Apoic	à
Famíli Analis	se de Não Conformidades				
Oport	tunidades de melhoria				
ssinat	ura do Auditor Coordenador:				
ssinat	ura do Auditor Adjunto:				
	ura do Auditado:				
6					2
S	URAP	Elaborado por: Data://_ Ass.:	_	_ Aprovado por: Data:// _ Ass.:	

### APÊNDICE XVIII- Nota de arquivamento do NAJCR



Nota de arquivamento







N.º Processo

Menor:	
Data:	
Local:	
Gestor de Caso:	
Justificação:	

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Anadia Centro de Saúde de Anadia Avenida Engenheiro Tavares da Silva | 3780-203 Anadia Tel. 231 519 607/8/9 | Fax 231 515 021 nacjr.anadia@arscentro.min-saude.pt 1/1







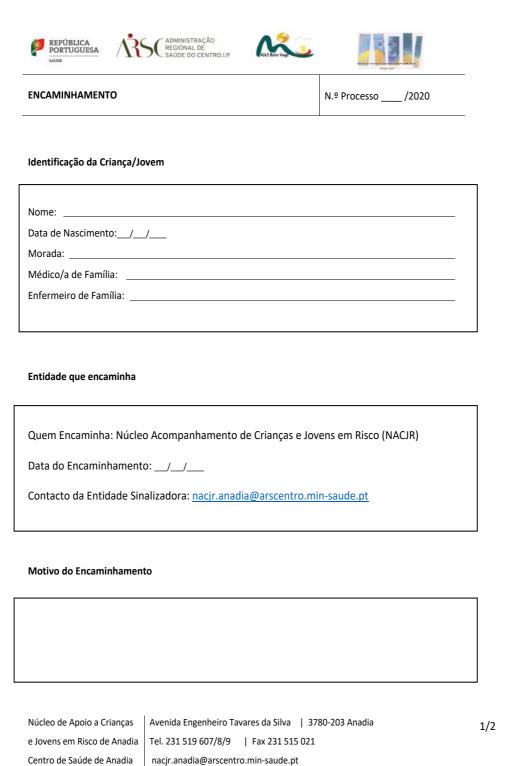


Nota de arquivamento		N.º Processo		

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Anadia Centro de Saúde de Anadia Avenida Engenheiro Tavares da Silva | 3780-203 Anadia Tel. 231 519 607/8/9 | Fax 231 515 021 nacjr.anadia@arscentro.min-saude.pt

2/1

#### APÊNDICE XIX - Nota de Encaminhamento do NAJCR











	The same of the sa
ENCAMINHAMENTO	N.º Processo/2020
Diligências efetuadas e/ou em curso:	
Outros dados relevantes/Observações	

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Anadia Centro de Saúde de Anadia

Avenida Engenheiro Tavares da Silva | 3780-203 Anadia Tel. 231 519 607/8/9 | Fax 231 515 021 nacjr.anadia@arscentro.min-saude.pt

2/2



## I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Prática Clínica - Cronograma de atividades na UCC Celas 2022

	11 a 13	16 a 20	23 a 27	30 maio a 3	6 a 9 junho
					o a 9 juillo
	maio	maio	maio	junho	
"E Se Fosse comigo?"					
Projeto "Sexualidade					
Responsável"					
"Prevenção de Doenças					
Cardiocerebrovasculares"					
Parceria com 2 médicas					
Imunoalergologistas					
"Sexualidade					
responsável"					
"Prevenção do consumo					
de substâncias					
psicoativas e da					
dependência de					
Internet/videojogos",					
Sessão nº 1 do projeto					
EmocionalMente Feliz					
Sessão sobre Saúde					
Mental					
Sessão: "Comunicação					
na Demência"					
Recolha de dados					
Avaliação					
	1	1	i		i



## I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

## Cronograma de Atividades realizadas no Estágio na UCC Celas 2022 - 2023

DATA	LOCAL	POPULAÇÃO ALVO	ATIVIDADE
2022	Coimbra	Pessoal docente e não docente das escolas do parque escolar da UCC	Realização de vídeo sobre "Alergias alimentares na escola"
2022	Coimbra	Profissionais de saúde	Apresentação de E-poster em evento científico, sobre o projeto "Capacitar para Cuidar"
2022	Coimbra	População do ACES BM	Colaboração em artigo para a Newsletter nº4, de janeiro 2023, "Alergia alimentar nas escolas"
05/12/2022	Escola D. Maria de Coimbra	Uma turma do 9º ano	Uma sessão com o tema "Bora (des)conetar"
15/12/2022	Casa S. José	Cuidadores formais	Entregar questionários
Dezembro/2022	Casa S. José	Cuidadores formais	Levantamento dos questionários
Dezembro/2022	Coimbra	Alunos das escolas do Parque escolar da UCC	Colaboração na DICA nº 1 de 2023 sobre Alergias alimentares
12/01/2023	Casa S. José	Cuidadores formais	Primeira sessão de formação do curso "Capacitar para cuidar", sobre Demências
25/01/2023	Farol	Utentes da instituição	Realização de sessão de formação com o tema "Alergias"
26/01/2023	Casa S. José	Cuidadores formais	Segunda sessão de formação do curso "Capacitar para cuidar", sobre Comunicação com pessoas com Demências
02/02/2023	Casa S. José	Cuidadores formais	Terceira sessão de formação do curso "Capacitar para cuidar", sobre estratégias de autocuidado do cuidador. Entregar questionários
13/02/2023	Escola Básica do Tovim	Todos os alunos	Sessão de formação com o tema "Alergias"
	Casa S. José	Cuidadores formais	Levantamento dos questionários

#### APÊNDICE XXII - Vídeo sobre alergias alimentares



Link:

3V ALERGIAS ALIMENTARES.mp4

ou

https://snspt-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/001577 arscentro min-saude\_pt1/Efrc4hZpfVlOurelexsiSWcBade1COGKQ8qu-j8FuLbGg?email=anabelarcr%40gmail.com&e=GFaxaP



**CAPACITAR PARA CUIDAR - SUMÁRIO** 

#### SESSÃO 1

- 02007.10
- O que é a DemênciaTipos de Demência
- A Doença de Alzheimer;
- Sinais e Sintomas
- Fatores de risco
- Principais alterações;
- Atividades de vida diária (AVD).

#### SESSÃO 2

- Estratégias de comunicação com pessoa com demência
- Como promover um ambiente seguro para o doente

#### SESSÃO 3

 Estratégias de autocuidado para melhorar o bemestar dos cuidadores formais

2

## O QUE É A DEMÊNCIA

É uma doença cerebral progressiva que provoca défice cognitivo, perda de autonomia e funcionalidade.

As pessoas com demência têm dificuldade em recordar coisas, pensar com clareza, comunicar ou tomar conta de si próprias.



2

### TIPOS DE DEMÊNCIA



- Doença de Alzheimer
- Demência vascular
- Demência com corpos de Lewy
- Demência Frontotemporal;
- Demência de Korsakoff (consumo de álcool)
- Doença de Creutzfeldt-Jacob

(OMS, 2019)

4

## **DEMÊNCIA**

Não existem tratamentos capazes de alterar a História Natural da Doença! Nem a evolução da doença, nem os seus sintomas estão dependentes da vontade do doente.

5

### DOENÇA DE ALZHEIMER

- A doença de Alzheimer é a demência mais comum, sendo responsável por 50 a 70% dos casos.
- Em média, uma pessoa com Alzheimer vive 6 a 12 anos após o diagnóstico, mas pode viver até 20 anos.
- Os sintomas da doença de Alzheimer pioram com o tempo.

(Alzheimer's Association, 2022).



6

## **DOENÇA DE ALZHEIMER**

Tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras).

(Alzheimer Portugal, 2022)



7

## PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA

A prevalência de demência aumenta com a idade, sendo cerca de 90% dos casos diagnosticados acima dos 65 anos;

 $\rm Em~2019~o~n\'umero~estimado~de~pessoas~com~demência~em~Portugal~era~de~200~994$ 

É a sétima principal causa de morte, a nível mundial.

(Nicols et al, 2022) (OMS, 2021)

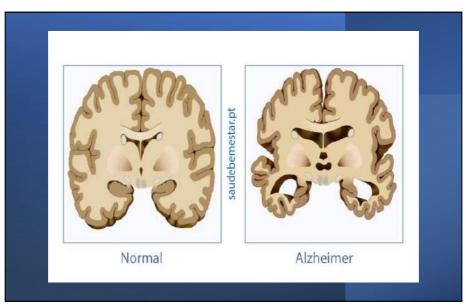


8

Δ







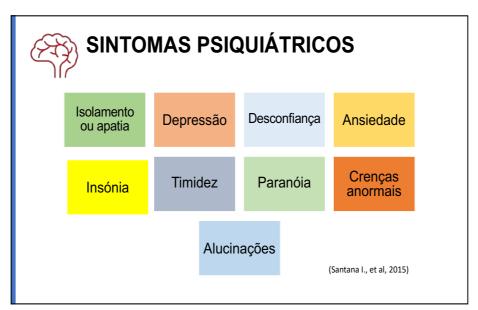
11

## **ALTERAÇÕES COGNITIVAS**

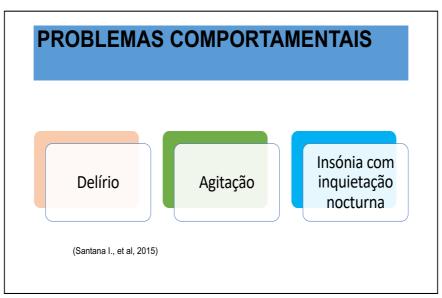
- Dificuldade em entender a comunicação escrita e falada.
- -Dificuldade em encontrar as palavras correctas
- Alterações da memória
- Desorientação

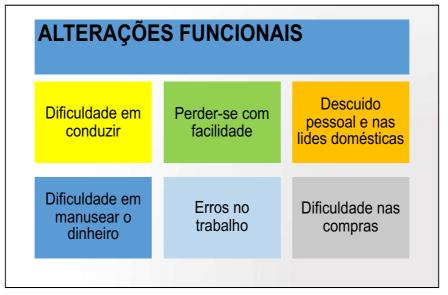


12









### **QUEIXA INICIAL**

A queixa inicial provem, muitas vezes, de terceiros, nomeadamente, cuidadores ou familiares.
O doente muitas vezes ignora as suas próprias dificuldades.

- "Comportamento Diferente"
- "Esquece-se de Coisas"
- "Perdeu-se no caminho para casa"
- "Foi Burlado"



17

### **DEMÊNCIAS: EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO**

Todas as demências são doenças progressivas.

A progressão tende a obedecer a um padrão, pelo que se identificam habitualmente três fases na evolução da demência. É importante salientar que algumas pessoas não apresentam todas as características ou passam por todas as fases.

Fase Ligeira Fase Moderada Fase Avançada

18

### **EVOLUÇÃO FASE LIGEIRA/INICIAL**

SINTOMAS LIGEIROS (e muitas vezes negligenciados):

- · Ligeiros défices de memória recente;
- Desorientação no tempo e no espaço
- Problemas com decisões e gestão do dinheiro;
- Ações e discurso repetitivo;
- Alterações do humor / personalidade;
- Tornar-se mais egocêntrica e menos preocupada com os outros e com os sentimentos destes;



19

### EVOLUÇÃO FASE MODERADA

- Agravamento dos sintomas da fase inicial;
- Dificuldade em reconhecer amigos íntimos ou família
- Deambulação sem sentido aparente, perde-se facilmente;
- Inquietude, especialmente ao final da tarde/início da noite;



20

## EVOLUÇÃO FASE MODERADA

- Pode ver ou ouvir coisas que não existem (alucinações);
- Pode ter convicções de factos que não ocorreram (delírios);
- Agravamento dos problemas de linguagem.



21

## EVOLUÇÃO FASE AVANÇADA/SEVERA

- Dependência total dos cuidadores;
- Incapacidade para reconhecer os familiares/cuidadores ou a si próprio no espelho;
- Perda de capacidade de comunicação oral
- Incontinência urinária e fecal;
- Diminuição da capacidade de deglutição/mastigação;
- Perda da capacidade de deambulação.



22

## FASE AVANÇADA/SEVERA

## INTERVENÇÃO:

## Fase terminal

Manter cuidados de conforto e controlo sintomático.

Os familiares e cuidadores devem estar informados da evolução da doença e preparados para lidar com a dependência total, evitando um fim de vida em sofrimento.

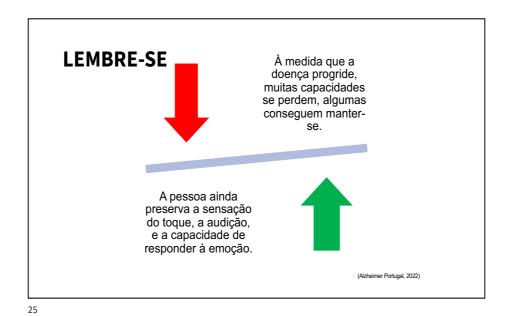


23

## **VIDEO**

 Alzheimer Portugal . Analogia da estante – como é que a demência afeta o cerebro" https://www.youtube.com/watch?v=GFJ7f\_KWWyE

24



## O CUIDAR NAS DEMÊNCIAS

- Cuidar de uma pessoa com demência é um desafio que exige enorme capacidade de dádiva, adaptação e criatividade, mas pode ser uma atividade extremamente recompensadora;
- É uma atividade sujeita a um grande risco de sobrecarga
- Os objetivos do cuidar vão-se modificando e adaptando ao curso/evolução da doença



26

27/08/23

## **RESISTÊNCIA A CUIDADOS**

Há muitas pessoas que não gostam de ser tocadas, lavadas ou vestidas e resistem aos cuidados que lhes são prestados

Tente tranquilizar, preparar a pessoa para o procedimento que vai ser realizado, explicando cada passo previamente;

Premeie a colaboração com um reforço positivo

27

## **COMO PROMOVER A AUTONOMIA NAS AVD** Escolher o momento e o local adequado, respeitando uma Dividir a tarefa e Preparar para a Orientar na orientar passo a atividade execução passo rotina; Adequar a Ajuda física: Encorajar a Linguagem nãolinguagem verbal mão na mão participação verbal Facilitar as escolhas reduzindo as opções

28

27/08/23

Se encontrar resistência, não forçar!



29

## ALIMENTAÇÃO:

- Diminuição do apetite;
- Apatia e diminuição da iniciativa
- -Não reconhecer a necessidade de se alimentar e de beber;
- -Problemas dentários;
- -Alteração do paladar;
- -Agitação que provoca a interrupção da refeição.



30

## ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DA INGESTÃO ALIMENTAR:

- Adequar a dieta ao gosto e hábitos do doente;
- Ter em atenção a consistência (usar espessante, pudins, gelatinas);
- Usar material adaptado às necessidades do doente (pratos, talheres);
- Fazer várias pequenas refeições, em vez de poucas refeições abundantes;
- Fornecer suplementos alimentares de acordo com prescrição dos profissionais de saúde



31

## ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DA INGESTÃO ALIMENTAR:

- Adicionar pequenas quantidades de sumo de fruta à água, para reforçar a ingestão de água;
- · Tentar manter um ambiente agradável;
- · Se possível, não comer no quarto;
- · Utilizar o toque, dialogar ou cantar.



32

Facilitar a escolha do vestuário reduzindo as opções;

-Escolher roupa confortável e prática que seja fácil de vestir (fechos e velcros em vez de botões);

## **DESPIR**

- Estimular o uso de acessórios e adereços (permite **VESTIR E** a estimulação cognitiva e proporciona reminiscências).





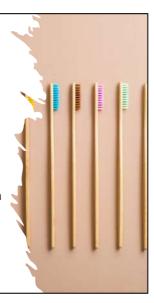




33

## **HIGIENE:**

- Preparar a pessoa para cada passo (descrever o que vai fazer, escolher o momento e o local adequado);
  - Promover a privacidade;
  - Preparar as condições ideais para o banho/duche (temperatura do ambiente e da água, colocar todos os utensílios necessários em local facilmente acessível);
  - Verificar as condições de segurança na casa de banho e nunca deixar a pessoa sozinha



34

## **HIGIENE**

- Evitar ruídos e conversas cruzadas;
- Despir apenas no local do duche;
- Descrever o que está a fazer;
- Encorajar a participação do doente;
- Diminuir a força do duche, colocando uma mão para a água correr docemente;



35

## **HIGIENE**

- · Utilizar música relaxante
- Ponderar realizar a higiene com toalha molhada, sem água corrente, se encontrar elevada resistência;
- Se lavar o cabelo for uma atividade que provoca muita resistência, ponderar separar o duche da lavagem do cabelo.



36

## **INCONTINÊNCIA**

- Estabelecer uma rotina de utilização do WC: recordar a pessoa ou levá-la ao WC de 2 em 2 horas;
- Usar roupa apropriada, fácil de vestir e despir (por exemplo, com elástico ou velcro na cintura) e facilmente lavável;
- Usar sinais com ilustrações para indicar a porta do WC;



37

## **INCONTINÊNCIA**

- Reforçar a ingestão de líquidos, de forma a evitar a desidratação.
- Diminuir, a ingestão de água antes de deitar;
- Introduzir, no quarto, dispositivo de auxílio (arrastadeira, urinol, cadeira sanitária...);
- Ponderar a utilização de fralda. O início do uso da fralda deve ser abordado com cuidado e discutido com o doente e familia, de forma a não provocar vergonha ou revolta;
- Usar resguardos de cama



38

## **DEAMBULAÇÃO**

- -Reservar tempo durante o dia para exercício regular de forma a minimizar a inquietude;
- Instituir medidas de segurança para que possa deambular sem risco de queda ou risco de sair de casa e se perder (por exemplo, retirar tapetes de casa, de forma a não tropeçar; colocar proteções em escadas e fechaduras nas portas);



39

## **DEAMBULAÇÃO**

- Criar barreiras visuais para evitar que a pessoa se afaste de determinadas zonas (cortina, tapete preto no chão, sinal de stop ou proibido podem ser interpretados como barreiras);
- Supervisionar a deambulação
- A pessoa com demência deve trazer sempre consigo identificação com nome e pessoa a contactar em caso de ser perder



40

## **INTERVENÇÃO**

- Estabelecer rotinas diárias claras e simples;
- Atividade física, nutrição adequada, boa saúde física e socialização.
- Permitir e estimular o auto cuidado de forma adequada às capacidades;
- Evitar o perigo (removendo objetos perigosos).

Cuidar do cuidador.



41

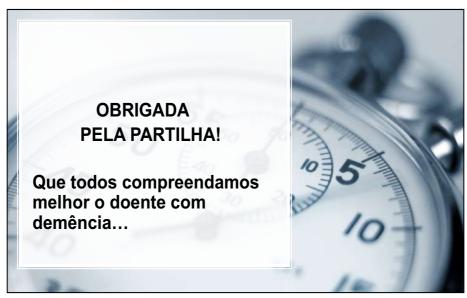
## MEDIDAS PARA POTENCIAR A CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA

- Promoção de uma alimentação saudável;
- Promoção da prática de atividade física;
- Consultas médicas regulares
- Eliminar possíveis fontes de risco no ambiente/contexto;
- Remover barreiras físicas;
- Ouvir, compreender e respeitar as opiniões do idoso...

Garantir dignidade ao processo de prestação de cuidados!



42



43

## **BIBLIOGRAFIA**

- Almeida, V. P., Barrios, H. Pereira, C. Santos, A. Pinto, V. Costa, S., Conde A. & Pedrosa, H. (2008). Manual de Boas Práticas na Demência. União das
- Misericórdias Portuguesa:
- Alzheimer's Association. About Alzheimer's disease fact sheet. http://www.alz.org
- Alzheimer Portugal. https://alzheimerportugal.org
- Alzheimer Portugal. Analogia da estante a como é que a demência afeta o cerebro https://www.voutube.com/watch?v=GFI7f\_KWWvE
- Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health 2022; 7: page.105 – 125. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8. www.thelancet.com/public-health
- OMS (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 2025
- OMS (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guideline
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Global status report on the public health response to dementia. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.1 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf. ISBN 978-92-4-003324-5 (electronic version)
- Santana I., Farinna F., Freitas S., Modingues V., Carvaino A. (2015) Epidemiologia da Demencia e da Doença de Alzneimer em Portugai: Estimativas da Prevalencia e dos Encargos Financeiros com a Medicação. Acta Médica Portuguesa 28:182-188, Ordem dos Médicos
- Proieto descomplica/demências. Programa Nacional de Saude Mental. https://youtu.be/o5D5p5FV\_KY

44

### **DEMENCIAS: EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO**

Todas as demências são doenças progressivas, com perda de autonomia. Há habitualmente três fases na evolução da demência. Algumas pessoas não apresentam todas as características ou passam por todas as fases:

- 1ª Fase Ligeira
- 2ª Fase Moderada
- 3ª Fase Avancada

A partir de determinado momento, passa a ser necessária a presença de um cuidador permanente quer devido à diminuição da autonomia, quer por motivos de segurança (por exemplo, risco de se perder ou de cair)

### INTERVENÇÃO

- Estabelecer rotinas diárias claras e simples;
- Manter um ambiente familiar e com referências conhecidas;
- Atividade física, nutrição adequada, boa saúde física e socialização são importantes para pessoas com demência;
- Permitir e estimular o autocuidado de forma adequada às capacidades;
- Evitar o perigo, por exemplo, removendo objetos perigosos;
- Se encontrar resistência aos cuidados, não forçar!
- Ouvir, compreender e respeitar as opiniões do idoso...

## Garantir dignidade ao processo de prestação de cuidados!

### **FATORES DE RISCO**

- Idade e fatores genéticos
- Inatividade física e isolamento social
- Obesidade na meia-idade
- Uso de tabaco e uso nocivo de álcool
- Diabetes Mellitus e hipertensão na meia-idade.
- Depressão na meia-idade
- Baixa escolaridade e Inatividade cognitiva
- Traumatismos cranianos
- Poluição do ar
- Deficiência auditiva



### **BIBLIOGRAFIA**

- Almeida, V. P., Barrios, H. Pereira, C. Santos, A. Pinto, V. Costa, S., Conde A. & Pedrosa, H. (2008). Manual de Boas Práticas na Deméncia. União das
   - Alzheimer Portugal. https://alzheimerportugal.org
- Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health 2022; 7: page.105 - 125. https://doi.org/10.1016/ \$2468-2667(21)00249-8. www.thelancet.com/public-health
- OMS (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 2025
- OMS (2017). Given action in part of the public head response to define the 2017 2025 OMS (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines Organização Mundial de Saúde. (2021). Global status report on the public health response
- to dementia Geneva Licence: CC BV-NC-SA 3.0 https://apps.who.int/iris/bistream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf. ISBN 978-92-4-003324-5 (electronic version) - Santana I., Farinha F., Freitas S.,Rodrigues V, Carvalho A. (2015) Epidemiologia da
- Santana I., Farinha F., Freitas S.,Rodrígues V., Carvalho A. (2015) Epidemiologia da Deménicia e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevaleñcia e dos Encargos Financeiros com a Medicação. Acta Médica Portuguesa 28:182-188, Ordem dos Médicos









### O QUE É A DEMÊNCIA

É uma doença cerebral progressiva que provoca défice cognitivo, perda de autonomia e funcionalidade, e não há tratamentos capazes de alterar a história natural da doença!

### **TIPOS DE DEMÊNCIA**

- Doenca de Alzheimer
- Demência vascular
- Demência com corpos de Lewy
- Demência Frontotemporal;
- Demência de Korsakoff (consumo de álcool)
- Doença de Creutzfeldt-Jacob

As demências são a sétima causa de morte, a nível mundial.



### SINAIS E SINTOMAS

### ALTERAÇÕES COGNITIVAS

- Dificuldade em entender a comunicação escrita e falada.
- -Dificuldade em encontrar as palavras correctas,
- Alterações da memória,
- -Desorientação

### PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS

- Delírio
- Agitação
- Insónia com inquietação nocturna

### SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS

- Isolamento ou apatia
- Depressão e/ou ansiedade
- Desconfiança e/ou paranóia
- Insónia
- Crenças anormais
- Alucinações



### ALTERAÇÕES DA PERSONALIDADE

- Afetos inapropriados
- Isolamento social
- Discursos explosivos
- Sexualidade exagerada

### **ALTERAÇÕES FUNCIONAIS**

- Dificuldade em conduzir
- Perder-se com facilidade
- Descuido pessoal e nas lides domésticas
- Dificuldade em manusear o dinheiro
- Erros no trabalho
- Dificuldade nas compras





Alzheimer

### Normal

## **DOENÇA DE ALZHEIMER**

Tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras). Os sintomas pioram com o tempo.

A Doença de Alzheimer é a demência mais frequente (50 a 70% dos casos).

Em média, uma pessoa com Alzheimer vive 6 a 12 anos após o diagnóstico, mas pode viver até 20 anos.

A prevalência de demencia aumenta com a idade, sendo cerca de 90% dos casos diagnosticados acima dos 65 anos; mas pode atingir pessoas mais novas.



**APÊNDICE XXV** – Conteúdos da 2ª Sessão: "Comunicação com a pessoa com Demência"

20/09/23



## **CAPACITAR PARA CUIDAR - SUMÁRIO**

## SESSÃO 1

- O que é a Demência
- Tipos de Demência
- A Doença de Alzheimer
- Sinais e Sintomas
- · Fatores de risco
- Principais alterações
- Atividades de vida diária (AVD)

## SESSÃO 2

- Estratégias de comunicação com pessoa com demência
- Como promover um ambiente seguro para o doente
- Gestão de comportamentos difíceis

## SESSÃO 3

 Estratégias de autocuidado para melhorar o bemestar dos cuidadores formais

\_

## COMUNICAÇÃO

Obstáculos à comunicação por parte da pessoa com demência:

- alterações do raciocínio
- dificuldades de expressão e compreensão de linguagem,
- alterações da atenção
- alterações de comportamento, entre outros

Melhorar a capacidade de comunicação pode tornar o cuidar menos difícil e, provavelmente, melhorará a qualidade do relacionamento com a pessoa doente.

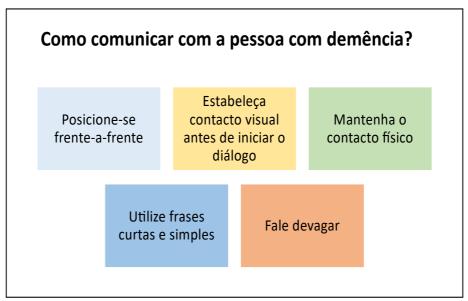
3

## COMUNICAÇÃO EFICAZ

- Estabelecer um ambiente que favoreça a comunicação (comunicação verbal e não verbal);
- Obter/captar a atenção da pessoa
- · Manter o contacto visual
- Transmitir a mensagem de forma clara
- Colocar questões simples
- Estar atento à comunicação não-verbal (ouvir com os ouvidos, olhos e coração)

4

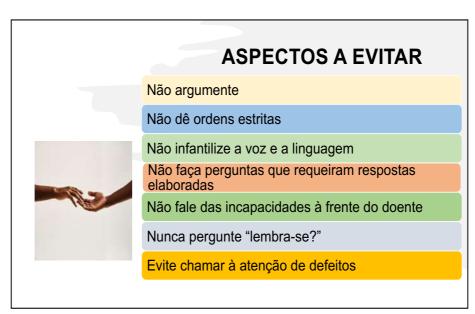
20/09/23



5

Como Evite perguntas Um pensamento comunicar abertas e reduza de cada vez as escolhas com a pessoa Tentar ter uma Fale em tom de atitude positiva, com voz afável e calmo ter paciência e dar demência? o seu apoio

6



# COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL A expressão facial A postura A linguagem O contacto físico

## COMO LIDAR COM AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

Ter atenção à linguagem corporal, expressão facial e tom de voz

Sinais, gestos e expressão facial deve estar em concordância com o que esta a ser dito

Ler, escrever e interpretar imagens e símbolos (por exemplo: colocar o símbolo de uma sanita para indicar que é ali a casa de banho)

9

## COMO LIDAR COM AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

Assegure-se de que não está a transmitir mensagens confusas

Transmita segurança e apoio através do contacto físico (por exemplo)

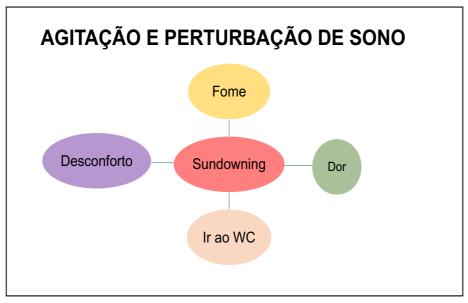
Toques macios e familiares

Muito cuidado com os toques, sempre pessoas conhecidas ou familiares!

10

20/09/23





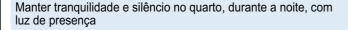


## AGITAÇÃO E PERTURBAÇÃO DE SONO

- Evitar a confrontação;
- Identificar e controlar fatores que podem desencadear agitação ou a insónia;
- Promover o exercício físico, sobretudo no período da manhã
- Maximizar a exposição à luz do dia

13

## AGITAÇÃO E PERTURBAÇÃO DE SONO



Promover o relaxamento físico recorrendo a massagem corporal

Assegurar que a medicação se encontra adequada à fase que a pessoa com demência atravessa

Reduzir o consumo de substâncias que estimulam o sistema nervoso (ex: cafeína)

Limitar as horas de sono durante o dia, mantendo o doente ativo



14

## COMO LIDAR COM A DEAMBULAÇÃO

- Evitar repreensões quando a pessoa deambula e acaba por se perder
- Tentar distrair a pessoa e levá-la de volta ao seu espaço inicial
- Tentar manter a calma
- Criar um ambiente seguro para o doente deambular durante a noite
- Contactar a polícia caso não consiga encontrar a pessoa
- Rever toda a medicação que a pessoa está a fazer

15



## **ALUCINAÇÕES E DELÍRIOS**

- Evite o confronto ou tentar convencer a pessoa de que está errada
- Distraia-a com outra conversa ou atividade
- Se a pessoa suspeitar que lhe falta dinheiro, considere permitir-lhe ter pequenas quantidades de dinheiro numa carteira de mão

16

## **ALUCINAÇÕES E DELÍRIOS**

- Quando a pessoa afirma que perdeu ou lhe roubaram algo, ajude a procurar o objeto perdido e depois distraia com outra atividade
- Tente perceber os "esconderijos habituais", onde a pessoa tende a guardar os objetos
- Evite conversas e remova objetos que possam estar na origem da perturbação



17

## COMPORTAMENTO AGRESSIVO AGITAÇÃO - NERVOSISMO

- Tentar descobrir a causa que leve a este tipo de comportamento, de modo a poder resolve-la e evitar episódios futuros;
- Manter a calma e transmitir tranquilidade (tom de voz calmo e baixo);
- · Tentar distrair a pessoa



18



## **COMPORTAMENTO AGRESSIVO**

## **AGITAÇÃO - NERVOSISMO**

Não se aproximar muito para que a pessoa não se sinta ameaçada, evitando prende-la

Evite fazer frente à pessoa e aplicar castigos

Não se esqueça da sua própria segurança

Informar o médico do sucedido

19

## **MUDANÇAS BRUSCAS DE HUMOR**

Estas mudanças são características da doença, pelo que se deve manter calmo e não levar de forma pessoal

Transmitir sensação de segurança e calma para que estas reações não se transformem em comportamentos violentos

20

## MANTER A DIGNIDADE E AUTO-ESTIMA

- Reconhecer e respeitar a história de vida
- Valorizar e maximizar as competências que ainda existem
- Estimular a autonomia
- Ouvir a pessoa na tomada de decisões que a afetam, sempre que possível
- Relacionar-se com a pessoa de forma respeitosa, evitando o paternalismo e a infantilização
- Adaptar a abordagem à evolução da doenças



21

## OBRIGADA PELA PARTILHA!

Que todos comuniquemos melhor com o doente com demência...



22

## **BIBLIOGRAFIA**

- Almeida, V. P., Barrios, H. Pereira, C. Santos, A. Pinto, V. Costa, S., Conde A. & Pedrosa, H. (2008). Manual de Boas Práticas na Demência. União das Misericórdias Portuguesas.
- Alzheimer Europe, & Alzheimer Portugal. (2006). Manual do Cuidador (20). Novartis.
- Alzheimer Portugal. https://alzheimerportugal.org
- Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida. (2023) Filmes Cuidar. http://www.advita.ol/filmes-cuidar.
- Projeto descomplica/demências. Programa Nacional de Saude Mental. https://youtu.be/o5D5p5FV\_KY

23

## APÊNDICE XXVI - Folheto "Comunicação na Demência" - 2ª Sessão

### **GESTÃO DE COMPORTAMENTOS DIFÍCEIS**

- Tentar descobrir a causa que leve a este tipo de comportamento, de modo a poder resolvê-la e evitar episódios futuros
- Manter a calma e transmitir tranquilidade (tom de voz calmo e baixo)
- Evitar a confrontação e tentar distrair a pessoa;
- Promover o exercício físico, sobretudo no período da manhã
- Maximizar a exposição à luz do dia
- Manter tranquilidade e silêncio no quarto, durante a noite, com luz de presença
- Assegurar que a medicação se encontra adequada à fase que a pessoa com demência atravessa
- Criar um ambiente seguro



### **MANTER A DIGNIDADE E AUTO-ESTIMA**

- Reconhecer e respeitar a história de vida;
- Valorizar e maximizar as competências que ainda existem
- Estimular a autonomia
- Ouvir a pessoa na tomada de decisões que a afetam, sempre que possível
- Relacionar-se com a pessoa de forma respeitosa, evitando o paternalismo e a infantilização
- Adaptar a abordagem à evolução das doenças



### **BIBLIOGRAFIA**

- Almeida, V. P., Barrios, H. Pereira, C. Santos, A. Pinto, V. Costa, S., Conde A. & Pedrosa, H. (2008). Manual de Boas Práticas na Demência. União das Misericórdias Portuguesas.
 - Alzheimer Europe, & Alzheimer Portugal. (2006). Manual do Cuidador (20).

Alzheimer Europe, & Alzheimer Portugal. (2006). Manual do Cuidador (20)
 Novartis.



**CAPACITAR PARA CUIDAR** 

**COMUNICAÇÃO NA DEMÊNCIA** 





## OBSTÁCULOS À COMUNICAÇÃO POR PARTE DA PESSOA COM DEMÊNCIA

- Alterações do raciocínio
- Dificuldades de expressão e compreensão de linguagem
- Alterações da atenção
- Alterações de comportamento



## PRINCÍPIOS GERAIS QUE FAVORECEM A COMUNICAÇÃO COM UMA PESSOA COM DEMÊNCIA

- Estabelecer um ambiente que favoreça a comunicação (comunicação verbal e não verbal);
- Obter/captar a atenção da pessoa
- Manter o contacto visual
- Transmitir a mensagem de forma clara
- Colocar questões simples
- Estar atento à comunicação não-verbal (ouvir com os ouvidos, olhos e coração)

## COMO COMUNICAR COM A PESSOA COM DEMÊNCIA?

- Posicione-se frente-a-frente
- Estabeleça contacto visual antes de iniciar o diálogo
- Mantenha o contacto físico
- Utilize frases curtas e simples
- Fale devagar
- Um pensamento de cada vez
- Evite perguntas abertas e reduza as escolhas
- Fale em tom de voz afável e calmo.
- Tentar ter uma atitude positiva, ter paciência e dar o seu apoio



### **ASPECTOS A EVITAR**

- Não argumente e não dê ordens estritas
- Não infantilize a voz e a linguagem
- Não faça perguntas que requeiram respostas elaboradas
- Não fale das incapacidades à frente do doente;
- Nunca pergunte "lembra-se?"
- Evite chamar à atenção de defeitos

## **COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL**

- O contacto visual e físico.
- A expressão facial;
- A postura;
- A linguagem.



## COMO LIDAR COM AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL:

- Ter atenção à linguagem corporal, expressão facial e tom de voz;
- Sinais, gestos e expressão facial deve estar em concordância com o que esta a ser dito;
- Ler, escrever e interpretar imagens e símbolos (por exemplo: colocar o símbolo de uma sanita para indicar que é ali a casa de banho);
- Assegure-se de que não está a transmitir mensagens confusas;
- Transmita segurança e apoio através do contacto físico (por exemplo);
- Toques macios e familiares;
- Muito cuidado com os toques, sempre pessoas conhecidas ou familiares!

20/09/23



CAPACITAR PARA CUIDAR - SUMÁRIO

## SESSÃO 1

- O que é a Demência
- · Tipos de Demência
- A Doença de Alzheimer
- Sinais e Sintomas
- Fatores de risco
- Principais alterações
- Atividades de vida diária (AVD)

## SESSÃO 2

- Estratégias de comunicação com pessoa com demência
- Como promover um ambiente seguro para o doente
- Gestão de comportamentos difíceis

## SESSÃO 3

- Diretrizes para o planeamento das atividades com pessoas com demência
- Estratégias de autocuidado para melhorar o bemestar dos cuidadores formais

2



**DIRETRIZES** 

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

**PARA O** 

## **ATIVIDADES**

- Compensar aquelas que a pessoa já não pode fazer
- · Promover a autoestima
- Manter as competências remanescentes e não envolver novas aprendizagens
- Proporcionar oportunidades de diversão, prazer e contacto social
- Ter em consideração a origem cultural e preferências da pessoa

3

As ativ

Incentivar à utilização de competências remanescentes

As atividades podem relaxar e dar prazer

Escolher atividades simples, realizadas sem pressa e com significado

Prepare uma área de trabalho segura

Não permita atividades que evidenciem a incapacidade ou que aumentem o stress da pessoa

4

## DIRETRIZES PARA O PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Não estimule demasiado

As atividades desempenham um papel importante para lidar com as alterações de comportamento

Não desista

Incentive a libertação de emoções

5



## **ATIVIDADES**

- Organizar/ordenar cartas, cartões, revistas e álbuns de fotos
- Ler livros, jornais ou revistas em voz alta
- Manter um calendário e relógio sempre alcançáveis
- Reproduzir músicas

6

## **ATIVIDADES**

- Lembrar de grandes invenções, programas de TV ou eventos marcantes na vida do utente
- Fazer palavras cruzadas
- Montar um puzzle (não oferecer nada infantil)
- Participar em atividades que proporcionem contacto social



7

## **INCLUA EXPERIÊNCIAS SENSORIAIS**

- Massagem das mãos, pescoço e pés
- Pentear o cabelo
- Cheirar flores frescas ou pot pourri
- Utilizar óleos essenciais
- Acariciar um animal ou materiais de diferentes texturas
- Visitar uma quinta de ervas aromáticas ou uma exposição de flores
- Criar uma caixa para a pessoa remexer, que contenha coisas do seu interesse



8

## **BEM-ESTAR**

O bem-estar é um estado positivo experimentado por indivíduos e sociedades.

Inclui a qualidade de vida e a capacidade das pessoas de contribuírem para o mundo, com um senso de significado e propósito.

É um recurso para a vida diária e envolve resiliência, capacidade de ação e de superar desafios

(OMS, 2021)



9

## **BEM-ESTAR**

Fatores que interferem no nosso bem-estar e na nossa saúde:



- As relações com familiares, amigos/as e colegas de trabalho
- A relação com o trabalho
- A alimentação
- O padrão de sono
- As atividades nos tempos livres

Algumas situações são especialmente desafiantes e têm um impacto importante no bem-estar, como ser <u>cuidador</u> <u>de pessoas com demências</u>.



10

## MANIFESTAÇÕES DE FALTA DE BEM-ESTAR

## Emoções desconfortáveis ou desagradáveis:

- Preocupação e tristeza
- Nervosismo e irritabilidade
- Culpabilidade
- Falta de energia e cansaço
- Dificuldade de concentração
- Diminuição ou ausência de prazer nas atividades do dia-a-dia
- · Alteração do apetite e dificuldade em dormir



11



## MANIFESTAÇÕES DE FALTA DE BEM-ESTAR

## Sensações físicas:

- Dor de cabeça, dor no pescoço, ombros e costas (por tensão muscular)
- Dor de barriga e alteração do trânsito intestinal
- Sensação de falta de ar e dor no peito.

12

## **COMO PROMOVER O BEM-ESTAR**

Alimentação variada e equilibrada.

Dormir as horas que necessita, com o telemóvel desligado ou em silêncio

Exercício físico, sendo o ideal pelo menos 2 horas e meia de actividade física ao longo da semana.

Interagir com pessoas que lhe são próximas e com as quais se sente bem e valorizado/a.

Recomeçar ou aprender uma atividade nova (artesanato, desporto, língua, cozinhar, etc)

Praticar uma atividade que pode ser coletiva ou individual, que lhe dê prazer (caminhada, corrida, natação, dança, escrita, desenho, etc).

13

## **COMO PROMOVER O BEM-ESTAR**

Evitar o consumo excessivo de álcool e café.

Evitar o consumo de tabaco e drogas.

Pensar positivamente

Aprender a ver situações com humor

Resolver o que nos perturba

Gerir o tempo e definir prioridades

Passar tempo na natureza

Criar uma boa rede de apoio

14

- LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER)
- DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

As lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho, da coluna lombar, são a maior causa de absentismo profissional.

Os profissionais que mobilizam diariamente os doentes são um grupo vulnerável à ocorrência destas patologias

15

## **MOBILIZAR DOENTES**

É uma atividade complexa com diversas exigências e implica, habitualmente, uma elevada carga física com repercussões no sistema musculoesquelético.

Frequentemente excede as capacidades individuais dos intervenientes, em particular biomecânicas.



16



LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER)

DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

#### **Causas Diretas:**

- Posturas inadequadas
- Natureza e repetibilidade de movimentos
- Aplicação de forças, que influenciam diretamente o sistema músculoesquelético do trabalhador.

17

## LER e DORT

#### **Causas Indiretas:**

- O conteúdo das atividades
- A qualidade da comunicação
- Períodos prolongados de trabalho
- Ausência de pausas
- Não rotatividade de tarefas
- Fatores psicológicos (stress, pressão pela produção e os relacionamento interpessoais)



18

## **PREVENÇÃO**

 Video ADVITA (22 min): Mobilidade, Posicionamentos e Transferências

https://youtu.be/pm4WWNUJx70

19



## **GINÁSTICA LABORAL**

São exercícios de baixa intensidade realizados no próprio local de trabalho, com sessões de 5, 10 ou 15 minutos diários.

#### **OBJETIVOS**:

- Prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho
- Diminuição do stress

20

## **GINASTICA LABORAL**

#### PREPARATÓRIA

- No início da jornada de trabalho 10 a 12 minutos ativa o organismo, e prepara para o trabalho físico
- Exercícios de coordenação, equilíbrio, concentração, flexibilidade e resistência muscular

#### COMPENSATÓRIA

- Durante a jornada de trabalho, 5 a 10 minutos, compensa a tensão muscular adquirida pelo uso excessivo ou inadequado da estrutura corporal.
- Exercícios de alongamento e flexibilidade, respiratórios e posturais.

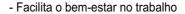
#### RELAXAMENTO

- Final da jornada de trabalho, 10 a 12 minutos, reduz o stress, alivia as tensões, e melhora a socialização.
- Automassagens, exercícios respiratórios, exercícios de alongamento e flexibilidade e meditação

21

## **GINASTICA LABORAL**





- Melhora o relacionamento interpessoal
- Promove a adoção de posturas corretas
- Contribui para a diminuição da fadiga/stress
- Contribui para a diminuição das queixas músculoesqueléticas
- Diminuição dos acidentes de trabalho
- Reforça a autoestima
- Minimiza a monotonia, sensação de tédio e infelicidade
- Descontrai e melhora a disposição

22





## **RELAXAMENTO**

- Ajuda a desligar-se das preocupações e a quebrar pensamentos negativos
- Melhora a concentração e o humor
- Reduz tensões musculares e a tensão emocional
- · Alivia as dores de cabeça
- Ajuda a adormecer
- Evita conflitos desnecessários
- Melhora a produtividade
- Ajuda a baixar o ritmo cardíaco e a tensão arterial
- Ajuda a desenvolver a confiança para resolver problemas

24

## **RELAXAMENTO**



Para fazer um exercício de relaxamento é importante estar num ambiente tranquilo e com roupas leves que não impeçam a movimentação de todo o corpo.



Para relaxar deite-se numa superfície plana e permaneça com os olhos fechados por alguns minutos.



Inicie respirações profundas inspirando e expirando até se sentir inicialmente relaxado.

25

## RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Técnica de relaxamento que consiste em contrair lentamente e depois relaxar cada grupo muscular.

É uma forma de ajudar a concentrar-se nas diferenças entre tensão muscular e relaxamento e tornar-se mais consciente das sensações físicas.

Deve começar por contrair e relaxar os músculos dos dedos dos pés e subir progressivamente até ao pescoço e à cabeça. Também pode começar o exercício pela zona da cabeça e o pescoço e ir progressivamente até os dedos dos pés. Contraia os músculos durante cerca de cinco segundos e depois relaxe durante 10 segundos e repita.

26

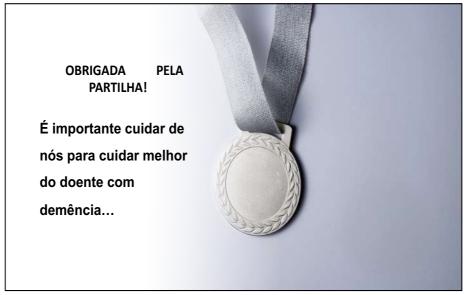
20/09/23

## **RELAXAMENTO**

• video

Após todo o exercício de relaxamento, permaneça por alguns minutos deitado de olhos fechados e levante-se vagarosamente.

27



28

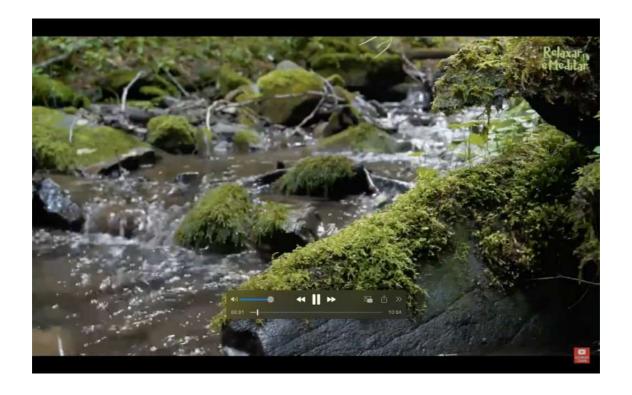
## **BIBLIOGRAFIA**

- Alzheimer Europe, & Alzheimer Portugal. (2006). Manual do Cuidador (2o). Novartis.
- Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida. (2023) Filmes Cuidar. <a href="http://www.aduda.pt/filmes.cuidar">http://www.aduda.pt/filmes.cuidar</a>
   Maciel, R. H., Albuquerque, A. M. F. C., Matzer, A. C., & Leónidas, S. R. (2005). Quem se beneficia dos programas de ginástica labora?. Cademos De Psicologie Social Do Trabaño, 6. 71-786. <a href="https://doi.org/10.1106/listens/1861-3649.0480/T-128">https://doi.org/10.1106/listens/1861-3649.0480/T-128</a>
   Neves, M., Serralheira, F. (2014). A formação de professionais de saúde parea prevenção de lesões musculossqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna Iombar: uma revisão astemática. Revista Portuguese de Saúde Pública, vió 32 (1) <a href="https://doi.org/10.1106/listens.2014.01.00">https://doi.org/10.1106/listens.2014.01.00</a>
- OMS (2021) Health Promotion Glossary of Terms 2021 https://www.who

- Sampaio A., Oliveira J. (2008). A ginástica laboral na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida no trabalho. Caderno de Educação Física. Marechal Cândido Rondon, v. 7, n. 13. https://saber.unioests.br/index.blo/cadernoed/fisica/article/view/1649/1726

SNS (2020) A importância do bem-estar na saúde. Projeto INFORMA em AÇÃO. https://www.fcsh.unl.pt/static/documentos/informacao/Importancia\_do\_bem\_estar\_na\_saude\_PT.pdf

## **APÊNDICE XXVIII** - Vídeo para sessão de relaxamento



#### O QUE É GINÁSTICA LABORAL

São exercícios de baixa intensidade, realizados no próprio local de trabalho, com sessões de 5, 10 ou 15 minutos.

principais objetivos são a prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares relacionados com o trabalho, e a diminuição do stress, através dos exercícios de alongamento e de relaxamento.



#### **QUANDO FAZER**

- No início da jornada de trabalho: Ginástica Laboral Preparatória/Aquecimento
- Durante a jornada de trabalho: Ginástica Laboral Compensatória
- No final da jornada de trabalho: Ginástica Laboral de Relaxamento.

#### **BENEFÍCIOS**

- Facilita o bem-estar no trabalho
- Melhorar o relacionamento interpessoal
- Promove a adoção de posturas corretas
- Contribui para a diminuição da fadiga/stress
- Contribui para a diminuição das queixas músculo-esqueléticas
- Diminuição dos acidentes de trabalho
- Reforçar a auto-estima







#### **BIBLIOGRAFIA:**

- Maciel, R. H., Albuquerque, A. M. F. C., Melzer, A. C., & Leônidas, S. R. (2005). Quem se beneficia dos programas de ginástica laboral?. Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho, 8, 71-86. https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v8i0p71-86
- Sampaio A., Oliveira J. (2008). A ginástica laboral na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida no trabalho. Caderno de Educação Física. Marechal Cândido Rondon, v. 7, n. 13.

https://saber.unioeste.br/index.php/cadernoedfisica/article/vie

Vídeo: Ginástica Laboral da Profa Ana Rodrigues https://youtu.be/yTERpv13das



**CAPACITAR PARA CUIDAR** 

> **GINÁSTICA LABORAL**









Pernas afastadas, braços esticados para a frente, mãos entrelaçadas.



Pernas afastadas, braços esticados para cima da cabeça, mãos entrelaçadas.



Coloque as mãos sobre a nuca e pressione a cabeça para baixo



Com as pernas afastadas, desça o tronco para baixo, tente chegar com os dedos ao chão.



Com as pernas paralelas, pressione o cotovelo em direção ao corpo. Repita com o outro braço.



Pernas afastadas, braços esticados, mãos entrelaçadas e seguras atrás das costas.





Estique um braço para a frente e dobre o pulso para baixo. Pressione com a outa mão até sentir o braço alongar. Depois levante a mão para cima e com a outra mão puxe os dedos para si. Repita com a outra mão.



Com os joelhos semifletidos, levante as mãos entrelaçadas para cima e incline-se para o lado. Repita para o outro lado.



Mantenha o tronco ereto. Leve um pé para trás e segure o pé. Repita com a outra perna.



Mantenha as pernas afastadas, desça o tronco para o pé esquerdo. Repita para o outro lado.





Puxe a cabeça com uma das mãos, para o ombro esquerdo, até sentir uma leve pressão na lateral do pescoço. Repita para o outro lado.





Rode a cabeça para a direita, o máximo que conseguir. Depois rode para a esquerda.



Com os joelhos semifletidos, e uma mão na cintura, levante a outra mão para cima e incline-se para o lado. Repita para o outro lado.



Desloque uma perna para o lado, fletindo o joelho, até a altura da anca, mantendo a outra perna esticada. Repita com a outra perna.

#### APÊNDICE XXX – E-poster 1





DIA INTERNACIONAL DA LITERACIA - 8 de setembro de 2022

LITERACIA EM SAÚDE, UM DESAFIO EMERGENTE - A EXIGÊNCIA DE UM COMPROMISSO GLOBAL

PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE: CAPACITAR PARA CUIDAR

Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro - Enfermeira Serviço de Imunoalergologia CHUC

Cristina Crespo – Enfermeira Coordenadora UCC Celas Marília Neves – Professora Coordenadora Esenfo



#### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde as Demências são uma das principais causas de dependência de cuidados dos idosos a nível mundial. Um estudo publicado em 2022 pela revista *The Lancet* estima que em 2019, havia em Portugal 200 994 pessoas com demência e que, em 2050, haverá 351 504 pessoas com demência. Os cuidados informais prestados por familiares têm diminuído devido às atuais mudanças sociais e económicas, portanto muitas famílias transferem o cuidado do idoso para Instituições Sociais, dirigidas à população idosa. Esta realidade conduz à necessidade crescente de apostar em profissionais com uma formação pessoal e profissional que proporcione às pessoas idosas qualidade de vida e bem-estar. Em Portugal, a Estratégia da Saúde na Área das Demências (Despacho nº 5988/2018), define os princípios aos quais devem obedecer os cuidados às pessoas com demência. É importante promover medidas para a consciencialização pública sobre esta problemática, no sentido de promover a literacia dos cidadãos em geral, e a formação dos profissionais de saúde Cuidar de nessoas idosas é uma importante questão de saúde pública que afeta a qualidade de vida de milhões de pessoas

#### OBJETIVOS

Objetivo geral: Capacitar os cuidadores formais sobre práticas promotoras de saúde e bem-estar dos doentes com demência.

#### Objetivos específicos:

- Aumentar o nível de conhecimentos dos cuidadores formais sobre demências e sobre a trajetória da doença, para facilitar a prestação de cuidados, orientar para a resolução de problemas concretos.
- resolução de problemas concretos.

   Ensinar o cuidador a lidar com o papel de ser cuidador, de modo a melhorar o seu bem-estar, e estratégias de conica.
- Proporcionar estímulos e contextos que promovam a participação dos cuidadores em momentos de convivio para que possam partilhar e trocar experiências entre si.
   Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados.
   Ensinar sobre como promover um ambiente seguro para
- -Capacitar os cuidadores na adoção de estratégias de comunicação com o doente mais eficazes.

FINALIDADE E METAS: Com a implementação deste projeto, pretende-se aumentar os conhecimentos dos cuidadores formais, sobre demências, de forma a melhorar a prestação de cuidados aos doentes com essas deencas.

#### As metas são:

população alvo

-Aumentar 20% o nível de conhecimentos dos cuidadores formais sobre demências

 - Abranger 100% das instituições onde a população alvo se encontra
 - Alcançar 80% dos cuidadores que constituem a nossa

#### PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE: CAPACITAR PARA CUIDAR

Na população idosa a Demência é uma das principais causas de incapacidade, provocando uma sobrecarga tanto para os cuidadores, como para os serviços de saúde. Segundo dados da ARS Centro, o Centro de Saúde de Celas tinha, em março de 2022, um total de 369 diagnósticos de demência ativos (P70), de ambos os sexos, distribuldos pelas várias Unidades Funcionais. Na região centro todas as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) têm doentes com demência, como podemos ver na Tabela 1. Potranto verifica-se a necessidade de realizar formação aos profissionais que cuidam destes doentes.

O cuidador formal é um profissional a quem se exigem competências, tais como o conhecer as necessidades do idoso, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual, e dar apoio na realização de atividades de vida diárias (AVD). Os cuidadores formais enfrentam várias dificuldades a ocuidar do um doso institucionalizado, mas a sua preparação eficaz é um fator-chave que contribui para a qualidade dos cuidados prestados. A complexidade das necessidades dos doentes com demência, exige profissionais com competênciapara a demência, com cuidadores formais que possuam o conhecimento, as habilidades e as atitudes empáticas associadas para capacitar os cuidadores formais de idosos institucionalizados a encontrar estratégias que os ajudem a enfrentar as dificuldades

relacionadas com a sua prática profissional diária.

A UCC de Celas desenvolve, desde maio de 2018, um Projeto de Intervenção na Comunidade que designou como: "Capacitar para Culdar" dirigido também à formação de cuidadores formais, de idosos com Demência, que integram as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) entidades similares e Serviços de Apoio Domiciliário das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) da abrangência da Unidade de Culdados na Comunidade de Celas. Tendo em conta o agravamento da deterioração da saúde mental da população, devido à pandemia COVID-19 e o envelhecimento populacional, o número de pessoa com demência tenderá a aumentar. Em resultado destas alterações a coordenadora da UCC de Ceias decidiu em 2022 directionar este projeto de formação para a área das demências, no contexto, no contexto, a contexto, a contexto, a contexto de Teritica Clínica e Estágio con feliatório da Mestranda de Enfermagem Comunitária Anabela

#### Tabela 1- Pessoas com diagnóstico de demência em Unidades de Cuidados Continuados de Internamento da Região Centro

Número de doentes internados em UCCI		Número de doentes com diagnóstico de Demência		Número de doentes com suspeita de Demência				
н	М	н	М	Н	М			
1035	1322	228	408	162	219			
Fonte: Sistema de Informação da RNCCI – Maio 2019								

#### METODOLOGIA

Como primeiro passo no processo de capacitação é necessário diagnosticar os conhecimentos dos cuidadores formais sobre Demências, e as suas dificuldades. A recolha de dados será feita através da aplicação de um questionário sociodemográfico e da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA), versão portuguesa da Escala "The Alzheimer (ECDA), versão portuguesa da Escala" The Alzheimer Fo Disease Knowledge Scale" (ADKS), convertidos em Google Forms. Fol solicitada autorização aos autores para utilização da escala para este fim. Fol solicitada autorização aos responsávels pelas instituições e a todos os cuidadores formais específicando os objetivos e o conteúdo do projeto, assim como, os respetivos instrumentos de recolha de dados e o consentimento informado. Todos os cuidadores formais participam voluntariamente. Excluem-se os profissionais de saúde a prestarem cuidados nestas instituições.

As intervenções planeadas e respetiva operacionalização são descritas na Tabela 2.

#### Tabela 2 - Intervenções propostas e respetiva

Tabela 2 - Intervenções propostas e respetiva operacionalização					
Intervenção	Operacionalização da Intervenção				
Apresentação do projeto intervenção	Reunião com as diferentes equipas – via ZOOM ou contacto presencial no momento da vacinação (ERPI/SAD das IPSS)				
Avaliação dos conhecimentos dos cuidadores formais da pessoa com demência, relativos à doença	Pedir autorização aos autores da Escala ADIXS, para a usar em português (ECDA).  Obter autorização das Instituições para aplicar a Escala aos cuidadores formais  Aplicação da Escala.				
Melhorar o bem-estar dos cuidadores, promovendo capacidades de coping	Roda de conversa, para que possam partilhar e trocar experiências entre si				
Capacitar os cuidadores formais sobre boas práticas	-Realização de uma sessão com a temática: O que é a demência, tratamento, prevenção -Realização de uma sessão com a temática: comunicação com os doentes com demência -Realização de uma sessão com a temática: as AVD no idoso demente -Realização de folhetos informativos para entrega aos cuidadores, sobre os temas das sessões				
Avaliação do impacte das intervenções após a capacitação do cuidador	Aplicação da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer aos cuidadores formais, e				

avaliação de satisfação, seis meses após intervenção

#### RESULTADOS

Os resultados serão obtidos através da avaliação dos indicadores de atividade e do impacte das intervenções pela aplicação da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer aos cuidadores formais, antes e depois das intervenções, escala validada cientificamente. Também será avaliada a satisfação e sentido de utilidade dos cuidadores formais com a formação ministrada e dos profissionais de saúde que acompanham os referidos cuidadores, seis meses após a mesma, pois de de suma importância compreender se o conhecimento é transformado em comportamento e se traduz mudanças significativas. A análise dos resultados irá permitir a futura adequação das intervenções, de forma a dar continuidade ao projeto, visando a melhoria continua e o aumento da literacia dos cuidadores formais sobre a temática.

#### CONCLUSÃO

A Demência pressupõe a necessidade de cuidados complexos porque nos seus estágios mais avançados, provoca altos niveis de dependência e morbidade As dificuldades que cuidadores formais enfrentam ao cuidar de um idoso institucionalizado, podem ser colmatadas pela sua capacitação, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

O desafio maior que a Literacia traz aos cidadãos é avaliar de forma efetiva se trouxe ganhos em saúde e medi-los com instrumentos válidos que permitam conclusões fidedignas e conduzam assim à replicação de Boas Práticas. Ninguém melhor do que os Enfermeiros para o fazerem.

#### BIBLIOGRAFIA

 -Carpenter B. D., Bakis S., Ottlingam P. G., Hanson P. K., Gatz M., (2009) The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychomet Properties. The Gerontologist. Vol. 49, No. 2, 236–247 doi:10.1093/geront/gnp023

-Despacho n.º 5988/2018, 19 junho. Diário da República n.º 116/2018, Série II. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisb Portugal

-Ferreira, J. A. V. (2016). Processo de cuidar da pessoa idoa com Doença de Alheimer (DA) numa Estrutura Residencial para (doiso (ERP)). Perspeños dos Ajudontes de Ação Derde (AAO). Dissertação de mestada om Cuidado Pallativos, Universidade Católica Portuguesa). Venta Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. http://fed.parde.net/104801472239
-Ajuhol S. Sejember I. D. Vácido S. F. Futural & C. Nabia I. Jah. Calido S. et al. (2012). Estimation of the electrativo considerance de flamenta in 2019 an

https://doi.org/10.1016/52468-2667(21)00249-8. www.thelancet.com/public-health
./maniparia-fa-thundial-de-Sainte (2017). Global action plan on the nubble health reconnector dementin 2017–2025. Geneva

Organização Mundial de Saúde. (2021). Towards a dementia-inclusive society: WHO toolkit for dementia-triently initiatives (DFIs). Geneva. ISBN 978-92-4-003153-1 (electronic version)

Developmental and Educational Psychology, INFAD: Revista de Psicología Revista INFAD 2014 № 2, Vol. 1 ed.).
DOI:10.17060/ioolaeo/2014.n2.v1.016

-Resciniti N. V., Tang W., Tabassum M., Pearson J. L., Spencer S. M., Lohman M. C., Ehlers D. K., Al-Hasan D., Miller M. C., Teixeir & Friedman D. B. (2020). Knowledge evaluation instruments for dementia caregiver education programs: A scoping review. Japan

-Sequeira, C. (2010). Cuidor de idosos com Dependêncio Físico e Mentol. Lisboa Lidel, Edições Técnicas, Lda.
-Sefcik J. S., Boltz M., Dellapina M., & Gitlin L. N. (2022). Are Interventions for Formal Caregivers Effective for Improving Dementia Care? A



#### IV CONGRESSO NACIONAL DA AUCC 30 e 31 março 2023

### PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE:

CAPACITAR PARA CUIDAR DE PESSOAS COM DEMÊNCIA Anabela Ribeiro – Enfermeira Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Cristina Crespo – Enfermeira Coordenadora UCC Celas

Marília Neves - Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



#### INTRODUÇÃO

O aumento de casos de Demência provoca uma sobrecarga para os cuidadores e para os serviços de saúde. Segundo dados da ARS Centro, o Centro de Saúde de Celas tinha, em março de 2022, un total de 369 diagnósticos de Demência ativos. Na região centro todas as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados têm doentes com Demência. A complexidade das necessidades dos doentes com demência, exige profissionais com competências para a Demência, com cuidadores formais que possuam o conhecimento, as habilidades e as atitudes empáticas associadas ao cuidado centrado na pessoa. Portanto são precisas medidas para capacitar os cuidadores formais de idosos institucionalizados a encontrar estratégias que os ajudem a enfrentar as

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Celas desenvolve o Projeto de Intervenção na Comunidade "Capacitar para Cuidar", dirigido à formação de cuidadores formais, de id Demência, que integram as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)/ entidades similares e Serviços de Apoio Domiciliário das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) na sua área de abrancência. Tendo em conta o agravamento da deterioração da saúde mental da população, devido à pandemia COVID-19 e o envelhecimento populacional, o número de pessoas com Demência tenderá a aumentar. Em resultado destas alterações a coordenadora da UCC de Celas decidiu, em 2022, direcionar este projeto de formação para a área das Demências, no contexto do Estágio com Relatório da Mestranda de Enfermagem Comunitária Anabela Ribeiro

#### **OBJETIVOS**

Objetivo geral: Capacitar os cuidadores formais sobre práticas promotoras de saúde e bem-estar dos doentes com demêr

#### Objetivos específicos

- Aumentar o 20% nível de conhecimentos dos cuidadores formais sobre demências, para facilitar a prestação de cuidados e orientar para a resolução de problemas concretos
- Ensinar ao cuidador estratégias de coping e relaxamento, para lidar com o seu papel, e melhorar o seu bem-estar.
- -Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados
- -Ensinar sobre como promover um ambiente seguro para o doente.
- -Capacitar os cuidadores na adoção de estratégias de comunicação com o doente mais eficazes.

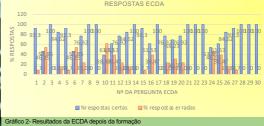
#### **METODOLOGIA**

Delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal. A amostragem é não probabilística e de conve endo constituída por 15 cuidadores formais de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas de Coimbra.

O primeiro passo no processo de capacitação foi diagnosticar os conhecimentos dos cuidadores formais sobre Demências, e as suas dificuldades. A recolha de dados foi feita através da aplicação de um questionário sociodemográfico e da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA), versão portuguesa da Escala "The Alzheimer's Disease Knowledge Scale" (ADKS), que contém 30 perguntas sobre 7 temáticas. Foi solicitada autorização aos autores para utilização da escala para este fim. Foi solicitada autorização aos responsáveis da

instituição e a todos os cuidadores formais, especificando os objetivos e o conteúdo do projeto, o instrumento de recolha de dados e o consentimento informado. Todos participam voluntariamente. Excluíram-se os profissionais de saúde. Foram desenvolvidas 3 sessões de formação com os cuidadores, em janeiro e fevereiro 2023. Posteriormente foi aplicado a ECDA. Seis meses após a mesma será avaliada a satisfação e sentido de utilidade dos cuidadores formais com a formação ministrada e dos profissionais de saúde que acompanham os referidos cuidadores, pois é





#### **CONCLUSÃO**

Os resultados mostram a programa de formação instituído, e permitem a adequação das intervenções, de forma a dar continuidade ao projeto, visando a melhoria continua e o aumento da literacia dos cuidadores formais sobre a temática. A melhoria do nível de literacia em saúde traduz-se na aquisição de novos conhecimentos, de atitudes mais positivas. comportamentos de saúde positivos. programas de literacia em saúde, que vão ao encontro das dificuldades identificadas pelos cuidadores formais. É fundamental replicar a intervenção, porque não, a nível nacional, porque a necessidade de formação nesta área é uma prioridade.

#### RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através da aplicação da ECDA aos cuidadores formais, antes e depois das intervenções. O Gráfico 1 apresenta os resultados da primeira aplicação da ECDA: a média de respostas certas foi de 61%, e houve 2 questões em que todos os particip Alzheimer é um tipo de Demência"). Após o programa formativo a média de respostas certas foi de 81%, e houve 11 questões com todas as respostas certas (Gráfico 2). De salientar que as questões no tema Desenvolvimento e progressão da doença apresentaram 100% de respostas corretas (nº3 "Após o aparecimento dos sintomas da Doença de Alzheimer, a esperança média de vida é de 6 a 12 anos", nº 8 "Existem casos raros de pessoas que se curaram da Doença de Alzheimer", nº 14 "À medida que a doença se agrava, a pessoa com Doença de Alzheimer apresenta maior propensão para cair", e nº 17 "Numa fase final, a pessoa com Doença de Alzheimer irá precisar de supervisão 24

horas por dia"), enquanto que no primeiro questionário as mesmas questões tiveram 73,33% de respostas corretas). Os resultados da aplicação da ECDA demonstram uma evolução positiva no aumento do conhecimento dos cuidadores sobre a doença, que se traduz no crescimento da sua literacia em saúde.

#### **BIBLIOGRAFIA**

651 1003/jercitago-200.

1003 production (1998) production (1998)

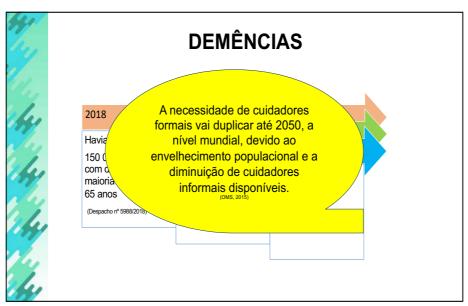
20/09/23

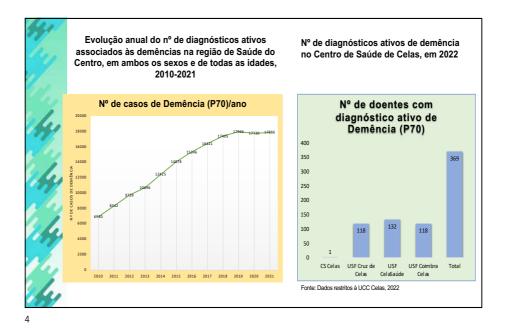


**OBJETIVOS** 

- Compreender como a Literacia em Saúde dos cuidadores formais de pessoas com Demência institucionalizadas pode influenciar a qualidade da assistência a estes utentes.
- Descrever o Projeto de Intervenção na Comunidade "Capacitar para cuidar de pessoas com demência".

2





## CUIDADORES FORMAIS E LITERACIA EM SAÚDE

Os CF devem ter uma preparação específica para desempenharem esse papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao contexto do seu exercício laboral

(Carrilho, 2012).

A Estratégia de Saúde na Área das Demências recomenda a "capacitação dos cuidadores formais e informais" de pessoas com demência

(Despacho nº 5988/20 18, p. 171100).

A institucionalização em Lar de idosos (ERPI), e o aumento da sobrecarga dos CF, são fatores que levam à necessidade de um maior conhecimento sobre o processo de cuidar da pessoa idosa com Demência, pelos CF (Ferreira, 2016).

5

# PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE "CAPACITAR PARA CUIDAR DE PESSOAS COM DEMÊNCIA"

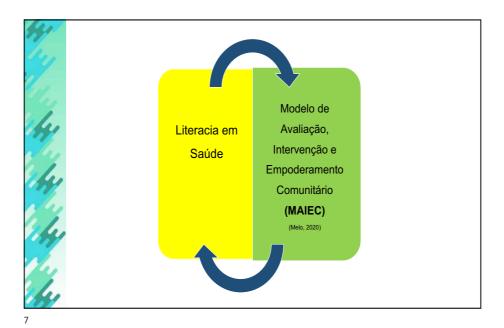
Formação dos CF, promovendo a sua capacitação, através de ações de formação, para que os cuidados prestados aos doentes com Demência, sejam da melhor qualidade, aumentando o bem-estar tanto dos doentes e das suas famílias, como dos cuidadores.

Inclui as instituições ERPI/ entidades similares e Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS, da área de abrangência da UCC de Celas.

Toda a equipa multidisciplinar da UCC de Celas é responsável pelo programa, sob orientação da Enfermeira Coordenadora que integra a Comissão Regional para as Demências da ARS Centro.

6

20/09/23



**OBJETIVOS** Capacitar os cuidadores na Aumentar em 60% os CF com adoção de conhecimentos sobre demências estratégias de Ensinar os comunicação com o doente mais cuidadores sobre como promover um eficazes ambiente seguro META: para o doente Abranger 80% dos CF da instituição com o programa formativo

ınstitucionalizadas.

Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados, nomeadamente nas AVD

8

Ensinar aos cuidadores estratégias de coping e relaxamento, para lidar com o seu papel, e melhorar o seu

bem-estar.

INTERVENÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO
Apresentação do projeto e proposta de intervenção	Reunião com as diferentes equipas
Realização de um estudo de diagnóstico dos conhecimentos dos CF da pessoa com demência, relativos à doença	<ul> <li>Pedido de parecer á Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da ESEnfC.</li> <li>Realização de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa</li> <li>Aplicação da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA) aos CF</li> </ul>
Implementação de programa formativo para capacitar os CF para cuidar de pessoas com demência institucionalizadas.	- Realização de uma sessão com a temática: O que é a demência, tratamento, prevenção Realização de uma sessão com a temática: comunicação com os doentes com demência Realização de uma sessão com a temática: as AVD no idoso demente Elaboração de 3 folhetos informativos sobre as temáticas das sessões, para disponibilizar aos CF.
Capacitação dos CF para o seu autocuidado, promovendo capacidades de coping	<ul> <li>Realização de sessão com: dinamização de ginástica laboral, ensino de técnica de relaxamento e ensino de técnicas de posicionamento de utentes dependentes para prevenção de Lesões Osteoarticulares no CF.</li> <li>Elaboração de vídeo para utilização como recurso audiovisual, na sessão de relaxamento.</li> </ul>
Avaliação do impacte do programa formativo no nível de conhecimentos dos CF sobre demências	- Aplicação da ECDA aos CF, abrangidos pelo programa formativo

## INDICADORES DE ATIVIDADE E DE RESULTADO

Percentagem de CF que responderam ao questionário = Nº de CF que responderam ao questionário / Nº total de CF x100

Percentagem de CF que receberam formação =  $N^{\circ}$  de CF que receberam formação/  $N^{\circ}$  total de CF x 100

Percentagem de CF com aumento da pontuação na escala = Nº de CF com aumento da pontuação na escala / Nº total de CF x 100

10

## **COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

#### Questão de investigação

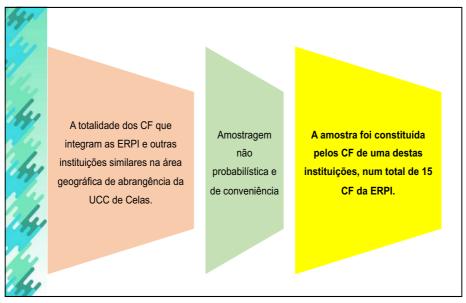
"Que conhecimentos e necessidades possuem os cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional?"

Delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal.

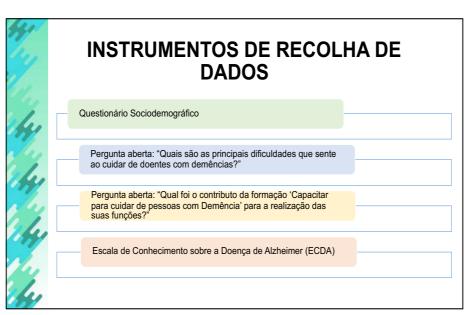
#### Objetivos:

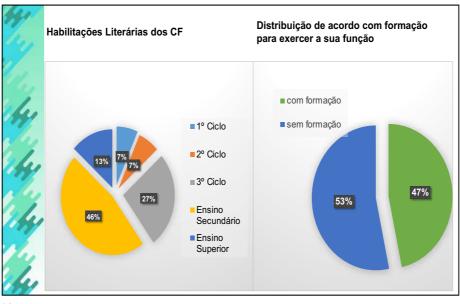
- Identificar os conhecimentos dos CF sobre as demências.
- Conhecer as necessidades sentidas pelos CF relativamente à assistência prestada à pessoa com demência em contexto institucional.
- Analisar as necessidades formativas dos CF para otimizar a assistência à pessoa com demência em contexto institucional.

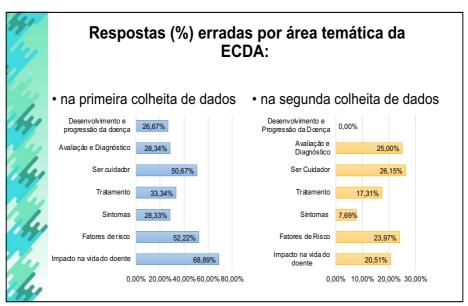
11



12







Indicadores		Metas/ Objetivos	Resultado	Avaliação
	Percentagem de CF que responderam ao questionário = Nº de CF que responderam ao questionário / Nº total de CF x100	Abranger 80% dos CF da instituição (com ECDA)	1ª aplicação do questionário: (15:15) x100%=100%	Atingido totalmente
Atividade			2ª aplicação do questionário: (13:15) x100%= 86,7%	
	Percentagem de CF que receberam formação = Nº de CF que receberam formação/ Nº total de CF x 100	Abranger 80% dos CF da instituição (com programa formativo)	(7,8 CF:15) x100%= 52%	Atingido parcialmente
Resultado	Percentagem de CF com aumento da pontuação na escala = № de CF com aumento da pontuação na escala pós programa formativo/ № total de CF x100	Obter 60% de CF com aumento do nível de conhecimentos	(13:15) x100%= 86,7%	Atingido totalmente

## **CONCLUSÃO**

Aumentar a LS dos CF através de programas educacionais, contribui para melhorar as suas habilidades e conhecimentos sobre a problemática, de forma a fornecer cuidados mais eficazes e humanos a essa população.

À medida que o <u>envelhecimento populacional progride</u>, mais casos de demência serão diagnosticados, portanto é fundamental o <u>desenvolvimento de programas e</u> intervenções educacionais sobre o cuidar desta população com necessidades específicas.

17



18

## **Bibliografia**

Carrilho, P.M. (2012). Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. Portugal, https://bibliotecadigital.jpb.pt/handle/10198/7988

Comissão regional de saúde para as demências ARS Centro, I.P. (2019). Plano Regional de Saúde na área das Demências.

Despacho n.º 5988/2018, 19 junho. Diário da República: Il série, n.º 116/2018. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://files.dre.pt/2s/2018/06/116000000/1709417101.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://pt.scribd.com/document/638305126/Plano-Acao-Literacia-Saude-2019-2021

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa, Portugal: Autor. DOI:10.13140/RG.2.2.17763.30243

Ferreira, J. A. V. (2016). Processo de cuidar da pessoa idosa com Doença de Alzheimer (DA) numa Estrutura Residencial para Idosos (ERPI): Perspetivas dos Ajudantes de Ação Direta (AAD). (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Portugal. Recuperado de http://db.landic.net/19400.14/22282

Melo P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel-edições técnicas

OMS. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

Yuen E. Y. N., Knight T., Ricciardelli L. A. & Burney S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. Health and Social Care in the Community. 26 (2), 191-206. Recuperado de https://onlinellibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hsc.12368

#### APÊNDICE XXXIII- Newsletter nº 4 de janeiro de 2023













## NEWSLETTER

Janeiro | 2023 | Nº 4

#### **ALERGIA ALIMENTAR NAS ESCOLAS**

#### **ALERGIA ALIMENTAR NA CRIANÇA E ADOLESCENTE**

A alergia alimentar poder ocorrer em qualquer idade. É mais frequente na criança comparativamente ao adulto e qualquer alimento pode desencadear uma reação alérgica. Nas crianças os alimentos mais frequentemente implicados são o leite, o trigo, o ovo e a soja. A grande maioria dos casos são situações transitórias evoluindo, habitualmente, para a aquisição de tolerância aos alimentos na idade escolar. Por outro lado, alergia a amendoim, frutos de casca rija e peixe ou marisco tendem muitas vezes a persistir até à idade adulta.

Embora com menor frequência, já em idade escolar ou mesmo na adolescência podem surgir alergias alimentares consequentes de uma determinada alergia respiratória, de que como é exemplo a alergia a marisco e aos frutos frescos relacionada com alergia a ácaros e a pólenes, respetivamente. Estes casos ocorrem por reatividade cruzada entre proteínas muito semelhantes entre si e que estão presentes em diferentes espécies.

É importante saber que não só a ingestão do alimento, mas também a inalação ou o contacto com a pele podem desencadear uma reação alérgica. Consequentemente, deve-se ter cuidado com o vapor de cozedura, ou presença de partículas do alimento no ar, especialmente na alergia ao camarão ou peixes.

Existem também certos fatores como o exercício físico que podem potenciar ou até induzir as reações alérgicas aos alimentos. Por exemplo, é possível um indivíduo ingerir trigo em repouso e não ter nenhuma reação, mas quando a ingestão de trigo precede, é feita durante ou no fim do exercício, poder vir a desencadear uma reação alérgica. Este tipo de alergia alimentar denomina-se alergia ao trigo induzida pelo exercício. Alguns medicamentos como os antiinflamatórios (ex. ibuprofeno e ácido acetilsalicílico) e também infeções, álcool, jejum prolongado ou mesmo a menstruação, são outros fatores que tornam o doente alérgico mais sensível. De uma forma resumida, estes fatores aumentam a absorção dos alergénios dos ditos alimentos a nível intestinal e diminuem o limiar de resposta alérgica. Desta forma, o doente fica mais suscetível de ter uma reação.



"Tendo presente que as Alergias Alimentares têm um impacto enorme nas comunidades escolares e, dado que no contexto europeu, as crianças portuguesas são das que mais tempo passam na escola, esta problemática impacta de forma significativa nestes ambientes."

Filipa Melo de Vasconcelos

### Manifestações de Alergia alimentar

A alergia alimentar manifesta-se habitualmente poucos minutos após a ingestão do alimento, podendo atingir apenas um ou diversos órgãos ou sistemas em simultâneo. As mais frequentes são as manifestações na pele, como a urticária, caracterizada por lesões semelhantes a uma picada de mosquito, dispersas por todo o corpo, com vermelhidão e comichão associadas. Na boca pode surgir inchaço e comichão da língua, dos lábios ou mesmo da garganta. Manifestações gastrointestinais incluem náuseas, vómitos, cólicas ou diarreia. A nível respiratório, pode ocorrer nariz tapado, espirros, pingo e comichão no nariz, ou mesmo sintomas dos brônquios como a tosse ou pieira, que se caracteriza por falta de ar e pelo som semelhante a miar de gato na respiração. Sintomas a nível cardiovascular, podem manifestar-se por uma queda da tensão arterial, com sensação ou mesmo desmaio. Quando a reação é sistémica envolvendo simultaneamente vários órgãos ou sistemas, estamos perante uma situação grave, a anafilaxia.

A anafilaxia é uma situação que preocupa bastante porque pode ser ameaçadora de vida. Os doentes com alergia alimentar, nomeadamente aquelas que têm risco de reação grave, são habitualmente portadoras de um plano escrito de emergência, onde é indicado para cada sintoma, a nível de cada órgão ou sistema, qual o medicamento que deve ser administrado e respetivas doses. São também portadoras de uma caneta autoinjectável de adrenalina. É muito importante que todas as pessoas que contactam com o doente alérgico conheçam o seu risco de anafilaxia, conheçam os sinais e sintomas de alergia alimentar, e saibam utilizar a caneta de adrenalina de forma atuar precoce e rapidamente.

A prevenção é uma das medidas mais importantes para evitar reações. Ler e interpretar os rótulos é essencial. Por Lei Europeia a presença de alimentos com maior risco de reações alérgicas e reações graves como o leite, o ovo, o trigo, a soja e o amendoim têm de obrigatoriamente ser mencionados na rotulagem.

O doente alérgico tem de ser ensinado e estar alerta para uma eventual reação acidental, principalmente quando come alimentos que não conhece (restaurantes ou cantinas escolares), e que podem conter o alergénio oculto ou estarem contaminados com o alergénio. A contaminação cruzada pode ocorrer durante o manuseio e a confeção dos alimentos. Por exemplo, um indivíduo alérgico ao peixe, pode ter uma reação alérgica se comer um bife que seja grelhado numa grelha onde previamente tenha sido grelhado peixe ou comer batatas fritas com óleo que também tenha sido utilizado para fritar peixe.





#### DISPOSITIVO AUTO-INJETOR (CANETA) DE ADRENALINA

A adrenalina é uma hormona que reverte de forma rápida os sintomas de uma reação alérgica grave.

A Caneta de Adrenalina é um dispositivo de injeção automático pré cheio e descartável, de fácil utilização, que permite administrar a adrenalina no músculo da coxa, em caso de reação alérgica grave. Pode ser usado pela pessoa que está em choque anafilático ou por outra pessoa próxima da vítima.

Em Portugal são comercializadas 2 formas de dispositivo auto-injetável, que são comparticipados na totalidade mediante a prescrição médica de acordo com a Portaria nº 257-A de 2020 (Diário da República nº 212/2020, 1º, série I).

A **Caneta de Adrenalina** deve ser conservada à temperatura ambiente (abaixo dos 25 °C) e dentro da sua embalagem, portanto não deve ser guardada no frigorífico, nem ser exposta ao calor. A sua substituição deve ser feita na data de validade ou se a solução apresentar coloração ou partículas.

A pessoa com alergia alimentar com risco de anafilaxia deve trazer sempre consigo o seu dispositivo auto-injetável, porque pode ter uma exposição acidental ao alergeno, colocando a sua vida em perigo. Deve estar treinada para auto-administrar a adrenalina e deve informar as pessoas mais próximas sobre o risco de reação alérgica a um alimento.

As pessoas próximas de alguém com risco de anafilaxia devem saber o que pode desencadear uma reação, como reconhecer os sintomas de reação anafilática, o que fazer em caso de reação anafilática, onde está o dispositivo e como o administrar.

Departamento de Saúde Pública | ARS Centro | 2023

## ALERGIA ALIMENTAR NA ESCOLA: INTERVENÇÃO NO MEIO/AMBIENTE ESCOLAR

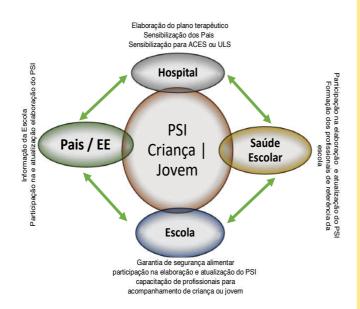
No domínio da intervenção das Equipas de Saúde Escolar, dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Escolar, preconiza-se que todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar.

Atualmente o Regulamento "Alergia Alimentar na Escola" publicado pela Direção Geral da Saúde no início do corrente ano, veio reforçar a necessidade de intervenção neste âmbito. Analisando o percurso, considera-se que já anteriormente a esta publicação, a Criança com Alergia Alimentar constituía um foco de atenção prioritário das Equipas de Saúde Escolar, com vista à promoção de um ambiente escolar mais seguro para as crianças e jovens com esta necessidade de saúde especial.

As alergias alimentares atingem cerca de 5 % de crianças e jovens em idade escolar. Nestas idades, grande parte do dia é passado em ambiente escolar, pelo que a existência de profissionais da educação – docentes e não-docentes – capacitados para assegurar a resposta em caso de episódio de anafilaxia, torna-se uma exigência com vista à promoção de um ambiente escolar seguro de acordo com o previsto na legislação - Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, que estabelece o regime jurídico da educação inclusiva.

As crianças com alergia alimentar conhecida e com risco de anafilaxia identificado são portadoras de um dispositivo auto-injetor de adrenalina, tradicionalmente conhecido por "canetas de adrenalina", sendo vigiados em consulta de imunoalergologia.

As Equipas de Saúde Escolar em articulação com os demais parceiros da comunidade educativa, deverão assegurar que no meio escolar esteja garantida uma resposta adequada a uma situação de saúde especial, promovendo a inclusão de todos, num ambiente que se preconiza que seja seguro e saudável para crescer, brincar e aprender.







Departamento de Saúde Pública | ARS Centro | 2023

"Manuel II de seu nome Manuel Maria Filipe Carlos
Amélio Luís Miguel Rafael Gabriel Gonzaga Xavier
Francisco de Assis Eugénio de Saxe-Coburgo-Gotha e
Bragança (Lisboa, 15 de
novembro de 1889 — Londres, 2 de
julho de 1932), também chamado "o Patriota" ou "o
Desaventurado", foi o último Rei de Portugal e dos
Algarves de 1908 até à sua deposição em 1910 com
a Implantação da República Portuguesa. Era o segundo
filho do rei D. Carlos e sua esposa a princesa Amélia de
Orleães, tendo ascendido ao trono após
o assassinato de seu pai e irmão mais velho D. Luís
Filipe, Príncipe Real."



#### TERÁ SIDO UMA ALERGIA ALIMENTAR?

VARGOVIA, 2 — A fine de se segue me rappergo que se abandonara para como rappergo que se abandonara para como rappergo dos recen-camados, no die LILANOS VIDIGADES PILATO.

Utarro de Hottcias

A BARRO TEASTE FATURCIO DE TROIT CO ARRAD PROTOCICOS

A BARRO TEASTE FATURCIO DE TROIT CO ARRAD PROTOCICOS

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRAD PROTOCICOS

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRADO PROTOCICOS

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRADO PROTOCICOS

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRADO PROTOCICOS

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRADO PROTOCICOS

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRADO PROTOCICOS

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRADO PROTOCICO

A BARRO TEASTE PATURCIO DE TROIT CO ARRADO PROTOCICO PR

#### MORREU D. MANUEL DE BRAGANCA

O ultimo rei de Portugal sucumbiu ontem, inesperadamente, ás 14 e meia horas, na sua residencia de Fullwell Park, vitimado por uma afecção na garganta

"Um edema de glote estrangulava-o. El-Rei morre de anafilaxia a 2 de julho de 1932, em agonia, sufocado."

Fonte: https://olataformacidadaniamonarquica.wordpress.com/2019/07/02/d-manuel-ii-o-ultimo-rei-de-portugal-morreu-ha-87-anos/

Links | Informações

Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho

Alergia Alimentar na Escola | DGS

Despacho n.º 8297-B/2019

Plano Saúde Individual

Alergia Alimentar

#### FICHA TÉCNICA

Titulo | NEWSLETTER

Editor: Departamento de Saúde Pública ARS Centro I.P.

Equipa Coordenadora Regional de Saúde Escolar

Equipa Coordenadora Regional de Saúde Oral

E-mail | saúde.escolar@arscentro.min-saude.pt

Com a Colaboração: Dra. Ana Todo Bom, Dra. Inês Nunes, Dr. Jóni Carvalho, Enf.ª Anabela

Ribeiro e Enf.ª Sandra Lopes

Departamento de Saúde Pública | ARS Centro | 2023

### Momentos...

"Foi uma tragédia que levou um jovem de 18 anos ao trono português... e para reinar durante um dos períodos mais conturbados da nossa História.

A 1 de fevereiro de 1908, D. Manuel viu o pai, o rei D. Carlos, e o irmão, D. Luís Filipe, príncipe herdeiro, morrerem num violento tiroteio. De repente, o infante que só queria «reger uma orquestra» tornava-se rei.

O último rei de Portugal. Homem charmoso, amante e mecenas da cultura, D. Manuel II marcou a História de Portugal na diplomacia, na política e nas artes. No entanto, o seu legado acabaria distorcido e manchado pela perseguição constante de republicanos e pela traição de monárquicos, que julgava serem-lhe próximos."

Fonte: D-Manuel-II-A-Biografia-do-Último-Rei-de-Portugal-Joao-Miguel-Almeida.

## |úteis|

A Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica tem disponível no seu site www.spaic.pt um conjunto de recursos destinados a doentes com alergia alimentar. Desde Manuais Educacionais para o doente, um "Manual para a Restauração" com dicas importantes sobre como evitar a contaminação cruzada ou um livro de receitas "Saúde & Boa Mesa", com receitas muito úteis e agradáveis, que permitem com que por exemplo, um doente alérgico ao ovo possa comer uma quiche, ou doente com alergia ao leite possa beber batidos!

A educação da criança e do adolescente bem como dos seus familiares e educadores é fundamental para contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente com alergia alimentar.

### SAÚDE ESCOLAR - DSP da ARS Centro I.P.









## DICA | 1 |

#### Caro(a) Aluno(a),

Lembrámo-nos de te trazer algumas informações sobre ALERGIAS ALIMENTARES, que cada vez são mais comuns. Afinal, qualquer pessoa pode desenvolver Alergia Alimentar.

Algumas ideias importantes:

- Se sabes que tens uma alergia alimentar sempre que entrares para um novo estabelecimento de ensino deves transmitir essa informação: ao teu professor/Diretor de Turma/ Direção da Escola para ser elaborado um plano de saúde individual;
- Não aceites comida dos teus amigos/colegas/professores sem teres a certeza dos ingredientes que contém;
- Os profissionais da tua escola vão aprender a lidar com uma possível reação alérgica que tenhas e saber como devem atuar, tens todas as razões para te sentir seguro! As alergias alimentares mais comuns (que representam 90% das alergias) são: leite de vaca, ovo, amendoim e frutos de casca rija ("frutos secos"), peixe, marisco, trigo, soja, glúten e sésamo.















Para evitar reações alérgicas, é fundamental saber quais os ingredientes que compõem dado produto ou prato, pois nem sempre a presença do alergénio é evidente, o que não significa que não provoque uma reação alérgica.

Isto porque, em algumas situações, bastam porções muito reduzidas do alergénio para provocar uma reação grave. Mais ainda: um alimento pode provocar uma reação alérgica, caso tenha entrado em contacto com outros alimentos que têm o alergénio através da "contaminação cruzada".

#### CUIDADOS PARA EVITAR A "CONTAMINAÇÃO CRUZADA":





- Lavar bem as mãos durante a manipulação dos alimentos;
- Não usar os mesmos utensílios durante a preparação, confeção, empratamento e distribuição de refeições:
- Não utilizar o mesmo óleo ou água para cozinhar diferentes alimentos;
- Não recorrer às mesmas bancadas para a manipulação dos vários alimentos;
- Quem sofre de alergias alimentares não deve partilhar utensílios, durante a refeição;
- Quem tem alergias alimentares deve evitar o contacto direto com alimentos potencialmente alergénicos.



#### LEMBRA-TE:

Se tiveres uma Caneta de Adrenalina ou outra medicação indicada pelo teu médico, que deva ser administrada em caso de emergência, nunca te esqueças de a trazer contigo na mochila da escola e informa sempre o teu Professor/Colegas mais próximos sobre onde ela está.

reação alérgica enquanto estiveres na escola, avisa imediatamente a pessoa responsável mais perto de

Se tiveres sintomas de ti, e mantém a calma.



recentemente nos Estados Unidos revelou que um terco das criancas com alergias alimentares são vítimas de bullying e que cerca de metade dos pais não tem conhecimento do facto. Mas sempre que os pais tomavam conhecimento dos casos de bullying, a qualidade de vida das crianças aumentava.

O bullying por alergia alimentar é uma realidade, e pode ser um ataque verbal, uma ameaca com o alergénio alimentar ou qualquer outra forma de intimidação, e devese geralmente à falta de informação e de consciencialização. Quem o promove deve ser ajudado a perceber as consequências e a mudar de atitude.

Se fores vítima de bullying por alergia alimentar não hesites em falar com o teu professor/Diretor de Turma, e nunca escondas isso dos teus pais.

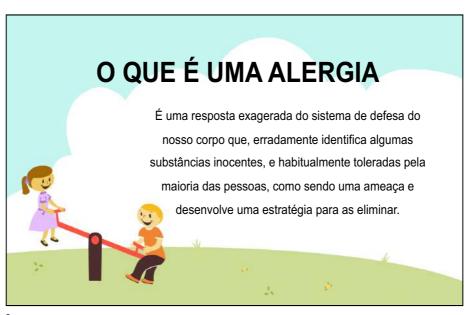
É essencial que na comunidade escolar haja valores de respeito mútuo nas interações e aceitação da diversidade e das diferenças individuais.



Fmail: saude.escolar@arscentro.min-saude.p













## **ALERGIA AOS ÁCAROS**

- Moveis simples e reduzido ao indispensável.
- Paredes lisas e pintadas (evitar papel de parede e cortinas).
- Arejar o quarto e expor ao sol





7



## **ALERGIA AOS ÁCAROS**

- Aspirar o colchão frequentemente (pelo menos 2x semana).
- Usar lençóis/ fronhas de tecido de algodão
- Lavar a roupa da cama regularmente à temperatura de  $60^{\circ}\mathrm{C}$
- Remover brinquedos e peluches, livros, televisores, computadores e tapetes.



















16

U

# SINAIS E SINTOMAS REAÇÃO ANAFILÁTICA Reação grave, com início ráp

Reação grave, com início rápido de dificuldade em respirar e/ou tonturas, e sensação de "desmaio".

Muitas vezes aparecem, ao mesmo tempo, manchas na pele com comichão, e inchaço na garganta, língua ou lábios.

É UMA **EMERGÊNCIA** 

17

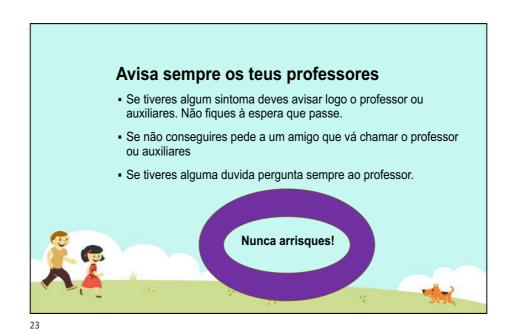






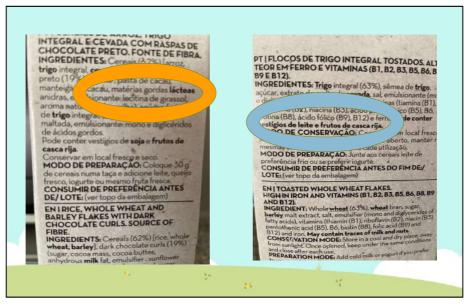


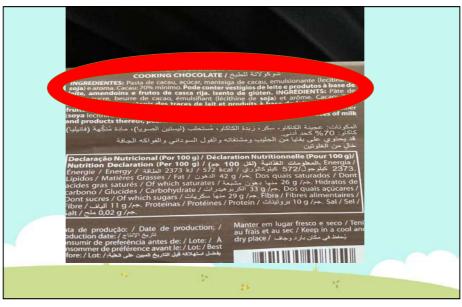


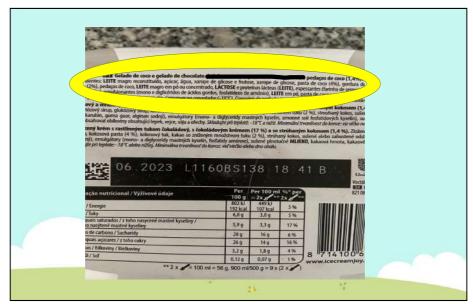


Alguém pode comer acidentalmente um alimento ao qual é alérgico se não ler bem o rótulo ou se o rotulo estiver rasgado/estragado. **DEVEMOS LER SEMPRE OS RÓTULOS** 













٠.



#### APÊNDICE XXXVI - Jogo "Detetive do perigo" e soluções



#### **JOGO - DETETIVE DO PERIGO**

NOME DA EQUIPA	

Quando alguém tem alergia o perigo está sempre á espreita. No entanto há comportamentos mais perigosos do que outros. Em cada afirmação identifica o perigo.

Cada resposta certa vale 1 ponto.

- 1 A Maria tem alergia aos ácaros e gosta de dormir com o seu peluche favorito.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo



- 2 A Mafalda deu aos seus amigos um saco cheio de guloseimas. Os rebuçados não têm rótulo, mas a Emília tem quase a certeza de que não têm leite por isso vai comer um ou dois.
- --- Há perigo.
- --- Não há perigo
- 3 A Emília tem alergia alimentar ao leite e está a fazer a experiência de semear um feijoeiro no copinho de iogurte que o irmão comeu ao lanche.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo
- 4 A Maria tem alergia alimentar ao ovo e, hoje, está a trocar o lanche com o Gaspar. Em vez da sua laranja vai comer umas bolachas.
- ---Há perigo
- ---Não há perigo

- 5 Quando está na escola, a Maria guarda a sua caneta de adrenalina fechada à chave no seu cacifo.
- ---Há perigo
- ---Não há perigo



- 6 A Maria foi às compras e vai levar as suas bolachas preferidas. Estava com pressa, mas, como sabe que estas bolachas não têm ovo, não leu o rótulo.
- ---Há perigo.
- ---Não há perigo



- 7 O Nicolau e o Ernesto estão a partilhar o lanche no parque infantil.
- ---Há perigo
- ---Não há perigo
- 8 Hoje é dia de visita de estudo e a Emília esqueceu-se da sua caneta de adrenalina em casa.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo
- 9 Os pais da Mafalda fizeram um bolo sem leite e sem derivados do leite para que a sua amiga Emília possa comer bolo na festa da escola.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo



- 10 A Mafalda comeu bolachas que continham leite e ovo e está a usar desinfetante das mãos para lavar as mãos antes de ir brincar com a Emília que é alérgica ao leite de vaca.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo

- 11 A Maria tem alergia aos amendoins e comeu 3 bolachas do Manuel no recreio. Agora tem comichão e manchas na pele, mas não diz nada á professora porque tem vergonha.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo
- 12 A Simone deu um abraço e um beijinho á Maria, que é alérgica ao leite de vaca, depois de comer um iogurte no recreio, porque são muito amigas.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo
- 13 A Rosa tem alergia ao ovo, e os seus pais disseram á professora no início do ano letivo. Todos os seus colegas também sabem. A Rosa traz sempre a sua medicação na mochila e a professora sabe administrar a caneta de adrenalina.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo
- 14 O José foi picado por uma vespa e ficou com falta de ar. Teve de ir para o hospital para ser tratado. Há um ninho de vespas no jardim da casa da avó, onde ele gosta de jogar á bola com o avô.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo
- 15 O Filipe teve febre o mês passado e teve de tomar um xarope para baixar a temperatura. Passado uma hora ficou cheio de comichão no corpo e apareceram manchas vermelhas na pele. A mãe levou-o logo ao medico e agora ele sabe que não pode tomar esse medicamento.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo
- 16 A Francisca tem alergia ao leite e na escola todos sabem. Mas o Tomas é muito brincalhão e gosta de pregar partidas, então troca as suas bolachas com leite pelas da Francisca sem leite, sem ela dar conta.
- --- Há perigo
- --- Não há perigo

#### AGORA DESCOBRE A RESPOSTA CERTA:

- 17 O que são ácaros?
- --- Bactérias
- --- Vírus
- --- Seres microscópicos da família das aranhas



#### 18 - Onde vivem os ácaros?

- --- No ar
- --- Nas flores
- --- No pó da casa



#### 19 - Como nos podemos proteger dos ácaros?

- --- Não respirar
- --- Não ter peluches, brinquedos e televisão no quarto
- --- Brincar dentro de casa

#### 20 - Como nos podemos proteger dos poléns?

- --- Nunca sair de casa
- --- Não passear em jardins com flores.
- --- Jogar videojogos.



# \*\*\*\*\*

#### 21 – Se tiver uma alergia alimentar devo:

- --- Guardar degredo
- --- Dizer á professora e aos meus colegas
- --- Dizer só á família

#### 22 - Quem pode ter alergias?

- --- Os adultos
- --- As crianças
- --- Todas as pessoas

#### 23 - Onde está o leite de vaca?

- --- Na fruta
- --- Nos iogurtes

#### 24 - Onde está o ovo?

- --- No bife
- --- No bolo.



#### 25 - Porque devemos ler os rótulos dos alimentos?

- --- Porque é engraçado
- --- Para não comer por engano o alimento ao qual temos alergia



#### 26 – Alguns sintomas de alergia alimentar são:

- --- Dor no dedo do pé direito
- --- Manchas vermelhas e comichão na pele, e falta de ar



#### 27- O que devemos fazer para reduzir o risco de ser picado por abelhas/vespas?

- --- Usar mangas compridas e calças nos momentos do dia em que os insetos estão mais ativos
- --- Mexer nos ninhos de vespas/abelhas
- --- Agitar os braços quando encontramos uma abelha/vespa



TOTAL: pontos

#### **PARABENS DETETIVE!**

_	OI	 _	_		 _	

\_\_\_\_\_

#### **RESPOSTAS DO JOGO - DETETIVE DO PERIGO**

- 1 A Maria tem alergia aos ácaros e gosta de dormir com o seu peluche favorito.
- --- Há perigo: os pelos de um peluche tem centenas de milhares de ácaros, que gostam de ambientes quentes e húmidos. E a criança fica em perigo de desenvolver rinite e asma.
- 2 A Mafalda deu aos seus amigos um saco cheio de guloseimas. Os rebuçados não têm rótulo, mas a Emília tem quase a certeza de que não têm leite por isso vai comer um ou dois.
- --- Há perigo: Se os rebuçados não têm rótulo, a Maria não pode ter a certeza de que não têm leite. Portanto, não deve comer os rebuçados.

- 3 A Emília tem alergia alimentar ao leite e está a fazer a experiência de semear um feijoeiro no copinho de iogurte que o irmão comeu ao lanche.
- --- Há perigo: O copo de iogurte pode ter ainda vestígios de iogurte e por isso pode ser perigoso. O copo de iogurte deve ser lavado antes de a Emília o utilizar na sua experiência.
- 4 A Maria tem alergia alimentar ao ovo e, hoje, está a trocar o lanche com o Gaspar. Em vez da sua laranja vai comer umas bolachas.
- ---Há perigo: A Maria não sabe se as bolachas do Gaspar têm ovo (mesmo que seja muito pouco) e, por isso, não é seguro trocar o lanche.
- 5 Quando está na escola, a Maria guarda a sua caneta de adrenalina fechada à chave no seu cacifo.
- ---Há perigo: A caneta de adrenalina deve estar guardada num local seguro, mas perto da Maria e num local onde seja fácil ir buscá-la.
- 6 A Maria tem alergia ao ovo, e foi às compras. Vai levar as suas bolachas preferidas, mas estava com pressa, e como sabe que estas bolachas não têm ovo, não leu o rótulo.
- ---Há perigo: A fábrica pode alterar a receita das bolachas a qualquer momento e sem avisar. Portanto a Maria deve ler sempre o rótulo para ver se têm ou não ovo, antes de comer as bolachas.
- 7 O Nicolau e o Ernesto estão a partilhar o lanche no parque infantil.
- ---Não Há perigo: O Nicolau e o Ernesto não têm alergia alimentar e por isso não há problema em partilharem o lanche. A partilha entre amigos é muito bonita!
- 8 Hoje é dia de visita de estudo e a Emília esqueceu-se da sua caneta de adrenalina em casa.
- --- Há perigo: É muito perigoso a Emília participar na visita de estudo sem a sua medicação pois pode ser necessária, mesmo que ela tenha muito cuidado.
- 9 Os pais da Mafalda fizeram um bolo sem leite e sem derivados do leite para que a sua amiga Emília possa comer bolo na festa da escola.
- --- Não há perigo: Fazer receitas sem leite para que os colegas com alergia alimentar também possam comer bolo é muito importante para que eles participem nas festas de forma segura e não fiquem tristes.

- 10 A Mafalda comeu bolachas que continham leite e ovo e está a usar desinfetante das mãos para lavar as mãos antes de ir brincar com a Emília que é alérgica ao leite de vaca.
- --- Há perigo: O desinfetante das mãos é importante para evitar algumas doenças, mas no caso da alergia alimentar não é suficiente para limpar os vestígios das bolachas. A Mafalda deve lavar as mãos com água corrente e sabão.
- 11 A Maria tem alergia aos amendoins e comeu 3 bolachas do Manuel no recreio. Agora tem comichão e manchas na pele, mas não diz nada á professora porque tem vergonha.
- --- Há perigo: A Maria ao fingir que não tem nada e que está tudo bem é muito perigoso porque a comichão e manchas na pele pode ser o inicio de uma reação grave (anafilaxia), e a sua vida está em perigo.
- 12 A Simone deu um abraço e um beijinho á Maria, que é alérgica ao leite de vaca, depois de comer um iogurte no recreio, porque são muito amigas.
- --- Há perigo: as alergias alimentares podem manifestar-se não só pela ingestão, mas também pela inalação ou o contacto da pele com os alergénios alimentares, dependendo da sensibilidade de cada um.
- 13 A Rosa tem alergia ao ovo, e os seus pais disseram á professora no início do ano letivo. Todos os seus colegas também sabem. A Rosa traz sempre a sua medicação na mochila e a professora sabe administrar a caneta de adrenalina.
- --- Não há perigo: Os professores e outros profissionais da escola são responsáveis pela supervisão dos alunos e devem ser corretamente instruídos para reconhecer os sinais e sintomas de uma reação alérgica, incluindo anafilaxia e como atuar nestes casos.
- 14 O José foi picado por uma vespa e ficou com falta de ar. Teve de ir para o hospital para ser tratado. Há um ninho de vespas no jardim da casa da avó, onde ele gosta de jogar á bola com o avô.
- --- Há perigo: Mantenha-se calmo e movimente-se devagar se encontrar vespas ou abelhas; não agite os braços nem as enxote. Nunca perturbe ninhos de insetos.
- 15 O Filipe teve febre o mês passado e teve de tomar um xarope para baixar a temperatura. Passado uma hora ficou cheio de comichão no corpo e apareceram manchas vermelhas na pele. A mãe levou-o logo ao medico e agora ele sabe que não pode tomar esse medicamento.

- --- Não há perigo: o tratamento da alergia a medicamentos é não tomar o medicamento responsável em qualquer forma (xarope, comprimidos, injeções).
- 16 A Francisca tem alergia ao leite e na escola todos sabem. Mas o Tomas é muito brincalhão e gosta de pregar partidas, então troca as suas bolachas com leite pelas da Francisca sem leite, sem ela dar conta.
- --- Há perigo: A alergia alimentar não é uma brincadeira e não depende da nossa vontade. As brincadeiras com alimentos têm que ser evitadas quando há uma criança com alergia alimentar, porque a sua vida está em perigo.

#### **AGORA ENCONTRA A RESPOSTA CERTA:**

- 17 O que são ácaros?
- --- Bactérias
- --- Vírus
- --- Da família das aranhas
- 18 Onde vivem os ácaros?
- --- No ar
- --- Nas flores
- --- No pó da casa
- 19 Como nos podemos proteger dos ácaros?
- --- Não respirar
- --- Não ter peluches, brinquedos e televisão no quarto
- --- Brincar dentro de casa
- 20 Como nos podemos proteger dos poléns?
- --- Nunca sair de casa
- --- Não passear em jardins com flores.
- --- Jogar videojogos.
- 21 Se tiver uma alergia alimentar devo:
- --- Guardar degredo

- --- Dizer á professora e aos meus colegas
- --- Dizer só á família

#### 22 - Quem pode ter alergias?

- -- Os adultos
- --- As crianças
- --- Todas as pessoas
- 23 Onde está o leite de vaca?
- --- Na fruta
- --- Nos iogurtes
- 24 Onde está o ovo?
- --- No bife
- --- No bolo.
- 25 Porque devemos ler os rótulos dos alimentos?
- --- Porque é engraçado
- --- Para não comer por engano o alimento ao qual temos alergia
- 26 Alguns sintomas de alergia alimentar são:
- --- Dor no dedo do pé direito
- --- Manchas vermelhas e comichão na pele, e falta de ar
- 27- O que devemos fazer para reduzir o risco de ser picado por abelhas/vespas?
- --- Usar mangas compridas e calças nos momentos do dia em que os insetos estão mais ativos
- --- Mexer nos ninhos de vespas/abelhas
- --- Agitar os braços quando encontramos uma abelha/vespa

TOTAL: 27 pontos

Adaptado de Jogo 'Detetives do Risco', em Plataforma Alergia Alimentar Kids Recuperado de <a href="https://alergiaalimentar.pt/saber-mais-sobre-alergia-alimentar/">https://alergiaalimentar.pt/saber-mais-sobre-alergia-alimentar/</a>

#### APÊNDICE XXXVII - Flyer "Alergia alimentar na escola"



Se tiveres alergia alimentar, o teu professor deve ser informado, para te poder ajudar se tiveres uma reação na escola.



# ALERGIA ALIMENTAR NA ESCOLA

# SINTOMAS DE ALERGIA ALIMENTAR:

Na pele Respiratórios Cardiovasculares Gastrointestinais

Partilhar o lanche entre amigos é perigoso se tiveres alergia alimentar.

O lanche dos teus amigos pode ter o alimento que não podes comer



Leva sempre a medicação na mochila A **Anafilaxia** é a reação mais grave: é uma **emergência** 



Respeita os teus colegas com alergias

20/09/23



1

# **SUMÁRIO**

- O que é uma alergia
- Principais fatores de risco
- Tipos de alergénios
- Alergias mais frequentes
- Alergias alimentares mais comuns
- Sinais e sintomas de alergias alimentares
- Como é feito o diagnóstico das alergias
- Tratamento das alergias

2

# O QUE É UMA ALERGIA

É uma resposta exagerada do sistema de defesa do organismo que erradamente identifica determinadas substâncias inocentes e habitualmente toleradas pela maioria das pessoas como sendo uma ameaça e desenvolve uma estratégia para as eliminar.

O organismo desenvolve anticorpos especiais que desencadeiam uma reação inflamatória, que se manifesta de várias formas e em diversas zonas do corpo.

3



4

# **TIPOS DE ALERGÉNIOS**

Aeroalergénios ou ambientais inalados

Alimentares

Medicamentos

De contacto

Ocupacionais, relacionados com exposição no trabalho

Veneno de insetos



# **ALERGIAS MAIS FREQUENTES**

- 1. Alergia aos pólens
- 2. Alergia aos ácaros
- 3. Alergia alimentar
- 4. Alergia aos insetos
- 5. Alergia aos medicamentos

# **ALERGIA AOS PÓLENS**

Os pólenes e fungos são os alergénios mais importantes do ambiente exterior

- · As condições atmosféricas
- As condições geográficas
  - A poluição urbana

As contagens de pólenes em Portugal estão presentes durante todo o ano.

Os meses de fevereiro a outubro apresentam maiores concentrações totais de pólenes, com picos de abril a julho.

7

### ALERGIA AOS PÓLENS: COMO SE PROTEGER

Conhecer os boletins polínicos disponíveis em www.rpaerobiologia.com

Evitar a atividade em ambiente exterior de manhã muito cedo, quando se observa uma maior libertação de pólenes.

Manter-se dentro de casa e manter porta e janelas fechadas quando as contagens de pólenes forem elevadas ou em dias de vento forte, ou quentes e secos

8

# **ALERGIA AOS PÓLENS: COMO SE PROTEGER**

Usar filtros de partículas nos carros e viajar com as janelas fechadas

Usar óculos escuros fora de casa para proteger os olhos e evitar conjuntivite

Evitar praticar desportos ao ar livre, campismo, caça ou pesca em períodos de grande concentração de pólenes

Evitar caminhar em locais relvados ou cortar relva na Primavera

Motociclistas devem

usar capacete integral

### **ALERGIA AOS ÁCAROS**



#### **ÁCAROS**:

Pequenos animais microscópicos que podem provocar em determinadas pessoas reações alérgicas, maioritariamente com implicações no sistema respiratório.

Estão presentes no pó doméstico.

# ALERGIA AOS ÁCAROS

#### MEDIDAS DE EVICÇÃO (NO QUARTO):

Optar por superfícies facilmente laváveis, mobiliário simples e reduzido ao indispensável.



Remover objetos como brinquedos e peluches, livros, televisores, computadores.

Paredes lisas e pintadas (evitar papel de parede e cortinas).

Arejar com exposição ao sol (as radiações ultravioletas e a diminuição da humidade reduzem a sobrevivência dos ácaros).

11

# **ALERGIA AOS ÁCAROS**



Aspirar o colchão frequentemente (pelo menos 2x semana).

Preferir edredões e almofadas de fibras sintéticas que devem ser substituídos periodicamente (3 em 3 anos).

Usar lençóis/ fronhas de tecido de algodão e evitar cobertores, mantas e lençóis/ fronhas de flanela ou polares.

Lavar a roupa da cama regularmente à temperatura de 60°C.

12



# **ALERGIA A INSETOS**

Os principais insetos causadores de alergia são os **himenópteros**: abelha, vespa e formiga.

O veneno de himenópteros pode originar reações muito graves, mesmo fatais (causar a morte).

Tratamento

13



### **ALERGIA A MEDICAMENTOS**

É uma reação adversa e inesperada, após a toma de um medicamento prescrito, na dose correta para uma determinada doença.

#### **FATORES DE RISCO:**

- O elevado consumo de medicamentos
- Doenças auto-imunes ou infeções víricas
- Reação prévia a medicamentos

14



#### **ALERGIA A MEDICAMENTOS**

Qualquer medicamento, em qualquer via de administração, pode ser o causador de uma alergia.

Os mais frequentes são:

- Antibióticos
- Anti-inflamatórios não esteroides
- Anestésicos gerais
- Anti-hipertensores.

15

# **ALERGIA A MEDICAMENTOS**

#### TRATAMENTO:

Deve evitar todos os medicamentos que contenham o mesmo princípio ativo ao qual é alérgico e em qualquer forma de apresentação terapêutica.



16

# **ALERGIAS ALIMENTARES**

Embora mais frequente na infância, a alergia alimentar pode surgir em qualquer idade.

■ Video EAACI explica Alergia Alimentar. https://www.youtube.com/watch?v=UQzTHQcf0sM

17



18







# **SINAIS E SINTOMAS**

SÍNDROME DE ALERGIA ORAL (SAO)

Aparecimento de inchaço, comichão e/ou formigueiro nos lábios, língua, garganta ou toda a cavidade oral, quando um fruto fresco ou vegetal, contacta com a mucosa oral, do indivíduo alérgico.

Os alimentos mais frequentemente envolvidos:

- maçã, pêssego, ameixa, pera,
- · tomate, melão, kiwi,
- · banana, cereja, pepino,
- cenoura, amêndoa e avelã.

21

# **SINAIS E SINTOMAS**

#### **MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS**

- Náuseas
- Vómitos
- Cólicas abdominais
- Diarreia



22

# **SINAIS E SINTOMAS**

**REAÇÃO ANAFILÁTICA:** 

É uma reação generalizada, ou sistémica, com início rápido de dificuldade respiratória e/ou circulatória (tonturas, sensação de "desmaio"), geralmente associada a manifestações da pele (urticária) e/ou das mucosas (edema).



23

# **REAÇÕES ANAFILÁTICAS**

A reação anafilática pode ocorrer quando o alergénio é ingerido, inalado ou por contacto direto (pele).

As alergias alimentares associadas mais vezes à anafilaxia são:

alergia ao leite de vaca, ovo, peixe, marisco, amendoim e frutos de casca rija.

24



# COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DAS ALERGIAS

- Análise ao sangue Avaliar o nível de anticorpos IgE libertados pelo sistema imunológico.
- Testes cutâneos
  A pele é picada com uma pequena quantidade de um possível alérgeno.





26

#### Teste de contacto

São aplicados selos nas costas do utente com quantidades reduzidas de alergenos suspeitos e, 48 horas depois, espera-se uma eventual reação que permita identificar o alergeno.





27

### Prova de Provocação Oral (PPO)



- **PPO**: ingestão do alérgeno suspeito (alimento ou medicamento).

A realização desta prova tem riscos, devendo ser sempre efetuada por Imunoalergologista experiente, em ambiente hospitalar.

28



**TRATAMENTO** 

Todas as entidades, que colaboram na alimentação, incluindo cantinas e restaurantes, devem ter conhecimento sobre:



- Leitura e interpretação cuidada de rótulos
- Quais os alimentos, preparações e ingredientes a excluir em cada alergia alimentar.



30

#### **ROTULAGEM ALIMENTAR**

A exposição acidental pode acontecer devido a rotulagem inapropriada e leitura incorreta de rótulos.

Todos ingredientes são de extrema importância quando estamos a lidar com a alergia alimentar.

31



# **EXPOSIÇÃO ACIDENTAL**

- É essencial que as pessoas reconheçam os sinais e sintomas associados à anafilaxia e saibam como atuar em caso de reação.
- No caso de uma reação severa ou anafilática, é necessário recorrer à adrenalina.
- Os indivíduos com história de alergia alimentar grave deverão ser portadores dessa medicação.

32

# **EXPOSIÇÃO ACIDENTAL**

Perante uma reação grave, a caneta de adrenalina deve ser administrada imediatamente.

O doente deverá ser mobilizado o menos possível (deve deixar-se o doente deitado, levantando-lhe apenas as suas pernas).

Contactar imediatamente o número de emergência médica: 112.



33

Tosse persistente e irritativa

Comichão no céu-da-boca, nariz e garganta

# QUANDO IR AO MÉDICO

Espirrar muitas vezes e de seguida

Respirar pela boca, não ter olfato ou paladar com frequência

Sintomas da constipação que não desaparecerem ao fim de 10 dias

Sintomas que surgem sempre no mesmo local ou época do ano, com agravamento na presença de pó, fumo, perfumes ou produtos com um cheiro mais intenso.

34

### **BIBLIOGRAFIA**

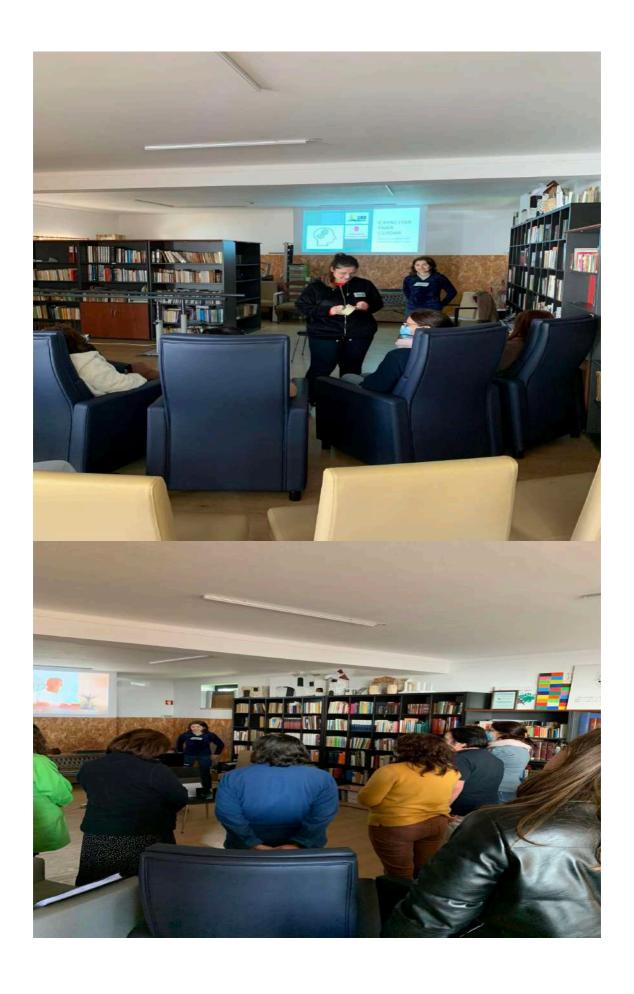
- Couto M., Almeida M. (2011), Diagnóstico da doença alérgica em Portugal: Um estudo exploratório. Revista Portuguesa de imunoalergologia.19 (1): 23-32
- Direção-Geral da Saúde. (2016) Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Alergia Alimentar na Restauração.
- European Academy of Allergy and Clinical Immunology (2023). EAACI explica Alergia Alimentar. https://www.youtube.com/watch?v=UQzTHQcf0sM
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2011). Regulamento nº 1169/2011. Jornal Oficial da União Europeia. https://eur-lex.europa.eu/LexUniServiLexUniServido?uni=0J1L:2011.304-0018:0063.PT;PDF
- Rede Portuguesa de Aerobiologia. (2023). Calendário Polínico. https://www.rpaerobiologia.com/medicoes?date\_start=2023-01-16&date\_end=2023-01-22&regioes=6,8,3,9,5,4,7,1,10&polens=
- Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. (2023). Alergias e intolerâncias alimentares. https://www.spaic.pt//publicacoes-folhetos/2id=37
- Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (2023).Manual educacional do doente.https://www.spaic.pt//publicacoes-folhetos?id=37

### APÊNDICE XXXIX - Fotos de atividades desenvolvidas na UCC Celas



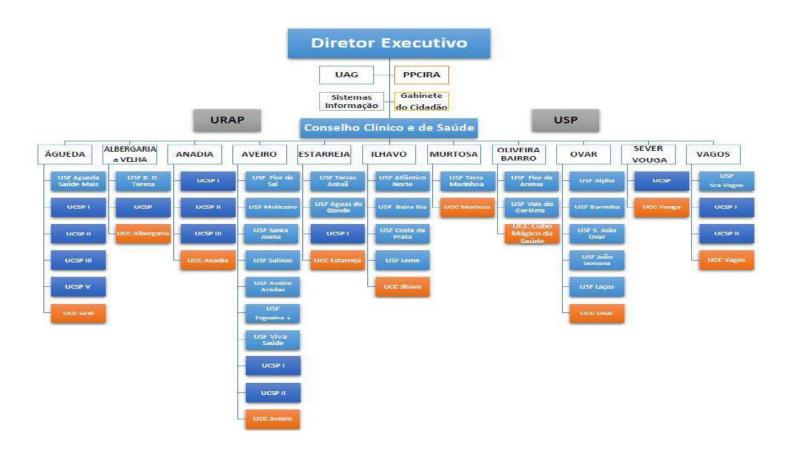






**ANEXOS** 

ANEXO I - Organograma do ACeS Baixo Vouga



Fonte: Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga

#### ANEXO II - Dados do Observatório Regional de Saúde do Centro 2021

#### Demências - diagnósticos associados

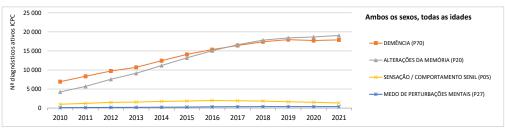
#### Registo de problemas nos Cuidados de Saúde Primários - Região de Saúde do Centro

Observatório Regional de Saúde do Centro

Problemas clínicos associados às demências	Demência (P70)
(Problemas ICPC registados	Alterações da memória (P20)
pelos médicos de Medicina Geral e Familiar nas unidades	Sensação / Comportamento senil (P05)
de saúde da rede de Cuidados	Medo de perturbações mentais (P27)

#### Evolução anual do nº de diagnósticos ativos associados às demências na região de Saúde do Centro, ambos o sexos, todas as idades, 2010-2021

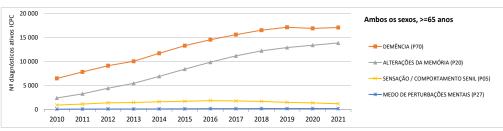
	Ambos os sexos, todas as idades											
Designação problema ICPC-2	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEMÊNCIA (P70)	6 930	8 342	9 739	10 696	12 425	14 078	15 346	16 421	17 405	17 966	17 730	17 886
ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA (P20)	4 241	5 694	7 563	9 131	11 157	13 195	15 034	16 634	17 841	18 429	18 675	19 050
SENSAÇÃO / COMPORTAMENTO SENIL (P05)	995	1 221	1 498	1 579	1 745	1 844	1 982	1 913	1 827	1 641	1 501	1 311
MEDO DE PERTURBAÇÕES MENTAIS (P27)	90	117	165	184	217	257	309	335	349	349	356	365
Total	12 256	15 374	18 965	21 590	25 544	29 374	32 671	35 303	37 422	38 385	38 262	38 612



Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

#### Evolução anual do nº de diagnósticos ativos associados às demências na região de Saúde do Centro, ambos os sexos, >=65 anos, 2010-2021

		Ambos os sexos, >=65 anos										
Designação problema ICPC-2	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEMÊNCIA (P70)	6 455	7 815	9 097	10 018	11 689	13 293	14 525	15 577	16 525	17 116	16 904	17 064
ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA (P20)	2 360	3 252	4 402	5 425	6 898	8 400	9 831	11 158	12 215	12 897	13 370	13 856
SENSAÇÃO / COMPORTAMENTO SENIL (P05)	900	1 110	1 362	1 439	1 594	1 692	1 823	1 741	1 654	1 475	1 345	1 170
MEDO DE PERTURBAÇÕES MENTAIS (P27)	40	53	64	65	78	106	130	145	148	157	148	149
Total	9 755	12 230	14 925	16 947	20 259	23 491	26 309	28 621	30 542	31 645	31 767	32 239



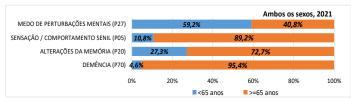
Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

Proporção (%) de diagnósticos ativos em inscritos >=65 anos na Região de Saúde do Centro, 2010-2021

		Ambos os sexos										
Designação problema ICPC-2	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEMÊNCIA (P70)	93,1	93,7	93,4	93,7	94,1	94,4	94,7	94,9	94,9	95,3	95,3	95,4
ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA (P20)	55,6	57,1	58,2	59,4	61,8	63,7	65,4	67,1	68,5	70,0	71,6	72,7
SENSAÇÃO / COMPORTAMENTO SENIL (P05)	90,5	90,9	90,9	91,1	91,3	91,8	92,0	91,0	90,5	89,9	89,6	89,2
MEDO DE PERTURBAÇÕES MENTAIS (P27)	44,4	45,3	38,8	35,3	35,9	41,2	42,1	43,3	42,4	45,0	41,6	40,8
Total Geral	79,6	79,5	78,7	78,5	79,3	80,0	80,5	81,1	81,6	82,4	83,0	83,5

Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022

Proporção (%) de diagnósticos ativos na Região de Saúde do Centro, 2021



Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022)

Evolução anual do nº de diagnósticos ativos associados às demências, por grupo etário, na Região de Saúde do Centro, 2010-

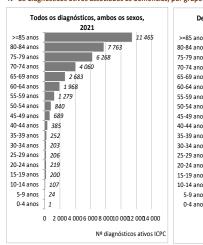
				Todos	os diagnó	sticos em	estudo, ai	mbos os s	sexos			
Grupo Etário	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 2	2019	2020	2021
0-4 anos	1	2	4	4	5	2	3	4	2	2	1	1
5-9 anos	32	42	58	62	60	65	66	50	50	46	32	24
10-14 anos	89	95	112	143	164	185	180	182	156	140	124	107
15-19 anos	86	113	143	157	168	187	197	201	228	223	217	200
20-24 anos	84	112	144	166	188	198	209	218	208	212	213	219
25-29 anos	84	104	134	154	160	183	203	195	217	205	199	206
30-34 anos	109	132	161	195	214	222	212	229	221	215	211	203
35-39 anos	168	200	243	268	294	299	300	305	310	285	270	252
40-44 anos	207	259	331	366	414	464	503	514	491	451	388	385
45-49 anos	258	334	421	483	547	627	652	680	690	688	669	689
50-54 anos	332	417	536	614	735	822	911	957	980	915	892	840
55-59 anos	446	576	732	847	983	1 124	1 205	1 331	1 383	1 392	1 320	1 279
60-64 anos	605	758	1 021	1 184	1 353	1 505	1 721	1 816	1 944	1 966	1 959	1 968
65-69 anos	865	1 100	1 338	1 534	1 919	2 210	2 363	2 645	2 706	2 650	2 578	2 683
70-74 anos	1 413	1 755	2 159	2 414	2 824	3 237	3 688	3 834	4 059	4 254	4 149	4 060
75-79 anos	2 332	2 869	3 440	3 874	4 503	5 015	5 369	5 749	5 894	5 940	5 984	6 268
80-84 anos	2 481	3 100	3 813	4 357	5 191	5 958	6 738	7 250	7 685	7 920	7 823	7 763
>=85 anos	2 664	3 406	4 175	4 768	5 822	7 071	8 151	9 143	10 198	10 881	11 233	11 465
Total	12 256	15 374	18 965	21 590	25 544	29 374	32 671	35 303	37 422	38 385	38 262	38 612

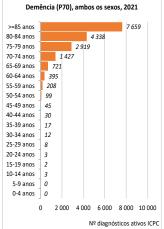
Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

	Demência (P70), ambos os sexos											
Grupo Etário	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 2	018 2	019 20	20 2	021
0-4 anos	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
5-9 anos	0	0	0	1	0	1	3	2	1	1	0	0
10-14 anos	1	0	0	0	6	3	1	2	2	1	3	3
15-19 anos	2	2	3	2	0	2	3	5	7	6	3	2
20-24 anos	7	8	6	6	8	6	5	3	4	3	5	3
25-29 anos	13	13	11	15	11	15	16	12	9	11	8	8
30-34 anos	19	13	17	16	18	20	15	19	20	14	14	12
35-39 anos	29	27	27	27	29	28	24	25	21	23	22	17
40-44 anos	28	34	39	45	43	45	46	44	41	37	33	30
45-49 anos	37	46	49	52	61	62	71	76	77	65	51	45
50-54 anos	60	60	82	77	89	92	94	98	108	106	97	99
55-59 anos	103	133	150	143	145	173	173	193	200	208	211	208
60-64 anos	176	191	257	293	325	338	370	365	390	375	379	395
65-69 anos	333	412	474	494	584	638	628	690	693	687	669	721
70-74 anos	762	876	976	1 056	1 176	1 313	1 446	1 469	1 494	1 521	1 456	1 427
75-79 anos	1 506	1 785	2 033	2 182	2 431	2 604	2 691	2 785	2 823	2 835	2 790	2 919
80-84 anos	1 821	2 193	2 543	2 792	3 264	3 636	4 022	4 310	4 522	4 579	4 374	4 338
>=85 anos	2 033	2 549	3 071	3 494	4 234	5 102	5 738	6 323	6 993	7 494	7 615	7 659
Total	6 930	8 342	9 739	10 696	12 425	14 078	15 346	16 421	17 405	17 966	17 730	17 886

Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

Nº de diagnósticos ativos associados às demências, por grupo etário, na Região de Saúde do Centro, 2021





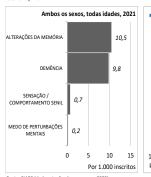
Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

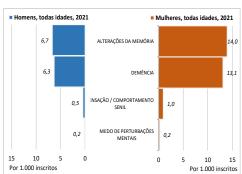
Taxa bruta (/1.000 utentes inscritos) de diagnósticos ativos associados às demências na Região de Saúde do Centro, 2010-2021

		Ambos os sexos, todas as idades										
Designação problema ICPC-2	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEMÊNCIA (P70)	3,6	4,3	5,1	6,0	6,9	7,9	8,8	9,3	9,8	10,0	9,8	9,8
ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA (P20)	2,2	3,0	4,0	5,1	6,2	7,5	8,6	9,4	10,0	10,3	10,4	10,5
SENSAÇÃO / COMPORTAMENTO SENIL (P05)	0,5	0,6	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7
MEDO DE PERTURBAÇÕES MENTAIS (P27)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

		Ambos os sexos, >=65 anos										
Designação problema ICPC-2	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEMÊNCIA (P70)	15,4	18,5	21,6	24,2	27,3	30,8	33,4	35,0	36,5	37,1	41,2	35,8
ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA (P20)	5,6	7,7	10,4	13,1	16,1	19,4	22,6	25,1	27,0	28,0	32,6	29,1
SENSAÇÃO / COMPORTAMENTO SENIL (P05)	2,1	2,6	3,2	3,5	3,7	3,9	4,2	3,9	3,7	3,2	3,3	2,5
MEDO DE PERTURBAÇÕES MENTAIS (P27)	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3

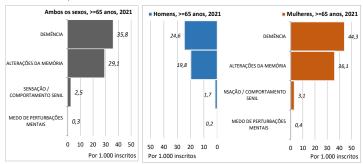
Taxa bruta (/1.000 utentes inscritos) de diagnósticos ativos associados às demências, por sexo, na Região de Saúde do Centro, 2021





Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

Taxa bruta (/1.000 utentes inscritos >=65 anos) de diagnósticos ativos associados às demências, por sexo, na Região de Saúde do Centro, 2021

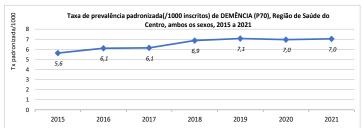


Taxa padronizada\* (/1.000 utentes inscritos) de diagnósticos ativos de DEMÊNCIA (P70) nos ACES e ULS da Região de Saúde do Centro, 2015 a 2021

Designação problema ICPC-2	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ACES Baixo Mondego	5,6	6,3	6,3	7,2	7,2	7,4	7,5
ACES Baixo Vouga	5,4	5,9	6,2	6,5	6,8	6,6	6,8
ACES Cova da Beira	4,6	4,9	5,2	5,6	5,8	5,5	5,7
ACES Dão Lafões	6,2	6,9	7,5	8,0	8,2	7,8	7,7
ACES Pinhal Interior Norte	5,6	5,9	6,2	6,6	6,9	6,9	6,7
ACES Pinhal Litoral	5,5	6,1	6,5	6,9	7,1	7,1	7,6
ULS Castelo Branco	6,7	6,8	7,1	7,4	7,8	7,7	7,5
ULS Guarda	5,2	5,5	5,8	5,9	5,9	5,8	5,7
Região Saúde Centro	5,6	6,1	6,1	6,9	7,1	7,0	7,0

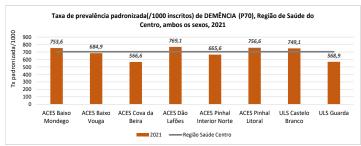
\*Padronização para a idade; método direto; população-padrão europeia (2013).

Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).



\*Padronização para a idade; método direto; população-padrão europeia (2013).

Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).



\*Padronização para a idade; método direto; população-padrão europeia (2013). Fonte: SIARS (dados atualizados em março 2022).

# P02.06.R02. Problemas por ICPC

Filtro do relatório:

(Mês = 2022-03) E ({Código ICPC(2)} = DEMÊNCIA:P70) E ({Centro de Saúde} = Centro de Saúde Celas)

### Páginas:

Com ou Sem MdF: Total

ACeS	Centro de Saúde	Unidade Funcional	٨	Area ICPC		iao ICDC/9\	Métrica	Nº Problemas
ACGO	Centro de Saude	UIIIUdut Fuiiviviidi	A	taloro	COU	igo ICPC(2)	Mês	2022-03
		CS de Celas   Utentes sem Médico	P	Psicológico	P70	DEMÊNCIA		1
ACES Baixo Mondego	Centro de Saúde Celas	USF Cruz de Celas	P	Psicológico	P70	DEMÊNCIA		118
ACES DaixU IVIOITUEYU	OCHILO DE SAUDE CEIAS	USF CelaSaúde	P	Psicológico	P70	DEMÊNCIA		132
		USF CoimbraCelas	P	Psicológico	P70	DEMÊNCIA		118
Total								369

## **ANEXO IV** - Decisão favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde da ESEnfC

#### **COMISSÃO DE ÉTICA**

#### da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

#### Parecer n.º 887/06-2022

Título do Projeto: Conhecimentos e necessidades dos cuidadores formais de pessoas com demências em contexto institucional

#### Identificação dos Proponentes

Nome(s): Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro<sup>1</sup>; Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves<sup>2</sup>; Cristina Maria Ramos Crespo de Carvalho<sup>3</sup>

<u>Filiação Institucional</u>: <sup>1</sup>Estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- <sup>2</sup> Professora Coordenadora ESENFC
- <sup>3</sup> Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Celas

<u>Investigador Responsável/Orientador</u>: Anabela Rodrigues da Cunha Ribeiro; Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

#### Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

#### **Parecer**

Partindo do pressuposto do aumento da população idosa de forma transversal e da necessidade cada vez mais premente de cuidadores formais, e neste caso concreto, no âmbito das demências para primeira capacitação.

É um estudo descritivo, exploratório e transversal.

Os objetivos deste estudo são:

- identificar os conhecimentos dos cuidadores formais sobre as demências que integram a Casa de S. José da Cáritas Diocesana de Coimbra;
- conhecer as necessidades sentidas pelos cuidadores formais relativamente à assistência prestada à pessoa com demência em contexto institucional;
- analisar as necessidades formativas dos cuidadores formais para otimizar a assistência à pessoa com demência em contexto institucional.

A data prevista de início da colheita de dados está programada para setembro de 2022 e a data de término para outubro de 2022.

Trata-se de uma amostragem não probabilística, de conveniência, e a amostra será constituída por cuidadores formais da Casa de S. José da Cáritas Diocesana de Coimbra.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

O acesso aos participantes será através da enfermeira coordenadora da unidade da







#### **COMISSÃO DE ÉTICA**

### da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

UCC de Celas, depois da autorização dos responsáveis da Casa de S. José da Cáritas Diocesana de Coimbra. Contudo, apenas remeteu inicialmente um documento sem cabeçalho dirigido aos mesmos. Dado que o elemento que irá estabelecer o contacto com os participantes é igualmente investigadora no estudo, solicitou-se a autorização por parte dos responsáveis da instituição que foi apensada ao processo e dada a conhecer a esta Comissão.

Os participantes serão contactados via e-mail e se aceitarem participar no estudo ser-lhes-á remetido um link para acesso ao questionário. O questionário é constituído por uma parte de caracterização sociodemográfica e a segunda parte é constituída por uma Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (foi enviada a respetiva autorização).

Segundo a investigadora proponente existe garantia de confidencialidade, voluntariedade e autonomia. No questionário surge a caraterização do estudo seguida do respetivo "ticket" de consentimento para prosseguir dado que é on line.

Assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:

Data: 21/09/2022 O Presidente da Comissão de Ética:









## **ANEXO V** – Autorização dos autores da Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA)

De: Carpenter, Brian bcarpenter@wustl.edu 📙

Assunto: Re: Permission to use the Alzheimerī's Disease Knowledge Scale

Data: 27 de maio de 2022, 14:22

Para: Anabela Ribeiro anabelarcr@gmail.com

#### Dear Anabela,

Thank you for your interest in the ADKS. You have our permission to use the scale in your work and only request the customary citation in any presentations and publications. At the link below you'll find additional information about the scale, including a Portuguese translation.

#### https://sites.wustl.edu/geropsychology/adks/

Please let me know if you have any questions, and good luck with your work.

#### Regards, Brian

Brian D. Carpenter, Ph.D.
Professor of Psychological & Brain Sciences
Professor of Medicine, Division of Palliative Medicine
Faculty Lead for Educational Initiatives, Center for Aging
MSC 1125-049-01
Washington University in St. Louis
1 Brookings Drive

phone: (314) 935-8212

From: Anabela Ribeiro <anabelarcr@gmail.com>

**Sent:** Tuesday, May 24, 2022 6:01 AM **To:** Carpenter, Brian <a href="mailto:bcarpenter@wustl.edu">bcarpenter@wustl.edu</a>>

Subject: Permission to use the Alzheimer's Disease Knowledge Scale

Dear Sir Brian Carpenter.

My name is Anabela Cunha and I am a Master's student in Community Nursing and Public Health, at Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, in Portugal, under the supervision of Professor Marilia Neves. I would like to request your authorization to use the Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS), translated into portuguese, in an intervention project for formal caregivers of patients with dementia, for data collection. Thanks for the collaboration.

Kind Regards

Anabela Cunha

#### Escala de Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer (ECDA)

Tradução de "The Alzheimer's Disease Knowledge Scale" (ADKS) de Brian D. Carpenter, Steve Balsis, Poorni G. Otilingam, Priya K. Hanson, e Margaret Gatz (2009)

Seguem-se algumas afirmações relativas à Doença de Alzheimer.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e assinale, com um círculo ou cruz, consoante a considera **Verdadeira** ou **Falsa**.

É importante que indique uma resposta para cada afirmação. Mesmo que não esteja completamente certo da sua resposta, seleccione a que lhe parecer mais acertada.

As pessoas com Doença de Alzheimer são particularmente propensas à depressão.	Verdadeira	Falsa
2. Está cientificamente comprovado que o exercício mental pode impedir que uma pessoa contraia a Doença de Alzheimer.	Verdadeira	Falsa
3. Após o aparecimento dos sintomas da Doença de Alzheimer, a esperança média de vida é de 6 a 12 anos.	Verdadeira	Falsa
4. Quando uma pessoa com Doença de Alzheimer fica agitada, exames médicos podem revelar outros problemas de saúde como causa dessa agitação.	Verdadeira	Falsa
<b>5.</b> As pessoas com Doença de Alzheimer respondem melhor a instruções simples, dadas uma de cada vez.	Verdadeira	Falsa
<b>6.</b> Quando as pessoas com Doença de Alzheimer começam a ter dificuldades em cuidar de si próprias, os cuidadores devem assumir imediatamente estas responsabilidades.	Verdadeira	Falsa
7. Se uma pessoa com Doença de Alzheimer começa a ficar alerta e agitada durante a noite, uma boa estratégia é tentar certificar-se de que esta pratica bastante actividade física durante o dia.	Verdadeira	Falsa

(continua na página seguinte)

Verdadeira	Falsa
Verdadeira	Falsa
	Verdadeira  Verdadeira  Verdadeira  Verdadeira  Verdadeira  Verdadeira  Verdadeira  Verdadeira

(continua na página seguinte)

<b>19.</b> Tremor ou agitação das mãos ou braços é um sintoma comum em pessoas com Doença de Alzheimer.	Verdadeira	Falsa
<b>20.</b> Sintomas de depressão grave podem ser confundidos com os sintomas da Doença de Alzheimer.	Verdadeira	Falsa
21. A Doença de Alzheimer é um tipo de demência.	Verdadeira	Falsa
22. Dificuldades em lidar com o dinheiro ou em pagar as contas é um sintoma inicial comum da Doença de Alzheimer.	Verdadeira	Falsa
23. Um sintoma que pode ocorrer com a Doença de Alzheimer é pensar que outras pessoas estão a roubar as nossas coisas.	Verdadeira	Falsa
<b>24.</b> Quando uma pessoa tem doença de Alzheimer, a utilização de lembretes escritos é um apoio que pode contribuir para o seu declínio.	Verdadeira	Falsa
<b>25.</b> Existem medicamentos, disponíveis mediante prescrição médica, que previnem a Doença de Alzheimer.	Verdadeira	Falsa
<b>26.</b> Ter hipertensão arterial pode aumentar o risco de desenvolvimento de Doença de Alzheimer.	Verdadeira	Falsa
27. Os genes contribuem apenas parcialmente para o desenvolvimento da Doença de Alzheimer.	Verdadeira	Falsa
<b>28.</b> É seguro para uma pessoa com Doença de Alzheimer conduzir, desde que tenha sempre um acompanhante no carro.	Verdadeira	Falsa
29. A Doença de Alzheimer é incurável.	Verdadeira	Falsa
<b>30.</b> A maioria das pessoas com Alzheimer recorda mais facilmente acontecimentos recentes do que coisas que aconteceram no passado.	Verdadeira	Falsa

Obrigado pela sua colaboração.

#### Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS) Evidence/Reference List

ITEM	REFERENCE
People with Alzheimer's disease are particularly prone to depression.  (TRUE)	Alzheimer's Association. About depression and Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from www.alz.org
(TRUE)	Small, G. W., Robins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.
	Sun, X., Steffens, D.C., Au, R., Folstein, M., Summergrad, P., Yee, J., Rosenberg, I., Mwamburi, D.M., & Qiu, W.Q. (2008). Amyloid-associated depression, <i>Archives of General Psychiatry</i> , <i>65</i> ( <i>5</i> ), 542-550.
2. It has been scientifically proven that mental exercise can prevent a person from getting Alzheimer's disease. (FALSE)	Fillit H. M., Butler, R. N., O'Connell, A. W., Albert, M. S., Birren, J. E. & Cotman, C.W. (2002). Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. <i>Mayo Clinic Proceedings</i> , <i>77</i> , 681-696.
(FALSE)	Morris, J. C. (2005). Dementia update 2005. Alzheimer's Disease and Associated Disorders, 19, 100-117.
	Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A., & Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease, <i>Journal of the American Medical Association</i> , 287, 742-748.
3. After symptoms of Alzheimer's disease appear, the average life	Alzheimer's Association. About Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org
expectancy is 6 to 12 years. (TRUE)	Geriatric Mental Health Foundation, <i>Caring for the Alzheimer's Disease Patient</i> . Retrieved May 28, 2008, from www.gmhfonline.org.
	Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Society</i> , 278, 1363-1371.

ITEM	REFERENCE
4. When a person with Alzheimer's disease becomes agitated, a medical examination might reveal other health	Alzheimer's Association. About agitation and Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005 from http://www.alz.org
problems that caused the agitation. (TRUE)	Corey-Bloom, J., Yaari, R., Weisman, D. (2006). Managing patients with Alzheimer's disease, <i>Practical Neurology</i> , <i>6</i> , 78-89.
	Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.
5. People with Alzheimer's disease do best with simple, instructions given	Corey-Bloom, J., Yaari, R., & Weisman, D. (2006). Managing patients with Alzheimer's disease. <i>Practical Neurology</i> , <i>6</i> , 78-89.
one step at a time. (TRUE)	Hochhalter, A. K., Overmier, J. B., Gasper, S. M., Bakke, B. L., & Holub, R. J. (2005). A comparison of spaced retrieval to other schedules of practice for people with dementia. <i>Experimental Aging Research</i> , <i>31</i> , 101–118.
	Woods, R.T. (1999). Psychological "therapies" in dementia. In Woods R. T. (Ed.), <i>Psychological problems of aging</i> (pp. 311–344). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
6. When people with Alzheimer's disease begin to have difficulty taking care of themselves, caregivers should take over right away.	Alzheimer's Association. Ethical issues in Alzheimer's disease fact sheet: Respect for autonomy, care and patient rights. Retrieved October 3, 2005, from www.alz.org
(FALSE)	Geriatric Mental Health Foundation. <i>Caring for the Alzheimer's disease patient</i> , (2003). Retrieved May 28, 2008, from www.gmhfonline.org

ITEM	REFERENCE
7. If a person with Alzheimer's disease becomes alert and agitated at night, a good strategy is to try to make sure	Alzheimer's Association. About agitation and Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005 from www.alz.org
that the person gets plenty of physical activity during the day.  (TRUE)	Alzheimer's Association. About sleep changes in Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from www.alz.org
(THOL)	Fillit H. M., Butler, R. N., O'Connell, A. W., Albert, M. S., Birren, J. E. & Cotman, C.W. (2002). Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. <i>Mayo Clinic Proceedings</i> , <i>77</i> , 681-696.
	McCurry, S. M., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G., & Vitiello, M.V. (2005). Nightime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , <i>53</i> (5), 793-802.
8. In rare cases, people have recovered from Alzheimer's disease. (FALSE)	Alzheimer's Association. About agitation and Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org
(I ALOL)	American Psychiatric Association. (1994). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)</i> . Washington, DC: American Psychiatric Association.
	Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.
9. People whose Alzheimer's disease is not yet severe can benefit from	Alzheimer's Association. About depression and Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from www.alz.org
psychotherapy for depression and anxiety. (TRUE)	Fillit H. M., Butler, R. N., O'Connell, A. W., Albert, M. S., Birren, J. E. & Cotman, C.W. (2002). Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. <i>Mayo Clinic Proceedings</i> , <i>77</i> , 681-696.
	Watkins, R., Cheston, R., Jones K., & Gilliard, J. (2006). 'Coming out' with Alzheimer's disease: Changes in awareness during a psychotherapy group for people with dementia. <i>Aging &amp; Mental Health</i> , 10(2), 166-176.
10. If trouble with memory and confused thinking appears suddenly, it is likely due to Alzheimer's disease.	Gintner, G. G. (1995). Differential diagnosis in older adults: Dementia, depression, and delirium. <i>Journal of Counseling &amp; Development, 73(3),</i> 346-341.
(FALSE)	Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.

ITEM	REFERENCE
11. Most people with Alzheimer's disease live in nursing homes. (FALSE)	Alzheimer's Association. About Alzheimer's disease statistics fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org/ National Alliance for Caregiving and AARP. (2004). Caregiving in the U.S. Retrieved June 3, 2008 from www.caregiving.org.
12. Poor nutrition can make the symptoms of Alzheimer's disease worse. (TRUE)	Fillit H. M., Butler, R. N., O'Connell, A. W., Albert, M. S., Birren, J. E. & Cotman, C.W. (2002). Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. <i>Mayo Clinic Proceedings</i> , <i>77</i> , 681-696.  Morris, J. C. (2005). Dementia update 2005. <i>Alzheimer's Disease and Associated Disorders</i> , <i>19</i> , 100-117.  Spaccavento, S., Del Prete, M., Craca, A., & Fiore, P. (2008). Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer's disease, <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> . doi:10.1016/j.archger.2008.03.002  Volicer, L. & Hurley, A. C. (2003). Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementia. <i>Journal of Gerontology: Medical Sciences</i> , <i>58A</i> , 837-845.
13. People in their 30s can have Alzheimer's disease. (TRUE)	Alzheimer's Association. About Alzheimer's disease. Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org/  Licht, E. A., McMurtray, M. M., Ronald, E. S., & Mendez, M.F. (2007). Cognitive differences between early and late-onset Alzheimer's disease. American Journal of Alzheimer's Disease, 22(3) 218-222.  Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. Journal of the American Medical Association, 278, 1363-1371.
14. A person with Alzheimer's disease becomes increasingly likely to fall down as the disease gets worse. (TRUE)	Alzheimer's Association. About the stages of Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from www.alz.org  Austrom, M.G., Damush, T.M., Hartwell, C. W., Perkins, T., Unverzagt, F., Boustani, M., Hendrie, H.C., & Callahan, C.M. (2004). Development and implementation of nonpharmacologic protocols for the management of patients with Alzheimer's disease and their families in a multiracial primary care setting. The Gerontologist, 44, 548-553.  Brody, E.M, Kleban, M.H., Moss, M.S., & Kleban, F. (1984). Predictors of falls among institutionalized women with Alzheimer's disease. Journal of the American Geriatrics Society, 32(12), 877-882.

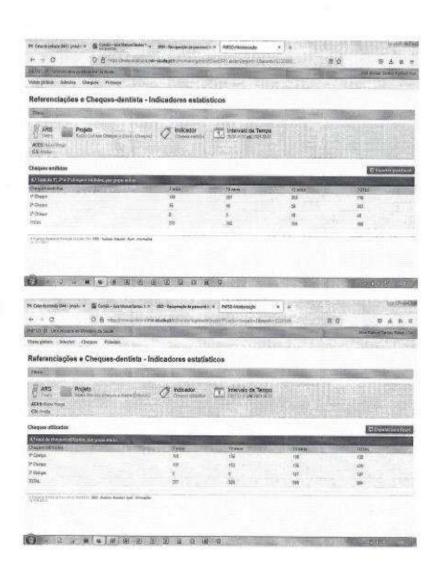
ITEM	REFERENCE
15. When people with Alzheimer's disease repeat the same question or story several times, it is helpful to remind them that they are repeating themselves. (FALSE)	Alzheimer's Association. About behavioral and psychiatric Alzheimer symptoms fact sheet. Retrieved September 5, 2005, from www.alz.org  Austrom, M.G., Damush, T.M., Hartwell, C. W., Perkins, T., Unverzagt, F., Boustani, M., Hendrie, H.C., & Callahan, C.M. (2004). Development and implementation of nonpharmacologic protocols for the management of patients with Alzheimer's disease and their families in a multiracial primary care setting. The Gerontologist, 44, 548-553.
	Corey-Bloom, J., Yaari, R., & Weisman, D. (2006). Managing patients with Alzheimer's disease, <i>Practical Neurology</i> , <i>6</i> , 78-89.
16. Once people have Alzheimer's disease, they are no longer capable of making informed decisions about their own care.	Alzheimer's Association. Ethical issues in Alzheimer's disease fact sheet: End of life care and patient rights. Retrieved October 3, 2005, from www.alz.org
(FALSE)	Feinberg, L.F., & Whitlatch, C.J., (2001). Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices? <i>The Gerontologist</i> , 41, 374-382.
17. Eventually, a person with Alzheimer's disease will need 24-hour supervision.	Alzheimer's Association. About the stages of Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from www.alz.org
(TRUE)	Beers, M. H., Berkow, R., Bogin, R.M., Fletcher, A.J., & Rahman, M.I. (Eds.). (2000). <i>The Merck manual of geriatrics</i> (3 <sup>rd</sup> ed.). Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories.
	American Psychiatric Association. (1994). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)</i> . Washington, DC: American Psychiatric Association.
18. Having high cholesterol may increase a person's risk of developing Alzheimer's disease.	Alzheimer's Association. About Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org/
(TRUE)	Morris, J. C. (2005). Dementia update 2005. Alzheimer's Disease and Associated Disorders, 19, 100-117.
	Sparks, D.L., Sabbagh, M.N., Breitner, & J.C., Hunsaker J.C. (2003). Is cholesterol a culprit in Alzheimer's disease? <i>International Psychogeriatrics</i> , <i>15</i> , 153-159.

ITEM	REFERENCE		
19. Tremor or shaking of the hands or arms is a common symptom in people with Alzheimer's disease. (FALSE)	American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association, 278</i> , 1363-1371.		
(FALSE)	American Psychiatric Association. (1994). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)</i> . Washington, DC: American Psychiatric Association.		
	McKeith, L.G., Galasko, D., Kosaka, K., et al. (1996). Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Report of the consortium on DLB international workshop. <i>Neurology</i> , 47, 1113-1124.		
	Morris, J. C. (2005). Dementia update 2005. <i>Alzheimer's Disease and Associated Disorders, 19,</i> 100-117.		
	Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.		
20. Symptoms of severe depression can be mistaken for symptoms of Alzheimer's disease. (TRUE)	Alzheimer's Association. Action series: Steps to getting a diagnosis; finding out if it's Alzheimer's disease. Retrieved April 25, 2005, from www.alz.org		
(TRUE)	Mendez, M. F., Mastri, A.R., Sung, J.H., Zander, B.A., et al. (1991). Neuropathologically confirmed Alzheimer's disease: Clinical diagnoses in 394 cases. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 4(1), 26-29.		
	Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association, 278</i> , 1363-1371.		

REFERENCE	
Alzheimer's Association. About Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org	
Caputo, M., Monastero, R., Mariani, E., Santucci, A. Mangialasche, F., Camarda, R., Senin, U., & Mecocci, P. (2008). Neuropsychiatric symptoms in 921 elderly subjects with dementia: A comparison between vascular and neurodegenerative types. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 117(6), 455-464.	
Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.	
Alzheimer's Association. About the stages of Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from www.alz.org	
Karine, P. (2008). Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: A prospective population-based study. <i>Journal of the American Geriatrics Society, 56(1)</i> 37-44.	
Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.	
Alzheimer's Association. About hallucinations fact sheet. Retrieved September 5, 2005, from www.alz.org	
Beers, M. H., Berkow, R., Bogin, R.M., Fletcher, A.J., & Rahman, M.I. (Eds.). (2000). <i>The Merck manual of geriatrics</i> (3 <sup>rd</sup> ed.). Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories.	
Mace, N.L., & Rabins, P.V. (1999). <i>The 36-Hour day</i> (3 <sup>rd</sup> ed.) Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.	
Rao, V., & Lyketsos, C.G. (1998). Delusions in Alzheimer's disease. <i>The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience</i> , 10(4), 373-382.	
Grossberg, G.T., & Desai, A. K. (2003). Management of Alzheimer's Disease. <i>Journal of Gerontology</i> , <i>58</i> (4), 331-353.	
Woods, R.T. (1999). Psychological "therapies" in dementia. In Woods R. T. (Ed.), <i>Psychological problems of aging</i> (pp. 311–344). New York: John Wiley & Sons, Ltd.	

ITEM	REFERENCE
25. Prescription drugs that prevent Alzheimer's disease are available. (FALSE)	Alzheimer's Association. About medication fact sheet. Retrieved 11, 2005, from www.alz.org  Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatmen Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. Journal of the American Medical Association, 278, 1363-1371.  Szekly, C.A., Breitner, J.C., & Zandi, P.P. (2007). Prevention of Alzheimer's disease, International Review of Psychiatry, 16(9), 1706.
26. Having high blood pressure may increase a person's risk of developing Alzheimer's disease. (TRUE)	Alzheimer's Association. <i>About Alzheimer's disease fact sheet</i> . Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org  Morris, J. C. (2005). Dementia update 2005. <i>Alzheimer's Diseas and Associated Disorders</i> , <i>19</i> , 100-117.  Qiu, C., Windblad, B., & Fratiglioni, L. (2005). The age-depende relation of blood pressure to cognitive function and dementia. <i>La Neurology</i> , <i>4</i> , 487-499.  Solfrizzi, V., Panza F., Colacicco, A.M., D'Introno, A., Capurso C Torres, F., Grigoletto, F., Maggi, S., Del Parigi, A., Reiman, E.M Caselli, R.J., Scafato, E., Farchi, G., & Capurso, A. (2004). Vasc risk factors, incidence of MCI, and rates of progression to demen <i>Neurology</i> , 63(10), 1882-1891.
27. Genes can only partially account for the development of Alzheimer's disease. (TRUE)	Morris, J. C. (2005). Dementia update 2005. Alzheimer's Diseas and Associated Disorders, 19, 100-117.  Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatmer Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. Journal of the American Medical Association, 278, 1363-1371.  Waring, S.C., & Rosenberg, R.N. (2008). Genome-wide associations in Alzheimer disease. Archives of Neurology, 65(3), 329

ITEM	REFERENCE
28. It is safe for people with Alzheimer's disease to drive, as long as they have a companion in the car at all times. (FALSE)	Alzheimer's Association. <i>About agitation and Alzheimer's disease fact sheet</i> . Retrieved June 29, 2005, from http://www.alz.org  Brown, L. B., & Ott, B. R. (2004). Driving and dementia: A review of the literature. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 17,</i> 232-240.  Hunt, I. (1993). Driving performance in persons with mild senile dementia of the Alzheimer type. <i>Journal of the American Geriatric Society,</i> 41, 747-753.
29. Alzheimer's disease cannot be cured. (TRUE)	Alzheimer's Association. The progression of Alzheimer's disease. Retrieved June 3, 2008, from www.alz.org.  Shah S., & Reichman W.E. (2006). Treatment of Alzheimer's disease across the spectrum of severity. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , 1(2), 131-142.  Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., & DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 278, 1363-1371.
30. Most people with Alzheimer's disease remember recent events better than things that happened in the past. (FALSE)	Alzheimer's Association. 10 warning signs of AD. Retrieved September 12, 2005, from www.alz.org  Alzheimer's Association. About the stages of Alzheimer's disease fact sheet. Retrieved June 29, 2005, from www.alz.org  Small, G. W., Rabins, B. P. V., Buckholtz, P.P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., et al. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorder: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. Journal of the American Medical Association, 278, 1363-1371.  Stopford, C.L., Snowden, J.S., Thompson, J.C., & Near, D. (2007). Distinct memory profiles in Alzheimer's disease. Cortex, 43(7), 846-857.



#### ANEXO IX - Referenciações e Cheques dentista - Indicadores estatísticos 2



Refo/Cheques

### Referenciações e Cheques-dentista - Indicadores estatísticos

Filtron

ARS

Projeto Saúde Oral nas Crianças e Jovene (Cheques) Indicador Chegues utilizados Intervalo de Tempo 2021-11-01 au 2022-11-01

ACES: Balke Veuge CS; Anadia

the control of the control

Cheques utilizados

AC tetal de c'esques otificates, por grapo starto.

Experter pero Excet

Cheques utilizados	7 anos	10 anos	t3 anos	TOTAL
1º Choque	163 70/1	XM.	58,574 56,01.	440
2" Obeque	162	130	141	433
3º Cheque	0	0	191	131
TOTAL	325	204	415	1004

of Prince and Naving the Prince prince to be taken (1990) produced (Karbana) Apala). Unknowness 1910 (1990):13